

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN VE ALMAYAN YAŞLI
BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ, YALNIZLIK VE ÖLÜM KORKUSU

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Fatmanur YANARTAŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Türkinaz AŞTI

HAZİRAN 2023

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN VE ALMAYAN YAŞLI
BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ, YALNIZLIK VE ÖLÜM KORKUSU

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Fatmanur YANARTAŞ
(215324003)

Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Türkinaz AŞTI

HAZİRAN 2023

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 215324003 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Fatmanur YANARTAŞ, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “Evde Sağlık Hizmeti Alan Ve Almayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi, Yalnızlık Ve Ölüm Korkusu” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Türkinaz AŞTI

.....

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Eş Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Nimet ATEŞ

.....

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Jüri Üyeleri :Doç. Dr. Nesrin İLHAN

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Dost

.....

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Aylin Özakgöl

.....

İstanbul Üniversitesi

Teslim Tarihi : 07 Temmuz 2023

Savunma Tarihi : 12 Haziran 2023



Annem ve Babama,

ÖNSÖZ

Tezimin planlanmasından tamamlanmasına kadar geçen her süreçte değerli fikir vereneyimleri ile beni yönlendiren, öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum kıymetlitez danışmanım Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Türkinaz AŞTI'ya,

Araştırmamın başından sonuna kadar yardımlarını benden esirgemeyen, disiplinli,kararlı duruşu, güzel kalbi ve iyi niyetiyle bana danışmanlık yapan sevgili hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nimet ATEŞ'e

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, benden maddi manevi desteklerini hiçbirzaman esirgemeyen tüm sevdiklerime ve aileme teşekkürlerimi borç bilirim.

Haziran 2023

Fatmanur YANARTAŞ

Hemşirelik

BEYAN

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

Fatmanur YANARTAŞ

İmza

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ.....	İV
BEYAN.....	V
İÇİNDEKİLER	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
KISALTMALAR	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
ÖZET.....	xiv
SUMMARY	xvi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Evde Sağlık Hizmetleri	4
2.1.1 Evde sağlık hizmetlerinin tanımı	4
2.1.2 Evde sağlık hizmetlerinin gruplandırılması	8
2.1.3 Evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi	11
2.1.3.1 Dünya’da evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ile mevcut durumu	11
2.1.3.2 Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve mevcut durumu	15
2.2 Evde Sağlık Hizmetleri Gerektiren Sağlık Sorunları	19
2.3 Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler	19
2.3.1 Evde koruyucu sağlık hizmeti	19
2.3.2 Evde tanı koyucu sağlık hizmeti	20
2.3.3 Evde tedavi edici sağlık hizmeti	21
2.3.4 Evde rehabilite edici sağlık hizmeti	211

2.3.5 Evde uzun süreli sağlık hizmeti	21
2.3.6 Evde terminal dönem hasta bakımı	22
2.4 Evde Sağlık Hizmetleri Avantaj- Dezavantajları	23
2.4.1 Evde sağlık hizmetleri avantajları	23
2.4.2 Evde sağlık hizmetleri dezavantajları	24
2.5 Evde Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Bakımı	25
2.6 Yaşam Kalitesi Kavramı	256
2.6.1 Yaşam kalitesi tanımı	266
2.6.2 Evde sağlık hastasının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi	278
2.6.2.1 Fiziksel iyilik	28
2.6.2.2 Maddi iyilik	28
2.6.2.3 Psikolojik iyilik	289
2.6.2.4 Sosyal iyilik	299
2.7 Yaşlılık Kavramı	29
2.7.1 Yaşlılığın tanımı	29
2.7.2 Yaşlılıkta ölüm korkusu	322
2.7.3 Yaşlılıkta yalnızlık	344
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1 Araştırmanın Amacı ve Türü	38
3.2 Araştırma İzinleri	38
3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	38
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.5 Araştırmaya Alınma Ölçütleri	39
3.6 Veri Toplama Araçları	39
3.6.1 Kişisel bilgi formu	39
3.6.2 DSÖ yaşam kalitesi ölçeği yaşlı modülü(WHOQOL-OLD)	30
3.6.3 Ölüm kaygısı ölçeği	40
3.6.4 Yaşlılar için yalnızlık ölçeği	40
3.7 Veri Toplama Yöntemi	40
3.8 Verilerin İstatistiksel Analizi	41
3.9 Araştırmanın Soruları	41

4. BULGULAR	42
4.1 Evde Sağlık Hizmeti Alan Ve Almayanların Sosyo-Demografik Verileri	42
4.2 Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumu İle Sağlık Bulguları Arasındaki İlişki	44
4.3 Yaşlıların Ölçek Puanlarının Verileri.....	45
4.4 Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Katsayısının Verileri	45
4.5 Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	46
4.6 Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı	47
4.7 Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği Ve Ölüm Kaygısı Ölçeği İle WHOQOL-OLD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
4.8 Eyüpsultan’da İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	50
4.9 Beyoğlu’nda İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	51
4.10 Beşiktaş’ta İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	52
4.11 Şişli’de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	53
4.12 Kağıthane’de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	54
4.13 Sarıyer’de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	55
4.14 Covid-19 Geçirmeyenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	56
4.15 Covid-19 Geçirenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	57
4.16 Eşiyle Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	58
4.17 Çocuklarıyla Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	59
4.18 Bakıcıyla Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Elma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	60

4.19 Yalnız Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	61
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ.....	69
7. ÖNERİLER	70
KAYNAKLAR	71
EKLER.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	100



KISALTMALAR

YY	:Yüzyıl
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
UHK	:Umumi Hıfzısıhha Kanunu
UNICEF	:United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu)
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SVO	: Serebro Vasküler Obstrüksiyon
WHOQOL-OLD	: World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı) Modülü
YİYÖ	: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği
GSS	: Genel Sağlık Sigortası

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1: Evde Sağlık Hizmeti Alan Ve Alamayan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	422
Tablo 4.2: Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumu İle Sağlık Bulguları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	444
Tablo 4.3: Yaşlıların Ölçeklerden Aldığı Puanların Dağılımı	45
Tablo 4.4: Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Katsayısının İncelenmesi.....	455
Tablo 4.5: Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.6: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği Ve Ölüm Kaygısı Ölçeği İle Whoqol-Old Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.7: Eyüpsultan’da İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.8: Beyoğlu’nda İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.9: Beşiktaş’ta İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 4.10: Şişli’de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.11: Kağıthane’de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.12: Sarıyer’de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 4.13: Covid-19 Geçirmeyenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	56

Tablo 4.14: Covid-19 Geçirenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4.15: Eşiyle Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.16: Çocuklarıyla Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.17: Bakıcıyla Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 4.18: Yalnız Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	61



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Grafik 4.1 Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı	47
---	----

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN VE ALMAYAN YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ, YALNIZLIK VE ÖLÜM KORKUSU

ÖZET

Ülkemizdeki yaşlı nüfusunun artmasıyla beraber kişilerin kendi bakımlarını engelleyen sağlık sorunlarının ortaya çıkma hızıda artmaktadır. Kronik hastalıklar sebebiyle işlev kayıplarının yaşanması sağlığı her yönüyle etkilemekle birlikte bireyin sosyal adaptasyon durumunu da zayıflatmaktadır. Üretkenliği ve gücü azalan yaşlı birey kendini diğer insanlara göre daha yalnız ve ölüme daha yakın hisseder. Evde sağlık hizmetleri bu duygular içindeki fizyolojik ve psikolojik sıkıntı yaşayan yaşlı bireyler için hayatı biraz daha kolaylaştırmak amacıyla profesyonel sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu araştırma evde sağlık hizmeti alan ve almayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi, yalnızlık ve ölüm korkusunun incelenmesi amacıyla yapıldı.

Araştırma, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesinin Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı 266 hasta ve Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesinin poliklinik birimlerine başvuran, çalışmanın yapıldığı altı bölge içinde yaşayan ve herhangi bir yerden evde sağlık hizmeti almayan 242 birey üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü, Templerin Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği kullanılarak toplandı. Analizler SPSS 27 istatistik programı ile yapıldı. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Tanımlayıcı testler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” testi (Z-tablo değeri), normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanıldı.

Araştırmada; evde sağlık hizmeti alan bireylerin %60,5'i, hizmet almayan bireylerin ise %59,1'inin kadın olduğu bulundu. Evde sağlık hizmeti alma durumu yaş sınıfları, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk varlığı ve ikamet edilen yer arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p>0,05$) olmadığı, birlikte yaşayan kişiler ($\chi^2=14,025$; $p=0,003$), bakıma yardımcı kişinin olması durumu ($\chi^2=9,716$; $p=0,002$) ve gelir düzeyi arasında ($\chi^2=16,888$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi.

Evde sağlık hizmeti alan bireyler WHOQOL-OLD ölçeğinin tüm alt boyutlarında hizmet almayan bireylere göre daha yüksek puan aldı. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin yaşam kalitesi almayan bireylere göre daha yüksek, yalnızlık ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri ise evde sağlık hizmeti alan bireylerde hizmet almayanlara göre daha düşük bulundu.

Evde sağlık hizmeti alma durumunun biriyle birlikte yaşayan kişilerde daha fazla ($\chi^2=14,025$; $p=0,003$) olduğu, bakımına yardımcı olan kişilerin ağırlıklı olarak hizmet aldığı ($\chi^2=9,716$; $p=0,002$), bakımında yardımcısı olmayan kişilerin ise ağırlıklı olarak hizmet almadığı, geliri giderine eşit veya geliri giderinden fazla olanların geliri giderinden az olanlara göre daha fazla hizmet aldığı ($\chi^2=16,888$; $p<0,001$) tespit edildi. Yaşanılan bölge, Covid-19 geçirip geçirmeme durumu ve eşiyle, çocuklarıyla, bakıcıyla, yalnız yaşama durumlarına göre evde sağlık hizmeti alan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin hizmet almayanlara göre daha yüksek, yalnızlık durumlarının ve ölüm korkusunun ise daha düşük olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler:Evde Sağlık Hizmetleri, Yaşlı, Yalnızlık, Ölüm Korkusu, Yaşam Kalitesi

QUALITY OF LIFE, LONELINESS AND FEAR OF DEATH IN ELDERLY INDIVIDUALS RECEIVING AND NOT RECEIVING HOME HEALTH CARE SERVICES

SUMMARY

With the increase in the elderly population in our country, the rate of emergence of health problems that prevent people from self-care is also increasing. Loss of function due to chronic diseases affects all aspects of health and weakens the social adaptation of the individual. The elderly individual, whose productivity and power decreases, feels lonelier and closer to death than other people. Home health services provide professional health services to make life a little easier for elderly individuals who experience physiological and psychological distress in these feelings. This research was conducted to examine the quality of life, loneliness and fear of death of elderly individuals who receive and do not receive home health services.

The study was conducted on 266 patients registered to the Home Health Services unit of Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital and 242 individuals who applied to the outpatient clinic units of Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital, lived in the six regions where the study was conducted and did not receive home health services from anywhere. The data were collected using the Personal Information Form prepared by the researcher, WHO Quality of Life Scale Elderly Module, Templerin Death Anxiety Scale and Loneliness Scale for the Elderly. Analyses were performed with SPSS 27 statistical program. Frequency tables and descriptive statistics were used to interpret the findings. Number, percentage, mean, standard deviation were

used for descriptive tests, "Mann-Whitney U" test (Z-table value) was used to compare the measurement values of two independent groups, and "Spearman" correlation coefficient was used to examine the relationship between two quantitative variables that do not have normal distribution.

In the study, it was found that 60.5% of the individuals who received home health care services and 59.1% of the individuals who did not receive services were women. There was no statistically significant relationship ($p>0.05$) between age classes, gender, marital status, education level, presence of children and place of residence, while there was a statistically significant relationship between cohabitants ($\chi^2=14.025$; $p=0.003$), having a care assistant ($\chi^2=9.716$; $p=0.002$) and income level ($\chi^2=16.888$; $p<0.001$).

As a result of the study; individuals receiving home health care services scored higher in all sub-dimensions of the WHOQOL-OLD scale compared to individuals not receiving services. The quality of life of individuals who received home health care services was higher than those who did not receive services, and the loneliness and death anxiety scale values were lower in individuals who received home health care services than those who did not receive services.

It was found that the status of receiving home health care services was higher in people living with someone ($\chi^2=14.025$; $p=0.003$), people who helped with their care received services predominantly ($\chi^2=9.716$; $p=0.002$), people who did not help with their care did not receive services predominantly, and those whose income was equal to or more than their expenses received more services than those whose income was less than their expenses ($\chi^2=16.888$; $p<0.001$). It was found that the quality of life levels of individuals who received home health care services were higher and their loneliness and fear of death were lower than those who did not receive services according to the region of residence, whether they had Covid-19 or not, and whether they lived with their spouse, children, caregivers or alone.

Keywords: Home Health Care, Elderly, Loneliness, Fear of Death, Quality of Life

1.GİRİŞ

Günümüzde teknolojik gelişmelerden kaynaklı bireylerin yaşam süreleri artmakta, kronik hastalıklar günden güne fazlalaşmaktadır. Bunun bir sonucu olarak ülkeler sağlık alanında verdikleri hizmetlerde aksaklık yaşamamak ve etkili adımlar atabilmek adına büyük bir mali yükün altına girmektedir. Obezite ve diyabet gibi pek çok kronik hastalığın görülme oranlarındaki artış ve yaşam süresinin sürekli yükselişte olma durumu sunulan mevcut sağlık hizmetinin sınırlarını zorlayarak hastanelerdeki kapasitenin günden güne üstüne çıkılmasına sebep olmaktadır. Bireyler hastalıklarına göre en uygun ve hızlı bir biçimde tedavi görmeli ve hastanın gerek görülen ihtiyaçlarına cevap verilmelidir. Gerek duyulmayan hastalar hastanelerde yoğunluk ve mali yüke neden olmaktadır. Bu durum sunulan hizmetin kalitesini aşağıya çekmektedir. Hizmet kalitesindeki düşüş bireylerin yaşam kalitesini de negatif yönde etkilemektedir [1-2].

Hastanelere ihtiyacı olmayan hastaların kabul edilmemeleri ve oluşan yoğunluğun azalması için önümüzde bir seçenek olarak duran evde sağlık hizmetleri günümüzde tercih edilen bir sağlık hizmeti olarak karşımıza çıkmaktadır. Evde sağlık hizmeti, mevcut olan temel sağlık hizmetlerinin devamlılığında etkin rol oynayan önemli bir modeldir [3].

Evde sağlık hizmetleri, yaşlıları, kronik hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki hastaları, hem fiziksel hem de zihinsel bakımdan özürü olan bireyleri özgür ortamlarında destekleyen, sosyal etkileşimde bulunarak topluma kazanılmalarını ve yaşamlarını güzel bir biçimde devam ettirmelerini sağlayarak, bakıma ihtiyacı olan bireyin bakım veren üzerindeki ağırlığı azaltmak kişiye ve bakım verene sunulan psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içermektedir [4]. Genel anlamda evde sağlık hizmetleri; hasta bireylerin mevcut sağlık durumlarını koruyarak daha iyi seviyelere getirmek ve bozulmuş olan sağlığını iyileştirmek amacıyla profesyonel olarak sağlık hizmeti veren kişilerce sağlık hizmetlerinin hastalara yaşadığı çevrede sunulmasıdır [5-6].

Evde sağlık hizmetlerinde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri uygulanmakta ve hastaların sağlık profesyonelleri tarafından tıbbi ihtiyaçların giderilmesi amaçlanmaktadır [7]. Evde sağlık hizmetleri sayesinde insanlar, ihtiyaçları olan periyodik bakımlarını yaptırarak, tedaviyi üstlenecek kişiye de seçebilme hakkına sahip olmaktadır [8].

Bu hizmetin yaşlı ya da bu hizmeti almasına karar verilmiş ihtiyaç sahiplerine eşit ve etkili bir şekilde yetkili kişiler tarafınca, kolayca erişilebilecek şekilde verilmesi hastanın yaşam kalitesinin olumlu anlamda etkilenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda hasta ve yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden faydalanma durumları, alınan hizmetin yaşam kalitesine etkisini ve verilen hizmetin etkinliğini belirlemek açısından önemli olarak değerlendirilmektedir [9-10].

Yaşam kalitesi kavramı “subjektif anlamda kişinin iyi olma durumu” olarak tanımlanabilir. Diğer bir tanımla bireyin kendisi ve bulunduğu çevreyle barış içinde olma durumuda demektir. Dünya Sağlık rgt’nün tanımına göre ise yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı evre içerisinde yaşamdan duyduğu memnuniyet, kendisini ve sahip olduğu rolü nasıl algıladığı ve hissettiği şeklinde ifade edilmektedir. Sağlık göstergesi 1990 yıllarına kadar fiziksel rahatsızlık durumu, iyi olmama hali, sakatlık ve ölüm gibi durumlarla ilişkilendirilirken daha sonraki yıllarda bu durumlara ek olarak yaşam kalitesi kavramı da yerini almıştır [7-11-12-13].

Yaşam kalitesi tüm insanlar için önemli olduğu gibi yaşam evresinin son aşamasına gelen yaşlılar için de oldukça önemli bir kavramdır. Ancak yaşlılık söz konusu olduğunda bu kavramın yanında birlikte incelenmesi gereken diğer terimlerde ölüm ve yalnızlıktır.

Yaşlılık döneminde görülen duyu kayıplarının oluşturduğu sağlık sorunları, sosyal destek yetersizliği, sosyal etkileşimin azalması veya yokluğu, yalnız yaşama gibi durumlarla yaşlılarda yalnızlığın arttığı belirlenmiştir. Aynı durum ölüm korkusu içinde geçerlidir. Ölüm korkusu, yok olma, tükenme ile eş anlamlı ve çaresizlik içinde kadercilikle karşılanan bir duygudur [14].

Yaşlılık döneminde fiziki gücün azalması ve kronik hastalıklar nedeni ile yaşlı bireyler kendilerini diğer insanlara göre daha fazla ölüme yakın hissetmektedir [15]. Ölüm korkusu ve yalnızlıkla birlikte gelen sosyal bağların zayıflaması, yetersiz sosyal etkileşim, içe kapanma ve dış dünyayla iletişimi koparma, bireylerde ruh sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [16].

Literatüre bakıldığında evde sağlık hizmeti alan ve almayan yaşlıların yaşam kalitesi, yalnızlık ve ölüm korkusunun incelendiği çok az sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Dolayısıyla bu araştırma evde sağlık hizmeti alan ve almayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi, yalnızlık ve ölüm korkusunun incelenmesi amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Evde Sağlık Hizmetleri

2.1.1 Evde sağlık hizmetleri tanımı

Evde sağlık hizmetleri çeşitli hastalıklar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuramayan bireylerin evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir[11-17].

Avrupa’da 18.yy’da en temel sağlık hizmeti modeli olarak kullanılmaya başlanan evde sağlık hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek ve yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Bu hizmetin istenilen düzeyde olabilmesi için de hasta, aile ve profesyonellerin işbirliği gerekmektedir [11-18].

Evde sağlık hizmetleri ile, sağlık ve sosyal hizmetleri içine alan oldukça geniş bir alanda, yaşlı, engelli, uzun süreli tedavi ve bakım alması gereken hastaların, yaşadıkları çevrede desteklenerek gereksinimleri doğrultusunda, yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunması amaçlanmaktadır. Bu anlamda evde sağlık hizmetleri, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalma süresini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir [11-19-20-21].

Evde sağlık hizmetlerinden yararlanan ve bu hizmetlerin kapsadığı yaş gruplarının çoğunu ileri yaşta, yaşamını kendi başına sürdürmekte güçlük çeken, kronik hastalığı olan ve uzun süreli bakım ihtiyacı olan bireyler oluşturmaktadır. Ancak bunun yanı sıra hizmetlerin kapsam alanına giren yaşı daha ilerlememiş olan gençler ve yetişkinlerde hizmetten yararlanabilen gruplar arasındadır [11-22].

DSÖ'ye göre evde sağlık hizmetleri hasta bireylere şu imkanları sağlamaktadır;

- o Hasta bireylerin değerlendirilerek izlemlerinin yapılması,
- o Sağlığın korunması ve ikincil hastalıklar ile özürlülük durumunun önüne geçilmesi,
- o Bireye özgü bakımın ve karşılıklı yardımlaşmanın sağlanması,
- o Hem medikal tedavinin hem de bununla bağlantılı bir şekilde hemşirelik bakım gereksinimlerinin yerine getirilmesi,
- o Hastaların verilen hizmete kolay bir şekilde ulaşması ve gereken yerlerde hastaneden de destek alınması,
- o Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın ihtiyacına göre gereken psikolojik desteğin verilmesi,
- o Hastanın ve hasta bireye bakımında yardımcı olan kişinin ihtiyaç duyduğu tıbbi medikal malzeme ile farmasötik malzemelerin temininin sağlanması,
- o Verilen bakımın hasta bireye özel, kişi bazlı bir bakım olması (Nazogastirik sonda bakımı gibi her bireyin kendine özgü sağlık sorunlarını gidermek adına bireysel yapılması).
- o Bakım gereksinimi olan hasta bireyin belirli süre zarfı içerisinde kamu hizmeti şeklinde evde sağlık hizmeti alması,
- o Yaşamlarının son evresine giren hastalar için onları ve ailelerini destekleme adına palyatif bakım hizmeti sunulması (ağrının giderilmesi, huzurlu ölümün sağlanması gibi),
- o Bakıma ihtiyacı olan bireye danışmanlık hizmeti verilerek emosyonel anlamda yardımcı olunması,
- o Hastada sosyal etkileşimi arttırarak toplum içine karışmasının sağlanması ve iletişimsel kopukluğun gerçekleşmesinin engellenmesi,
- o Hastayı ve bakım vereni motive ederek kişilerin psikolojik anlamda dirençlerinin düşmelerinin önüne geçilmesi,
- o Hasta bireylere terapötik tedavi hizmetinin verimesi ve bunun ilerletilmesi,

o Evde sağlık hizmetleri ile ilgili toplumsal çalışmalar yapılarak mevcut halkın bilinçlendirilmesi ve toplumun öğrendiği bilgilerle hareket etmesinin sağlanması [11,23].

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri 10 Mart 2005 yılında 25751 numaralı Resmi Gazetede yayınlanan “Evde Sağlık Hizmetlerinin Sürdürülmesi Yönetmeliği’ne göre yürütülmektedir. Bu yönetmeliğe göre Evde Sağlık Hizmetleri; hekimlerin öncülüğünde bakım alan bireylere ve bu kişilere bakım verenlere alanında uzman sağlık ekibiyle hem fiziksel hem de psikolojik rahatsızlıkların tedavi edilmesi, sağlık alanındaki ihtiyaçların karşılanması, yeterli ve uygun bakım verilerek hastanın sağlık durumunun optimum düzeye getirilmesi ve hastanın verilen sağlık bakımından en iyi seviyede yarar sağlaması olarak ifade edilmiştir [11-24].

Sağlık Bakanlığı 2010 yılı “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları” ynergesindeevde sağlık hizmeti sunumu; evde verilecek olan sağlık hizmeti sağlığı bozulmuş olan insanlara yaşadıkları ortamda veya evlerinde sağlanacak olan hasta odaklı bakım ile tanı konulup hastaların yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan hizmetlerin tamamı şeklinde ifade edilmiştir [11-25].

Evde sağlık hizmetleri yaşlılara uygun tedaviyi evlerde yaparak hastanelerin mali ve fiziksel yükünü azaltmayı amaçlamaktadır. Türkiyede evde sağlık hizmetleri 01/02/2010 tarihli, 3895 numaralı ilgili bakanlık tarafından evde bakım hastalarına yönelik sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve yürütülmesinin belirtildiği yönergeye göre devlet hastanelerine ve ASM’lere bağlı bir şekilde yürütülmektedir. Bu yönergeyle amaçlanan, evlerinden çıkmayan bakım hastalarının yeterli düzeyde hizmet olarak sağlıklarının korunma altına alınması ve optimal seviyeye çıkartılması, sürecin verimlilikle ilerlemesi, sunulan hizmete ulaşılabilirliğin kolay olması ve standartlara uygunluğun tespitidir [11-26-27].

Ülkemizin gelecek yıllarında evde sağlık hizmetlerinin gelişerek ve etkili bir hale gelmesi için 2015’te bu konuyla ilgili bütün yönerge ve yönetmeliklerin revize edilme ihtiyaı meydana gelmiştir. Bu ihtiyaı gidermek amaçıyla 2015 yılında yeni düzenlemelere gidilmiştir. şu anda ise evde bakım hizmetleri 27/02/2015 tarih ve 29280 numaralı ilgili bakanlık tarafından evde bakım hastalarına yönelik sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve yürütülmesinin belirtildiği yönerge kapsamında yönetilmektedir [11-28].

Günümüzde sağlık alanıyla ilgili yapılan yenilikler, hastanelere uzun süreli yatışların yapılması ve bundan elde edilen mali gelir değerlerinin fazla olması sağlık piyasasında rekabet oldaklı olmayı meydana getirmiştir. Bundan kaynaklı bireyler bakımları için uzun süre beklemek zorundadırlar. Dünyadaki bazı ülkeler; hastanelerdeki yükleri azaltmak için acil servislere gelen hastaların gerekli tedaviyi gördükten sonra vakit kaybetmeden evlerine gönderilmesi, ileri yaştaki hasta bireylerin daha az yoğunluktaki bakım ortamlarına sevk edilmesi ve bakımı evlerde uygulama gibi yöntemler kullanmaktadır. Evde sağlık hizmetleri ise hasta bireylerin hastalıklarının yaşadıkları veya alışkın oldukları çevrede düzeltilmesi için sunulan bir hizmettir. Bu hizmet sayesinde bireyler hastane ortamındaki enfeksiyonlara maruz kalmadan tedavi olarak rahat bir şekilde bakım alabilmektedir [11-29].

Geçmiş yıllarda, çoğunlukla Avrupa ülkelerinde evde sağlık hizmetleri kamuya ve özel sektöre ait hastanelerde hizmet vermektedir. Hastaların hastanede uzun zaman geçirmeleri ve aldıkları bakımın süresi hastayla beraber hizmet sunan sağlık personelinin de yıpratmaktaydı. Bireyler ise alışkın oldukları çevrede ve aileleriyle birlikte bakım almayı daha rahat buluyorlardı. Bu durum göz önüne alındığında Avrupa devletleri ve ABD evde sağlık hizmetlerinin üzerine daha çok düşerek verilen hizmeti geliştirmeyi hedeflemiştir [11-30-31].

Ülkemizde ise evde sağlık hizmetleri bakıma muhtaç ve evlerinden çıkamayan bireyler için son derece önemli olsada daha yeni yeni kendini oluşturmakta ve geliştirmektedir. Bu durum her geçen gün daha da iyiye gitmekte ve toplum için fayda sağlamaktadır. Unutulmaması gereken konulardan bir tanesinde hasta bireyle birlikte bireye bakım veren kişinin de bu konuda ne kadar bilgi sahibi olduğudur. Hastaya bakımında yardımcı olan kişiyede gerekli eğitim verilmeli ve destek olunmalıdır [11-30]. Özellikle bireylerin sürekli yanında olan ve bakımına katılan kişi, hastaların yalnız kalma durumları ve ölüm korkusunun azalmasında da oldukça etkilidir. Yaşlandıkça sosyal ortamla iletişimi koparan, yalnız kalma isteği artan ve sürekli ölümü düşünen yaşlı için bakım veren çok önemlidir. Yaşlıların yaşadığı yalnızlık duygusunun yaşam doyumunu da olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Bireyin hayattan bekledikleri ve beklentilerini karşılama durumu ile meydana gelen yaşam doyumu, bireyin psikolojik ve fizyolojik yönden iyi olma durumu, sosyal etkileşim, maddi yeterlilik gibi etmenlerden olumlu etkilenmektedir [32-33]. Yaşlılığa kadar kimseden yardım istemeden kendi ihtiyaçlarını kendi gören ve sosyal

anlamda üretken bir yerde olan kişi yaşlılıkla beraber artık üretmez hale gelir ve tüketici konumuna düşer. Bu durum kişilerde yaşamdan zevk almayı ve mutlu olma duygusunu olumsuz etkiler [34].

Yaşlılıkta meydana gelen değişiklikler ve kronik hastalıklarla birlikte fiziki gücün azalması nedeni ile birey kendini ölüme daha yakın hissetmektedir [35]. Bu durum kişilerde ölüm kaygısını arttırmaktadır. Ölüm kaygısı, kişi ölümle ilgili kendini rahatsız hissettiğinde oluşabilecek bilinçli veya bilinçsiz bir psikolojik durum olup bireyin yok olacağını, alışkın olduğu çevreyi kaybedeceğini ve belirsiz bir sonla hiçliğe gideceğini fark etmesiyle oluşur [16-35]. Ölüm kaygısı genellikle kişilerde negatif etkiye neden olur. Kimileri bu duruma alışarak uyum içerisinde mutlu bir süreç geçirirken kimileri de durumu reddederek mutsuz bir zaman geçirir [36]. Ölüm korkusunu çok yoğun hissedenlerin yaşamlarından zevk almadıkları ve huzursuz bir dönem geçirdikleri bilinmektedir [37].

Bu konuda evde sağlık hizmeti veren ekip bu gibi durumları da göz önünde bulundurarak hem hasta bireyi hem de hasta bireyin bakımında devamlı rol alan kişiyi bilgilendirmelidir.

Evde sağlık hizmetleri multidisipliner bir şekilde yapılması gereken son derece önemli bir iştir. Bu işte ekiple uyum içinde çalışmak gerekmektedir. Ekipteki etkili bir meslek grubu da hemşirelerdir. Hemşireler gerek aldıkları eğitim anlamında gerekse uygulamalarıyla profesyonel bir ekip çalışanıdır. Grup içi uyum ve adaptasyonuyla hemşireler, bakım ihtiyacı olan hastaya giderek yaşadığı çevreyi ve kişiye bakım verenleri değerlendirir. Aynı zamanda bakım alan ve verenlerin bilgi anlamında desteklenmesini de sağlar [20].

2.1.2 Evde sağlık hizmetlerinin gruplandırılması

Evde sağlık hizmetlerini üç gruba ayırmak mümkündür. Bunlardan ilki psikolojik anlamda bireye destek sağlanmasıdır. Evde sağlık hizmetleri kişinin sadece tıbbi anlamda değil aynı zamanda psiko-sosyal anlamda da desteklenmesini sağlar. Birey ihtiyacı olduğu zamanlarda bu desteğe ulaşabilmektedir [11].

İkincisi ise zaman bakımından değerlendirildiğinde uzun ve kısa süreli olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu iki grup kapsadıkları bireyler açısından farklıdır.

Kısa süreli evde sağlık hizmetlerinde daha çok psiko-sosyal anlamda destek sağlanmaya çalışılarak bireyin sosyalleşmesi ve çevresiyle iletişimde bulunması, grup aktivitelerine katılımı, etkinlik ve gösterilerde yer alması, kişisel bakımını yapması ve özen göstermesi, aynı zamanda tıbbi anlamda da hastane sonrasında fizyoterapi desteği gibi ihtiyaç halinde hareketinin sağlanması ve böylelikle yaşam kalitesinin yüksek olması amaçlanmaktadır [6-11-38]. Bu süreçte yapılanlar genellikle birkaç ay içerisinde gerçekleştirilen hizmetlerdir [7-11].

Uzun süreli evde sağlık hizmetlerinde ise kısa süreli hizmetleri de kapsamakla beraber daha detaylı bir hizmet süreci görülmektedir. Bu süreç genellikle altı ay ve daha uzun bir süreyi kapsamaktadır. Amaç yapılan hizmetin kalıcılığını arttırmak ve fayda oranında yükselişe geçmektir. Yapılan bakımlarla birlikte bireyin yaşam kalitesinin ömrü boyunca üst düzeylerde tutulması hedeflenmektedir.

Yapılan bakım hizmetlerinden kasıt ihtiyacı olan bireyin gündelik hayatta yapması gereken günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi, özbakımını yapamaması ve yardım edilmeden yapabilecek gücünün bulunmaması, zorlanması halidir. Bazı ülkelerde belirlenen standartlar ve kurallar dahilinde bireyler değerlendirilerek bu tarz ihtiyaçları olan ileri yaşa sahip bireylerde hizmetten yararlanılarak desteklenmeye çalışılmaktadır [11-38].

Üçüncü grupta hizmet sağlayan profesyonellerin nitel özellikleri oluşturmaktadır. Bu grup alanlarında uzman kişilerce verilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır [11-5].

Evde verilen sağlık hizmeti, tamamen alanında uzman (profesyonel) veya kısmi olarak alanında uzman (kısmi profesyonel) kişiler olarak hizmet veren bireye göre ikiye ayrılmaktadır. Profesyonel kişiler tarafınca sunulan bakım hizmetinin içeriği aşağıdaki gibidir:

1. Hekimler Tarafından Sunulan Sağlık Hizmeti: Evde bakım hastalarını yaşadıkları yerde belirli periyotlarla ziyaret ederek muayenesinin gerçekleştirildiği sağlık hizmetidir.

2. Hemşireler Tarafından Sunulan Sağlık Bakım Hizmeti: Evde bakım hastalarını yaşadıkları çevrede belli sürelerde alanında profesyonel sağlık çalışanı olan hemşirelerin ziyareti ile yaşadıkları ortamda verilen hemşirelik bakım hizmetlerine dayalı sağlık hizmetleridir.

3. Destekleyici Evde Sağlık Hizmetleri: Psikolojik destek, fizik tedavi, beslenme durumunun düzenlenmesi, konuşma terapisi gibi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına yardım edecek hizmetlerdir. Destekleyici sağlık hizmetleri palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireyler için önem taşımaktadır.

4. Gündelik Olarak Verilen Bakım: Bakım almaya ihtiyacı olan bireyin gereksinimine göre gündüz ya da gece verilen bakımdır.

5. Bireye Özgü Bakım: Bakım gereksinimi olan kişinin vücut temizliği, banyosunun yaptırılması, ev işlerine yardım, sosyal alanlarda desteklenmesi, alışverişinin yapılması gibi bireye özgü olan aktivitelerin uygulanmasında yardımcı olan hizmetlerdir.

6. Sosyal Hizmetler: Evde bakım ihtiyacı olan genellikle yalnız yaşayan, ekonomik, sosyal ve kültürel anlamda sorunları olan kişilere sunulan, sıkıntılarını tespit ederek çözümlemelerine yardımcı olan hizmettir.

7. Danışmanlık Hizmeti: Hastanın sahip olduğu kanuni hak ve görevleri sağlanan rehberlik hizmetleriyle hastanın şikâyetlerinin, isteklerinin karşılıklı gözden geçirilmesi, bilgi alışverişinde bulunulmasıdır [5].

Sunulan sağlık hizmeti ihtiyacı olan hasta bireyin alışkın olduğu ve kendini yabancı hissetmediği, güvenli bir ortamda verilmektedir. Sağlık bakım uygulamalarının temelinde hasta ve hastanın bakım ihtiyaçları vardır. Evde sağlık hizmetleri sağlığını kaybetmiş veya bu konuda rahatsızlıkları başlamış olan kişilerin medikal tedavi görmesi, sağlık düzeylerinin artması ve rehberlik hizmetleriyle hem bireyin hem de hasta bireye bakımında yardımcı olan kişinin fiziksel ve mental sağlık yönündeki sorunlarını giderecek beceriler kazanıp, bütünlük içinde hizmet almasını sağlar.

Profesyonel sağlık personeli olmayan hasta bireyin tanıdığı ya da maddi bir karşılıkla hastanın bakımını sağlayan kişilerin yaptığı sağlık bakımınaysa resmiyeti olmayan bakım denmektedir. Bu bakım ülkemizde yaygın şekilde kullanılmaktadır.

Evde sağlık hizmetlerini saydığımız bilgiler dışında tıbbi açıdan destek ve sosyal açıdan destek olarak da iki ayırmamız mümkündür. Tıbbi açıdan destekle ilgili kastedilen hekimin muayene etmesi, hemşirelik bakım hizmetleri, ihtiyaç olan medikal malzemelerin temininin sağlanması, ilaçların temini gibi durumlardır. Bununla birlikte bireylerin sağlıklarının optimum düzeyde tutulması, gerek duyulması halinde beslenme yetersizliğinde diyetisyenden yardım alınması, hareket

yetersizliği gibi durumlarda fizyoterapistten yararlanılması hastaneye başvuruların azalması ve yoğunluğun giderilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu hizmetin bir diğer avantajıda verilen sağlık bakımının hasta, bakım veren ve sağlık çalışanları arasında iletişim kopukluğu olmadan koordine bir şekilde sunulmasıdır. Sosyal açıdan destekten kasıt ise bireyin günlük hayatta çevresiyle iletişim halinde olmasının sağlanması, öz bakımında yardımcı olunması, çevresinin ve yaşadığı ortamın temizlenmesi ve düzene koyulması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yardım edilmesi ve tüm bunları hastaya bakımında yardımcı olan, bireysel bakım sağlayan isanların yapmasıdır [11-39].

2.1.3 Evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi

2.1.3.1 Dünya’da evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ile mevcut durumu

Günümüzde dünya üzerindeki pek çok ülke vatandaşlarına evde sağlık hizmeti sunmaktadır. Fakat sunulan bu hizmetlerin içine biraz girdiğimizde ve kapsamlarına bakıldığında belirli standartlar çerçevesine otutturulmuş, kanun ve yönergelere bağlı düzenlemelerin olduğu, profesyonel sağlık çalışanlarıyla hizmet sunan, maddi açıdan problem yaşamayan, yeterli medikal malzemeye ve ilaca sahip ülkelerin azınlıkta olduğu ortaya çıkmaktadır. Sayılan tüm özelliklere sahip ülkelerin genel olarak nüfuslarına bakıldığında ileri yaşlı ve kronik hastalık oranlarının yüksek seyrettiği ülkeler olduğu görülmektedir.

Oldukça hareketli bir geçmişe sahip olan evde sağlık hizmetlerinin tarihi sürecine bakıldığında ilk olarak karşımıza Ortaçağ Avrupası ıkmaktadır. ABD, Avrupadaki bazı ülkeler, Çin ve diğer dünya ülkelerinin bir kısmında evde sağlık hizmetleri sağlık sistemi kasamında oturaklı ve belirli satnadartlar kapsamında yürütülen bir iş olarak ciddiye alınılmaktadır. Türkiye’ye bakıldığında ise evde sağlık hizmetleri özel sağlık kuruluşları ve yerel yöntemler tarafından hizmet vermeye başlamıştır [40].

Sunulan bu hizmetler ilk başta belirli standartlara dayandırılarak yapılmasada sonralarda gelişme gösterdi. İlk olarak 1700’l yılların başında din merkezli olarak parasal anlamda yardıma muhtaç ve bakım ihtiyacı olan hastalara gidilmekteydi. Ancak 1700’dn sonalarında durum biraz daha gelişerek aşama katetmiştir. 1796 yılında ABD’nin Boston eyaletindeki Verem Savaş birimi tanımımlı halde sağlık hizmeti veren ilk kurumlardandır [11-41].

1814 yılına gelindiğinde yaşlı, maddi durumu olmayan ve bakıma ihtiyacı olan kimselere yardım etmek ve bakım hizmeti sunmak için kadınların oluşturduğu bir topluluk meydana gelmiş ve Philadelphia Topluluğu ismi verilen bu topluluk 1833 yılında yoksul ve ihtiyaç sahibi kimselere sağlık hizmeti sunmuşlardır [10].

1850'li yıllarda ise İngiltere'de William Rathbone'nin karısı ölümcül bir hastalığa yakalanmış ve karısına bakım verme konusunda kendisine yardım edecek birine ihtiyaç duymuştur. Bunun için bir hemşireden yardım istemiş ve karısının son günlerinde kaliteli yaşam sürmesini sağlamıştır. Bu olay ülkede hemşirelerin ev ziyaretleri yapmasına ve belli bir düzen oluşmasına zemin hazırlamış oldu. Sonralarda Florence Nightingale'nin destekleriyle Rathbone Liverpool Reviri'ne ziyaret maksadıyla bir okul kuruldu. Bu okulda yetiştirilen öğrenciler mezun olduklarında fakir ve yardıma muhtaç hastaların evlerine gidip olmaları bakım vermede destek oluyorlardı. İngiltere'nin Liverpool şehrinde Mary Robinson isminde bir hemşire aile üyeleri ya da bakıcı yoluyla yardım alması gereken hastaları incelemiş ve bu kimselere ev ziyaretlerinde bulunmuştur. Florence Nightingale de aynı şekilde ziyaretlerde bulunarak bu kişilere destek olacak ve bakımını üstelenerek yardım edecek kimselerin özel bir eğitim görmesi gerektiğini belirtmiş ve eğitim almış kadınların hastanelerde, evlere gidebilecek ayrıcalıklı hemşireler olarak bulundurulması için planlar yapmıştır [5].

Dünyada daha ileriki tarihlerde ise yine ABD'nin Buffalo şehrinde Hayırseverlik Teşkilatı kurulmuş ve yoksul kişilere bakım hizmeti verilmiştir. 1877 yılında da din görevlileri yoluyla maddi durumu olmayan fakir kişilere sağlık hizmeti sunulmuştur. Din görevlilerinden farklı olarak 1900 tarihinde yönetici grubunda bakım hizmeti vermiştir. Yine Amerika'da 1908 yılında Ev Hizmetleri Organizasyonu kurulmuş ve toplumu bilinçlendirmek için bir dergi basılmaya karar verilmiştir. Evde sağlık bakımını yaygın hale getirmek için Ziyaretçi Hemşirelere ait olan Dergi 1909 yılında her ay düzenli bir şekilde basım ve dağıtımına çıkmıştır. Birinci Dünya Savaşı'nın ardından Kızılhaç'ın öncülüğünde hemşirelerin ev ziyareti sayıları Amerika çapında yaygın hale gelmiştir. Evde sağlık hizmeti 1916 yılında bir halk sağlığı hizmeti olarak sonrasında 1922 yılında kurum temelli hizmet olarak verilmiştir. 1921 yılında prenatal ve neonatal bakıma evlerde başlanmış, 1935 yılında ise devlet duruma el atıp destek vermesi ile sağlık müdürlüklerince evde sağlık hizmeti verilmiştir. 1960

yılında yine devlet desteğiyle yaşlı bireylerde bu hizmet kapsamında herhangi bir ücret ödmeden evde bakım hizmeti almıştır.

Sunulan hizmet yıldan yıla gelişme gösterirken 1930'lu yıllarda enfeksiyon hastalıkları ve kronik dejeneratif hastalıkların artması ve çok fazla ölümlerin olması sebebiyle ekonomik bakımdan zorlu bir sürece girilmiş ve ekonomik düzeyi farketmeksizin herkes hastanelere başvurmaya başlamıştır. Evlere yapılan ziyaretler bu zamanda sıkıntıya girerek kaynak bulmada zorlanılmıştır. Bu durumun içinden çıkabilmek için yardımlar toplanmaya ve destek istenmeye başlanmıştır. Sonraki yıllarda 2. Dünya Savaşı'nın başlamasıyla hastanelerde bulunan sağlık çalışanlarının sayısında azalma görüldüğü için evlerde tedavi hizmetleri artmıştır. Durumun böyle olması evde verilen bakım hizmetinin değerini arttırarak evde bakım hmsireliğini geliştirmiştir. 2. Dünya Savaşı sırasında 1965 yılı itibariyle iki kurum ülkede resmileştirilmiştir. Bunlar Medicare ve Medicaid isimli kurumlardır. 1966 yılında Amerika'da Medicare ve Medicaid evde bakım hizmetini kabul ederek Ulusal Evde Bakım Organizasyonu kurulmuştur [10].

Medicare; genellikle ABD'de 65 yaş ve üzeri kişilerin sağlık harcamalarıyla ilgili sigortanın ismidir. Medicaid de herhangi bir yaş sınırlamasına tabi tutulmadan fakir kimselerin sağlık harcamalarını finanse eden sağlık sistemine verilen isimdir. Medicare'in Evde Sağlık hizmetleri bakımından önemi 1966 yılında evde bakım hizmetlerinin bu sistemin içine dâhil edilmiş olmasıdır. Medicare lisanslı evde bakım şirketi yıldan yıla sayısını arttırarak olumlu yönde gelişme göstermiştir. Amerika'da hasta bakımıyla ilgili kurum sayısında görülen en fazla artış 90'live 2000'li yılların başlarında olmuştur [5].

Diğer ülkelere göre sağlık hizmeti ABD'de yakın zamanda gelişme göstermiştir. Kamu özel sektöre göre daha ağır baskamaktadır. Danimarka, İngiltere ve Hollanda evde bakım hizmeti bakımından gelişmiş ülkelerdir. Danimarka'da ranlara bakıldığında 100 hanenin 20'sinde 65 yaş üzeri bireylere gereken sağlık desteği verilerek, hizmet yürütülmektedir. Bu ülkede hizmetten yaralanan kişi sayısının 27 bin kişi olduğu bilinmektedir. 1987 yılı itibari ile yapılan yasal düzenlemeler sonucu evde sosyal yardım hizmetleri anlayışı kabul edilmiştir. Avrupa'da 19.yy'ın ortalarından itibaren gelişme gösteren sosyodemografik ve ekonomi temelli yaklaşım baz alınarak evde sağlık hizmetleri ile ilgili resmi çalışmalar yapılmıştır [42].

Avrupa ülkelerindeki oranlara bakıldığında 75 yaş ve üstü bireylerin profesyonel bakım alma durumu 1982 yılında %16 civarındayken 1999 yılında bu oran düşüş göstererek %9 olmuştur. Bireylere sunulan sosyal yardım hizmetleri genellikle vergilerden karşılandığı için bu hizmetlerden ücret talep edilmemektedir. İngiltereye bakıldığında evde sağlığın belli bir standardı yoktur bu sebeple verilen hizmet şehir sınırları arasında değişkenlik göstermektedir. Genellikle fakir ve ileri seviyede engelli olan kişiler bu hizmetten yararlanmaktadır [43,44].

Kanada’da ise evde sağlık hizmetleri ilk olarak 1970 yılında, Ontorio eyaletinde kamu tarafından finanse edilmiştir. Kanada da yerel yöneticilerden ve hükümetten bir kısım sağlık hizmeti sunan kimseler, evde sağlık hizmetinin sağlık sistemindeki değerli rolünü anlayarak 1988 yılında kamu tarafından finanse edilen ülke genelinde kısa dönem ve uzun dönemde bakım hizmeti veren, evde sağlık hizmeti programlarını gerçekleştirmiştir. Daha sonra 1990 yılında hastanelerde yeniden yapılanmayla ve hizmetin eve daha yakın olması prensibi ile bu programlar git gide güç kazanmıştır. 2002 yılında, hükümet evde sağlık hizmetlerini sağlık sisteminin en hızlı büyüyen parçası olarak tanımlamış ve bu konuda ciddi politikalar izlemiştir. Evde bakım hizmetlerinin 2002-2007 yılları arsında hızlı bir biçimde gelişme göstermesi, kapsama alanının genişlemesi ve 2004 yılında kısa süreli bakım ile palyatif bakımı tanımlayan, “Sağlık Hizmetlerini Güçlendirme 10 Yıllık Plan” yayınlanmasıyla beraber sağlık sektöründeki yeri de ivme kazanmıştır [45].

Evde sağlık açısından Uzakdoğu ülkelerine bakıldığında ise, sağlık alanının devletin kontrolünde olduğu görülmektedir. Uzakdoğu ülkelerinden biri olan Japonya’da toplam nüfus oranına göre yaşlı sayısındaki artış nüfusun yaşlanmaya doğru gittiğini göstermektedir. Ülkenin nüfus politikasından kaynaklı aile içerisinde küçülmelerin görülmesiyle yaşlı sayısı arttığı için bakıma ihtiyacı olan yaşlılara verilen hizmet devlet tarafından karşılanmaktadır. Bunun sonucu olarak Japonya 2000 yılında yaşlı ve engelli bireyler için bakım sigortası yasasını yürürlüğe koymuştur. Bu yasa ile hemşirelik hizmeti rehabilitasyon faaliyetleri ile evde verilebilecek tıbbi bakım hizmetleri daha önce yürürlükte olan yasaya eklenmiştir [46].

Bir diğer uzakdoğu ülkesi olan Çin’de sağlık sisteminin diğer ülkelere göre daha farklı olduğu görülmektedir. Çin’de sunulan evde sağlık hizmeti 61 yaş ve üstü yaşlı, yoksul ve bakıma muhtaç bireyleri kapsamaktadır. Burada evde sağlık hizmetleri ekonomik nedenlerden çok sosyokültürel yapı sayesinde etkin hale gelerek

gelişmiştir. Sağlık hizmeti veren insanlar hasta ve yaşlı bireylerin aileleri içerisinde seçilmektedir. Seçilen bu kişilere sağlık hizmeti ile ilgili eğitimler verilerek ailede bulunan yaşlılara bakım vermesi beklenmektedir. Evde sağlık hizmeti adına çalışan bu bireyler gayri resmi bakıcılar adı altında çalıştırılmaktadır [40].

2.1.3.2 Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve mevcut durumu

Türkiyede sağlık alanındaki bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimini anlayabilmek için öncelikle sağlık alanındaki gelişmeler hakkında bilgi sahibi olmamız gerekmektedir.

İlk olarak Anadolu’ya bakıldığında Selçuklularla başlayarak sağlık kuruluşlarını tanımlamak için çeşitli isimler kullanıldığı görülür. Bu isimlerden bazılarında darü’ş-şifa, darülafiye, şifahane örnek olarak gösterilebilir. Darü’ş-şifalar dinin bir gereği olarak kurulmuş yardıma muhtaç, yoksul kimselerin sağlık bakımında yardımcı olmak amacıyla kurulmuş, maddi ibir karşılık beklemeden bu hizmeti veren devler kurumlarıdır [47]. O zamanlarda sağlık hizmetinin önemi kavranmış, üzerinde dikkatle durulan bir konu olmuştur. Sunulan hizmet hem topluma açık yerlerde hem de evlere gidilerek sağlık gereksinimi olan kişilere verilmekteydi. Bunun bir örneği olarak Amasyalı cerrah Şerafeddin Sabuncuoğlu’nun yazdığı ilk Türkçe deneysel tıp eseri olma özelliğini taşıyan Mücerrebname’inde çeşitli hastalıkların varlığı ve bu hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Evde bakım hastaları içinde yer alan felçli hastalar ve yaptığı tedaviler de anlatmıştır [48].

Osmanlı Devleti zamanında ise bir önceki dönemden farklı olarak sağlık hizmetleri daha çok askeriye/ordu merkezli kurulmuştur. Ancak bu durumun yanı sıra padişah gibi devlet büyükleri ya da hayırsever zengin kimselerin kurdukları hastane, şifaevi, gibi kurumlarcada halka sağlık hizmeti sunulmuştur. Her ne kadar bu gibi kurumlar olsada Osmanlıda ordu merkezli sağlık hizmetinin olması ülkenin her yerine bu hizmetin eşit olarak ulaşamamasına ve kırsal kesimde yaşayan merkezi yerleşim yerlerine yakın oturmayan kişilerin bu hizmetten yararlanamamasına neden olmaktadır. Merkeze yakın olmayanlar kendilerince farklı alternatif çözüm yöntemleri bulmak zorunda kalmışlardır [49].

Türkiye Cumhuriyeti kurulduğunda ise resmi anlamda ilk olarak 1931 yılında yürürlüğe konulan 1590 numaralı Sağlık Koruma ile ilgili yasa sayesinde düzenleme yapılmıştır. Kısa zamanda sağlık hizmetleri gelişerek kişiden kişiye bulaşan

hastalıkların tanı yöntemleri ve teşhisler ile önüne geçilmesi ile ilgili doktorların hasta bireylere ev ziyareti yapması ve muayene etmeleri kuralı getirilmiştir [50].

Sağlığı Koruma yasasına ait 1932 tarih ve 1852 sayılı 21 numaralı yasada yatağa bağımlı hastalara uygulanan çeşitli sağlık hizmetleri kavramından bahsedilmiştir. Cumhuriyet Döneminde birinci basamak sağlık hizmeti olan koruyucu sağlık hizmetleri için çıkarılan Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile bulaşıcı hastalığa maruz kalmış bireylerin evde bakım gereksinimleri ve beslenme ihtiyaçları devlet bütçesinden karşılanmıştır. Başlatılan bu uygulamayla şu anda da bir çok belediye kendi bünyesinde evde bakım hizmeti vermeye başlamıştır. UHK'nin evde bakıma ihtiyacı olan hasta bireylere sunduğu sağlık hizmeti ve yapılan yenilikler; Avrupadaki gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetleri ile benzerlik göstermektedir. Buna örnek olarak Danimarka ile olan benzerlik gösterilebilir. Çünkü her iki hizmette de yaş grupları arasında öncelik çocuklarıdır.

Evde sağlık hizmetlerinin ilk zamanlarında bu hizmetten yaralanan kişilerin çoğunlukla küçük yaş grubundakiler, kadınlar ve işçiler olduğu görülürken, günümüzde ki verilere bakıldığında ise bu hizmetten daha fazla oranda yaşlıların yararlandığı görülmektedir.

Evde sağlıkla birlikte gelen "Evde Muayene" kavramı ilk kez, 1935 yılında çıkartılan Dermatolojik Hastalık ile gayri resmi ilişkilerle savaş kanunun 14. Maddesine yönelik gerçekleştirilen düzenlemede yer almıştır. Burada bahsi geçen hizmet sağlığı son derece bozulmuş ve artık hiçbir sağlık kuruluşuna başvuruda bulunamayacak kadar kötü seviyede olan kadın hastalar için geçerliydi. Buna ek olarak bir diğer kanunda da bulaşıcı yolla yayılan hastalıklara karşı yatağa bağımlı hastalara verilen sağlık hizmetinin uygulama alanı da genişletilmiştir.

İleriki yıllarda evde sağlık hizmetinin kapsama alanı genişletilerek bu alana ihtiyacı olan personel ve kamu görevlileri de dahil edilmiştir. Bu kişilerden hizmetten yararlanabilecek grup kategorisine alınmıştır. Ayrıca bu grup mevcut kanunlarda olan hastalık sınırlamasınada tabi olmamakla birlikte hastalık çeşidi farketmeksizin sunulan hizmetten yararlanabilmiştir.

Yine ülkemizdeki gelişmelerden biri olan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, ekonomik ve kültürel alanda gelişmesi amacıyla yapılan 1. Beş Yıllık Kalkınma Planında yatağa bağımlı hastalarla ilgili çalışmalar mevcuttur. Bu planda bulaşıcı

hastalıkları önlemek adına evde verilen hizmetlerin kalitesini arttırmak, hastanelerin yanında evde tedavinin de desteklenmesi konusu hakkında konuşulmuştur [11].

Ülkemizde uluslararası bir gelişme olarak da UNICEF ile “1988-1992” yıllarında ortak işbirliğiyle yapılan bir anlaşma örnek gösterilebilir. Evde Tedavi kavramı bu anlaşmada Home Care olarak geçmektedir [17].

1993 yılında Türkiye’de evde sağlıkla ilgili olarak gerçekleşen ilk pilot proje Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmış “Evde Bakım Hizmet Modeli”, “Özürlülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna İlişkin Yönetmelik” te (19.08.1993/21673 sayılı RG.) “Evde Hizmet” olarak yer aldığı, Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde 1994 yılında kurulan, Yaşlılara Hizmet Merkezinde uygulanan “Evde Bakım Projesi” dir. Her ne kadar evde bakımın gelişimine katkı sağlamak için yapılan bir proje olsa da yapılan pilot uygulamalardan etkin sonuçlar alınmadığı için devam ettirilememiştir [51].

2000’li yıllarda “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliği”nin yayınlanmasıyla yatağa bağımlı hastaların sağlık hizmeti alması için sağlık kurumlarının standartlara göre açılması ve yine bu standartlara göre yürütülmesi ve denetlenmesi sayesinde bu anlamda hizmet sunacak kurumların yasal çerçevesi şekillenmiş oldu. Ancak bu yönetmelikle sadece özel sektör yatağa bağımlı hastalara hizmet sunabilmekteydi. Kamu kurumları ilk başta bu hizmete dahil edilmemiştir. Durum böyle olsa da ilk olarak özel sektörün bu standartları uygulaması ileride kamunun önünde bir örnek teşkil ettiğinden dolayı daha rahat hizmet vermesini sağlamıştır [52].

Kamunun hizmet vermeye başlaması Sağlık Bakanlığının duruma el atmasıyla 2010 yılında gerçekleşmiştir. Bu yıldan sonra artık sadece özel sektördeki sağlık hizmeti veren kurumlar değil aynı zamanda kamu tarafından sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan hastanelerin evde sağlık birimleri ve ASM’lerde bulunan hekimler tarafından da yatağa bağımlı hastalara evde sağlık hizmeti sunulması zorunlu hale getirilmiş, sunulacak hizmetin kuralları belirlenerek belirli bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır [28].

Yine 2010 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Bakım

Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yürürlüğe koyulmuştur [53].

2015 yılına geldiğimizde ise evde sağlık hizmetleri ile ilgili gelişmeler devam ederek yeni çıkartılan “ Sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan yatağa bağımlı hastaların sağlık ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik mevzuat” ile yatağa bağımlı hasta bireylerin ihtiyacı olan tanı, tedavi, tetkikler ve medikal malzemeler ile rahabilitasyon uygulamaları hasta bireylerin alışkın oldukları çevrede yapılarak psiko-sosyal anlamda da bir rahatlık sağlanması ve yardım edilmesi amaçlanmıştır [54].

Bu mevzuat sonrasında 2017 tarihinde Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 49.644.233-020-435 numaralı yasayı onaylamasıyla yatağa bağımlı hastaların, tanı, tedavi, tetkikler ve medikal malzemeler ile rahabilitasyon uygulamalarının bireyin yaşadığı yerde yapılmasına karar verilmiştir [55].

Yine 2017 yılında hastalara bağımlı olarak yürütülen evde sağlık hizmetleri Kamu Hastaneleri Biriminden alınıp sağlık bakanlığına bağımlı müdürlüklere verilmiş ve artık yatağa bağımlı hastaların gereksinimleri genel müdürlük aracılığıyla yürütülmeye başlanmıştır [56].

Ülke genelindeki evde sağlık hizmetlerinin birbiriyle ve üst basamakları arasında herhangi biriletişim kopukluğunun yaşamaması için İl Sağlık Müdürlükleri tarafınca müdürlük bünyesine bağımlı Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezleri kurulmuştur. Yapılan tüm başvurular Ankaradaki ana merkeze düşmekte ve burada görevli personelce ilgili illerin sistemlerine gönderilmektedir. Daha sonra başvuruda bulunan bireye en yakın bölge belirlenerek bu bölgeden sorumlu kurumun sistemine kayıt edilmektedir. Evde Sağlık Hizmetine başvurabilmek için Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye genelinde tek bir numara olarak 444 38 33 numaralı telefon hattı kullanılmakta ve vatandaşların kolayca ulaşabilmesi, başvuruların eksiksiz ve doğru bir şekilde alınarak en uygun birimlere yönlendirilmesi sağlanmaktadır. Telefonla görüşme sonrası Evde Sağlık Hizmet Biriminde yetkili personel (hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen,fizyoterapist gibi) tarafından hastanın yaşadığı yerde ziyaret edilerek evde sağlık hizmeti alıp almayacağına veya verilecek olan hizmetin kapsamına karar verilmesinde ve bu doğrultuda ziyaret programına alınmaya yönelik planlamalar yapılmaktadır [57].

Günümüzde Sağlık Bakanlığının dışında bazı büyük şehirlerdeki belediyelerde kendi bütçelerinden sağlık hizmetlerini karşılayarak evde sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Bu hizmeti en kapsamlı şekilde yürüten iki yer İstanbul Büyükşehir Belediyesi ve Ankara Büyükşehir Belediyesidir. Bu hizmet kapasamında belediyelerin yaptığı bazı uygulamalar bakanlıkla farklılık gösterebilir evde sağlık hizmetlerinin gelişimine katkı sağlamakla beraber ihtiyacı olan bireylerin ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olmaktadır.

2.2 Evde Sağlık Hizmetleri Gerektiren Sağlık Sorunları

Evde sağlık hizmetinin sağlanabilmesi için gereken medikal malzemelerin, ilaçların ve yeterli sayıda alanında uzman personelin bulunması durumunda her çeşit sağlık sorununa evde sağlık hizmeti verilir. Bunun yanı sıra evde sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi için hizmet sunulacak hasta bireyin ve ailesinin yaşadığı çevre, evin ortamı uygun koşullarda olmalıdır.

Günümüzde evde sağlık hizmetlerinden pek çok hastalığa sahip birey yararlanmaktadır. Ancak diğer hasta gruplarından daha fazla bu hizmetten yaralanan grup kronik hastalığı olan ve bir sebepten dolayı engelli olan bireylerdir. Evde sağlık hizmetleri kardiyovasküler hastalığı olan, tansiyon veya diyabet hastası, böbrek rahatsızlığı olan veya serebro vasküler obstrüksiyon (SVO) geçirmiş sürekli bir gözetim gerektiren hastalara diğer gruplardan daha fazla sayıda hizmet sunmaktadır. Bunun yanında, fiziksel ve zihinsel engelli, kanser hastalığı olan, akciğer rahatsızlıkları bulunan, sürekli enfeksiyonu ve geçmeyen yaraları olan hastalar, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bir başkasının yardımına ihtiyaç duyan yaşlı bireyler, ameliyat olmuş ve bakıma ihtiyacı olan kişiler, doğum gerçekleştirmiş ve taburculuk sonrası evde bakıma ihtiyacı olan kadınlar, hastalığı hastaneye yatışı gerektirmeyecek düzeyde olan hastalar ile etkili hemşirelik bakımlarıyla düzelebilecek hastalığı olan çocuk veya yetişkin bireyler evde sağlık hizmetinden yararlanabilmektedir [58].

2.3 Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler

2.3.1 Evde koruyucu sağlık hizmeti

Koruyucu sağlık hizmeti sağlığını kısmi veya tamamen kaybetmiş sonrasında geri kazanmış ya da sağlıklı ancak sağlık düzeyini bir üst seviyeye çıkartmak isteyen

veya en üstte tutmak isteyen kimselere yardımcı olmak, sakatlıkların önüne geçilmesi, sağlık ve iyilik halinin devamlılığı için sunulan hizmetlerdir. Evde koruyucu sağlık hizmetleri ise normalde verilen koruyucu sağlık hizmetlerini imkanlar dahilinde kişilerin yaşadığı ortamlarda veya evlerinde verilmesidir. Evde sağlık hizmeti kurumların verdikleri sağlık hizmetlerinin devamlılığı niteliğindedir. Evde verilen koruyucu hizmetle amaçlanan bireyin yaşadığı ortamda yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bunun için yapılabilecek işlemlere örnek olarak yerlerin kaymaması, yürünülen alanlarda destek tutacakların olması, merdiven yanlarında korkulukların olması, ortamın yeterince aydınlatılmış olması gösterilebilir. Bu konularla ilgili hastalar ve yakınları ya da bakımına yardımcı olan kimseler bilgilendirilmelidir. Toplumada bu konuda danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Hemşireler yardımıyla bireylerin günlük yaşam aktivitelerini nasıl yapmaları gerektiği, öz bakımları, hijyen konusu, ilaç kullanımı eğitimi, fizyoterapistler yardımıyla eklem, kas ve kemiklerin hareketlerle güçlendirilmesi eğitimi, diyetisyenler yardımıyla da beslenmenin önemini anlatan eğitimler verilmelidir.

Hasta bireylerin bakımları büyük bir sorumluluk gerekmektedir. Bu sorumluk ise, genellikle hastaya ve bakım veren kişiye kalmaktadır. Günümüzde bakım verme yükü çoğunlukla aile üyelerinden birisine düştüğü için aile içerisindeki iletişim ve hareketlilik gözetim altında olmalı ve yakından takip edilmelidir. Davranış yönünden farklılıklara gidilmesi, sadece hasta bireye değil aynı zamanda hasta bireye yardımcı olan kişi ve kişilere de eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile yapılacak olan tedavi anlatılması ve bu tedaviye uyum göstermeleri, koruyucu evde sağlık hizmetinde sunulan bakımın etkin bir şekilde verilmesini sağlamaktadır [53].

2.3.2 Evde tanı koyucu sağlık hizmeti

Hastanelerde ve sağlık hizmeti verilen kliniklerde yaşam süresinin artması ve kronik hastalıkların çoğalması nedeniyle oluşan yoğunluk ve artan mali yük günümüzde teknolojinin ilerlemesi ve olanakları çoğaltması sayesinde tanı koyucu sağlık hizmetlerin evlere ve muayenehanelere taşınması sonucu hafiflemiştir. Evde tanı koyucu sağlık hizmetlerinde amaç hastaneye gitmeyi gerektirmeyen, evde muayene ve tanı yöntemleriyle de koyulabilecek hastalıkların tanısının evlerde koyulması ve hastanelerdeki yoğunluğun azaltılmasıdır. Ayrıca bireyin hastaneye gitmemesi enfeksiyon oranını düşürmekle beraber ev ortamının hastanın alışkın olduğu yer

olması sebebiyle hastanın kendini rahat hissetmesi ve daha açıklayıcı şekilde ifade etmesini sağlamaktadır. Bu hizmetin verilebileceği hastalar yürümekte zorlanan, düşme riski yüksek olan, çeşitli kronik hastalıklara sahip ve birçok tedavi alan, iletişimi güsüz ve yetersiz bakım alan bireylerdir [59].

2.3.3 Evde tedavi edici sağık hizmeti

Günümüzde hastalar hangi yaş grubundan olursa olsun artık hastanelerde kısmi tedavilerini aldıktan sonra evlerine direk gidebilmekte ve idame tedavilerini evlerinde alabilmektedirler. Hatta bu durumua hastalığı ağır ve yoğun bakımda bir süre tedavi görmüş hastalarda dahildir. Durumun böyle olmasını sağılayan gelişen teknolojiyle beraber evlerde hizmet verilebilecek ekipmanların üretilmesi ve bu tip malzemelerin kullanılabilir olmasıdır. Bu hizmetin temel amacı hasta bireyin ve onunla birlikte yaşayıp bu süreçten etkilenen kişilerin normal yaşamlarına olabildiğince hızlı dönmesi ve bu sürecin en kısa sürede tamamlanmasıdır [53].

2.3.4 Evde rehabilite edici sağık hizmeti

Evde rehabilite edici sağık hizmetleri ile hastaneye yatışın ardından etkin bir şekilde oluşturulmuş, evlerde uygulamak için yapılan programlarla hasta bireyin ve aile üyelerinin rehabilitasyon sürecine aktif katılımları sağılanmaktadır. Bir yandan da bireyin tedavi işlemleri sürerken diğeryandan birey sosyal anlamda aktif tutulmaya çalışılmaktadır. Amaç bireyin toplumdan kendini soyutlamaması ve normal yaşantısını devam ettirmesidir [60].

2.3.5 Evde uzun süreli sağık hizmeti

Uzun süreli verilen evde sağık hizmetlerinde amaç sürekli şekilde bakıma ihtiyacı olan kronik rahatsızlıklara sahip kişiler, ileri yaştaki ihtiyaçlarını kendisi göremeyen ve desteklenmesi gereken yaşlı bireyler ile engellilerin sağılığını korumaktır. Bu hizmetin sunulma nedeni bakım ihtiyacı olan bireylerin muhtaçlık durumlarının artmasının engellenmesi, hastalıkların ve engelli bireylerin durumlarının kalıcı olduğu, tamamen bağımsızlığın mümkün olmadığı hallerde sağılanabilecek en üst düzeydeki bağımsızlık seviyesine ulaşılmasının sağılanması ve bunun yapılmasıyla ilgili kişilere danışmanlık yapılarak bu bireylerin bilgilendirilmeleridir. Bu hizmetten yararlanabilecek kişiler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük çeken, mecburen yakından izlenmesi gereken kişilerdir [38].

2.3.6 Evde terminal dönem hasta bakımı

Terminal dönem denilince akla Hospice (misafirhane) kavramı gelmektedir. Hospice yaklaşımı, terminal döneme girmiş hastalar ve bu hastaların yakınlarına yoğun bakım imkanları sunan bir yaklaşımdır. Hospice yaklaşımı hasta bireylerde tedaviden ziyade son dönemini güzel geçirmelerini için kaliteli yaşamayı amaçlamaktadır. Bakım ihtiyacı olan bu bireylere hospice yaklaşımıyla palyatif bakım desteği sunulmaktadır. Palyatif bakımda yapılan işlemler kişiyi rahatsız eden hastalıkların verdiği sıkıntıyı en alt seviyeye düşürmek, belirtileri olabildiğince hafifletmek, ızdırabını gidermek ve ağrılarını dindirmektir.

Bu duruma verilebilecek en önemli örnek yara bakımındır. Hastalıktan kaynaklanan yatağa bağımlı hastalarda hareket eksikliği nedeniyle pek çok yara oluşumu gözlenmektedir. Bu yaralar kişinin hastalığının yanında bireye yüksek derecede acılar vermektedir. Yaraların bakımı ve iyileştirilmesi bireyin yaşam konforunun yükselmesini ve rahatlamasını sağlayacaktır. Böylelikle hastanın yaşam kalite seviyesinin artırılması sağlanır.

Hospice yaklaşımında hedef; hastaların tedavisinin devamlılığının yanında psiko-sosyal durumunun iyileşmesine yardımcı olmak, emosyonel destek sağlamak, aile bireylerinin bu duruma alışmaları için onlarla görüşmeler yapmak, imkanlar dahilinde hastanın kalan zamanının çoğunu alıştırığı ve sevdiği çevrede geçirmesine yardım etmek ve hastayı rahat ettirmektir [61].

Dünyadaki hospice hizmetlerine bakıldığında ABD’de 1990 yılından sonra hospice hizmetlerinin sağlık kuruluşlarından çok evlerde yapıldığı görülmektedir. Bireyin hospice hizmeti alabilmesi için hekim tarafından o kişinin terminel dönemdeki hasta olduğu belirlenmelidir.

Dünya ülkelerinden olan Kanada da ise Potter isimli bir araştırmacının tanımına göre terminel dönem yaşamın son altı haftasıdır. Ona göre hospice bakıma tedavinin hastalığın seyri üzerinde bir etkisi kalmadığında başlanmalıdır. Bunun kararını ise, hasta, hastanın yakınları ve doktor birlikte vermelidir. Birlikte karar vermek gelişebilecek herhangi bir komplikasyonda kardiyopulmoner resusitasyon benzeri işlemin hospice bakım sırasında yapılamamasıdır. Hospice bakımı doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi kişilerin oluşturduğu multidisipliner ekiple sağlanır. Fakat

bu süreçte bazen hastanın ailesi ya da bakımını veren kişi yükü taşıyamamakta ve kurumsal bakımı talep etmektedir. Bu hizmetleri sunabilecek hospice üniteleri, hastanelerde veya diğer yataklı tedavi kurumlarında ayrı üniteler halinde bulunmaktadır. Hospice bakım programlarını uzman kadrodan oluşan ekip dışında bu iş için yardım etmek isteyen gönüllülerde oluşturmaktadır. Bu programlarda gönüllü kişilerin hastaların evlerine ziyaretleride yer almaktadır. Yapılan ziyaretlerden olumlu sonuçlar alınmaktadır [62].

Gönüllüler, hastaları rahatlatma açısından aile üyelerine son derece destek olmaktadır. Terminal dönemdeki bireylerin yakınları bu sürecin getirdiği fiziksel ve emosyonel yükümlülüğün getirmiş olduğu zorluklara mücadele etmekten dolayı yorulmuş olabilirler. Bu yorgunluklarını gidermek için rahatlatıcı bakım iyi bir çözüm yoludur. Rahatlatıcı bakım sayesinde bakım veren bireylerde kendilerini dinlendirmek için zaman bulmuş olurlar. Hemşire veya bakım eğitimi verilmiş gönüllüler hastaların yaşadığı yere giderek bireyin ihtiyaç duyduğu bakımı yapmakta, böylelikle bakım veren kişiyi dinlendirmektedir. Bakımın sürekliliği için gerekli olan bu ara molalar rahatlatıcı bakım adı altında verilerek hizmet sunmaktadır [62].

Bu konuda Türkiye’de yapılan çalışmalar mevcuttur. Çeşitli dernekler (Kanser Hastalarına Yardım Derneği, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu vb) tarafından son evresinde olan kanser hastalarını misafir edip, daha kaliteli hizmet alabilmelerini sağlayacak Hospice yapılması için girişimlerde bulunmuşlardır. Amaç bu kurumun hastaların tıbbi tedavilerinin yanı sıra yemek yeme, kişisel hijyenin sağlanması, çamaşır, ortalığın temizliği gibi çeşitli temel ihtiyaçlarının da karşılanmasını sağlamaktır. Ülkemizde son dönem bakım merkezleri ile ilgili örgütlenmeler az sayıda olsada bu konuda yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar sayesinde ileriki yıllarda hospis bakımı ivmelenerek artacaktır. Konu ile ilgili olarak yapılacak düzenlemeler Türkiye’nin bilimsel ve kültürel dinamikleri de dikkate alınarak hazırlanmalıdır [63].

2.4 Evde Sağlık Hizmetleri Avantaj- Dezavantajları

2.4.1 Evde sağlık hizmetleri avantajları

Evde sağlık hizmetleri; bu hizmeti alan bireylerin hayatındaki olumsuz etkileri azaltarak hastaları bağımsız hale getirmeyi ve yaşam kalitesini artırmayı

amaçlamaktadır. Evde sağlık hizmetleri, hasta bireyin gereksinimi olan sağlık hizmetini yaşadığı ortamda sunarak bireyi sağlık kuruluşunda gelişebilecek olumsuzlara karşı korumaktadır. Buna ek olarak hizmet hastanın alışkın olduğu ortamda sunulduğu için bireyin sağlık düzeyine olumlu katkıda bulunur.

Evde sağlık ile hasta süreklilik arz edecek şekilde ziyaret edilerek gerekli olan bakım ve tedavi işlemleri yapılmaktadır. Evde bakım hastaları için tedavi ve rehabilitasyon işleminin uygulanmasında görevli ekibin içinde hemşireler bakım verici rolü ile önemli bir yere sahiptir [5,64].

Yılmaz ve ark.(2010) evde sağlık hizmetlerinin olumlu yönlerini şöyle sıralamaktadır;

- o Evde sağlık hastaları alışkın oldukları bir ortamda oldukları için sosyal etkileşimleri güçlüdür. Bu da iyileşme sürecine katkı sağlar.
- o Evde sağlıkla beraber koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşmak daha kolay hale gelmiştir.
- o Hastaların bireysel aktivitelerine katkı sağlayıp koruma olanağı sunduğu için hastaların hastane ortamından daha mutlu olmalarını sağlamaktadır.
- o Bu hizmetlerle beraber hastaların hastanede kalış süreleride azalmaktadır.

Böylelikle hasta bireylerde hastanelerden kaynaklı enfeksiyon gelişme riski de ortadan kalkmış olmaktadır [5].

2.4.2 Evde sağlık hizmetleri dezavantajları

Sunulan evde sağlık hizmetinin maalesef olumlu olduğu gibi olumsuz tarafları da mevcuttur. Yeterli seviyede sunulan sağlık hizmetiyle bireylerin yaşam kalitesi ve bakım verenlerin durumu değerlendirilebilir. Ancak bilişsel anlamda problemleri olan hastalarla uzman ekip arasında iletişim kopuklukları yaşanabilmekte ve hastaların gereksinimlerinin yerine gelmemesi gibi durumlar gerçekleşebilmektedir.

Bunula birlikte ev ortamında fiziksel düzeyde hareketleri kısıtlı bireyler içinde ev içi düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Örneğin, düşme durumuna karşı ev içinde kaymayan zemin olmasına veya halı bulundurulmamasına dikkat edilmelidir.

Olumsuz bir diğer taraf ise, hastaya bakım veren kişinin eğitim düzeyinin yetersiz olmasıdır. Gelişebilecek herhangi bir komplikasyon karşısında acil müdahale

yapmanın bilememesi durumu da olumsuz sonuçlar doğurarak dezavantajlar arasına girmektedir.

Yine bir diğer dezavantaj hastanın primer bakımıyla ilgilenen kişinin bu süreçten yorulup dinlenmek istemesidir. Bu konuda da bakım süreciyle ilgili alternatif çözümler üretilmelidir.

Sağlık çalışanlarının evde bakım hizmeti konusunda tecrübesiz oluşu ve çeşitli güvenlik sorunları da sunulan hizmetin dezavantajları arasında yer almaktadır [65].

2.5 Evde Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Bakımı

Evde sağlık hizmetleri, kurum bakımına ihtiyacı olan yaşlıların ihtiyacını geciktirmek veya önlemek için profesyonel halk sağlığı hemşireleri ile kişinin evinde sunulan hizmetlerdir. Evde sağlık hizmetleri multidisipliner bir ekip çalışması gerektirmektedir. Bu hizmet sayesinde bireylerin yaşadıkları çevrede desteklenerek topluma adapte olmaları sağlanmaktadır [66]. Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların yaşam kalitelerinin yüksek olması ve hastanelerden kaçınarak maliyetlerin düşmesine yardımcı olmak için evde sağlık hemşiresinin sürekli ve kaliteli bakım vermesi gerekmektedir [67-68].

Evde sağlık hemşireleri akut, kronik ve terminal dönemdeki yaşlılara gerekli hizmeti planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyonelleridir. Aynı zamanda evde sağlık hemşireleri etkili iletişim kurabilen, doğru karar verme becerisine sahip birer vaka yöneticileridir. Evde sağlık hizmetleri kapsamına bakıldığında, hizmetin daha çok bakım ve rehabilitasyon hizmetleri odaklı ilerlediği görülmektedir. Profesyonel bakım verici olarak hemşireler evde sağlık hizmetlerinde büyük öneme sahiptir [69].

Evde sağlık hemşireleri, yaşlının fiziksel, duygusal ve sosyal durumuna uygun hizmetleri sunmak ile görevlidir. Hemşireler sağlık hizmeti sunarken hızlı ve doğru karar verebilmeli, problemlere etkili çözümler getirebilmelidir. Acil durumlarda sakin kalabilmeli ve hemşirelik teorilerine ilişkin geniş bilgi birikimiyle müdahalelerde bulunmalıdır. Evde sağlık hizmeti sununan hemşireler yaşlıya gerekli eğitim ve danışmanlığı vermelidir. Yaşlı bireylerin sağlık düzeylerinin yüksek olması için alanında deneyimli ve eğitilmiş hemşireler gereklidir. Evde sağlık hizmeti sunan hemşire, birey hakkında geniş bilgi toplayarak bilgi akışının doğru olmasını sağlamalı ve hastayı tanıma girişimine başlamalıdır [69].

Evde sağlık hemşiresi yatağa bağımlı veya kendi ihtiyaçlarını gideremeyecek bireylerin eğitimden bakımına kadar bir çok düzeylerde hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirmektedir [69].

2.6 Yaşam Kalitesi Kavramı

2.6.1 Yaşam kalitesi tanımı

Yaşam kalitesi kavramı günlük hayatta kullandığımız bir terim olmakla beraber psikoloji, sosyoloji, tıp, hemşirelik, coğrafya, ekonomi, tarih ve felsefe gibi özel uzmanlık alanlarıyla bağlantılı araştırmalarda da incelenen bir kavramdır [70].

Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak ABD’de ortaya çıkmış ve gelişip genişlererek günümüze kadar gelmiştir.

Yaşam kalitesi, bireylerin yaşamlarındameydana gelen olumlu ya da olumsuz olayların birlikte değerlendirildiği ve kişinin algısına göre değerşen bir durum değerikliği olarak tanımlanmaktadır. Ancak yaşam kalitesi kavramı herkes için farklı anlamlara gelebilmektedir [71].

Yaşam kalitesi kavramındaki gelişme 1970’lerden sonra hız kazanarak ilerlemiştir [4]. Başlarda insanların refah düzeyine ve maddi gelire göre değerlendirilmiş sonralardaysa kapsama alanı genişleyerek eğitim, yaşanılan yer ve iş statüsü gibi unsurlar eklenmiştir [71].

1973 yılında araştırmacılar Dalkey ve Rourke yaşam kalitesini, bireyin kendini iyi hissetmesi, hayatından doyum alma veya doyumsuzluk yaşam, mutlu olma ya da mutsuzluk olarak tanımlamıştır [70].

Yine 1973’de araştırmacı Abrams yaşam kalitesi tanımını, kişilerin hayatlarının pek çok yönünden doyum alma derecesi doyumsuzluğu hissetme derecesi olarak ifade etmiştir [70].

Hanested ise, 1990 yılında yaşam kalitesini bireyin yaşam deneyimleriyle ilişkilendirmiş ve bu deneyimler sonucu kişinin kendini iyi hissetmesi olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesinin yaşam koşullarını ve yaşam deneyimlerini içerdiğini savunmuştur [70].

1963'te Havighurst yaşam kalitesinin; bireyin yaşamıyla ilgili kişisel düşüncelerini içeren, iç faktörlerle sosyal temas ve sosyal aktiviteler gibi ölçülebilir davranışları konu edinen dışsal faktörleri kapdığını söylemiştir [70].

Shin ve Johnson'a göre (1978) yaşam kalitesi; kişinin arzularını gerçekleştirmesi, etkinliklere katılmas, kişisel gelişimle ilgili imkanlardan faydalanması, nitelikleri bakımından yeterli kaynaklara sahip olması ve bu kaynakların sosyal karşılaştırmalar yoluyla yeterli bulunmasıdır.

1979 yılında Mendola ve Pellegrinin yaşam kalitesi tanımına göre; bireyin algı alanının durumuna göre bu alanın içindekilerin fazla olması doyum vericiliği arttırmaktadır [70].

1980 yılında araştırmacı George ve Bearon yaşam kalitesini 4 alt boyuta ayırarak iki tanesinin objektif boyutlarının olduğunu, ikisinin de kişinin yargılarına dayalı öznel boyutlarının olduğunu dile getirmişlerdir. Objektif olan boyutların içine genel sağlık durumu, işlevsel durumlar ve sosyo-ekonomik durum girmektedir. Bireyin kişisel yargılarına veya değerlendirmesine bağlı boyutla ise, yaşam doyumuyla ve benlik saygısıyla ilgili ölçümlerdir [70].

1975'de Patterson isimli araştırmacı yaşam kalitesini tanımlarken sağlık, huzur, ekonomi, işlevsellik gibi anahtar kelimelerden yararlanmışlardır.

1987'de de Holmes ve Dickerson yaşam kalitesini tanımlamış ve yaşam kalitesinin bireyin hastalığının sosyal, psikolojik ve fiziksel etkilerini temsil ettiğini dile getirmiştir [70].

Andrews ve Witheyde kişinin sosyal ilişkilerden aldığı doyumun yaşam kalitesinin tanımı olduğunu söylemiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise yaşam kalitesini, kişinin yaşamındaki olayları, içinde yaşadığı kültür ve değer yargılarıyla bağlantılı şekilde hedefleri, beklentileri, standartları, ve endişeleriyle ilişkilendirerek algılaması olarak tanımlar [72].

2.6.2 Evde sağlık hastasının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Yaşam Kalitesi kavramının pek çok tanımı yapılmış olsada aslında tüm bilimler tarafından kabul edilen açık ve net bir tanımlaması bulunmamaktadır. Ancak yapılan tüm tanımlamalarda ortak olarak birey ve bireyin kişisel değerlendirme sistemi ele alınmıştır. Kişi kendi koşulları, deneyimleri ve çevresine göre değerlendirilmelidir.

Bu kavram için dikkat edilmesi gereken nokta kişinin yaşam kalitesiyle ilgili hedeflerine dış etkenler tarafından müdahale edilmemesi ve kendisinin değerlendirmesidir.

Yaşam kalitesi subjektif ve objektif göstergeler olarak ele alınabilir. Genellikle subjektif göstergeler (yaşamdan duyulan tatmin gibi) etrafında biçimlense de objektif göstergeler de (eğitim, meslek, konut gibi) yaşam kalitesinin etmenlerindendir [11-73].

Yaşam kalitesini fiziksel iyilik, maddi iyilik, psikolojik iyilik ve sosyal iyilik olmak üzere dört ana başlık altında incelenmek mümkündür [11-74].

2.6.2.1 Fiziksel iyilik

Fiziksel iyilik hali bireyin beslenmesindeki denge, uyku durumunun yeterli ve dozunda olması, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi, belirli periyodlarla doktor kontrolünün olması ve uzman kişilerden destek almayı kapsar. Ek olarak sağlık için yapılan sporsal aktiviteler, egzersizler ve cinsel hayatta aktif olmak da fiziksel iyilik halinin içine girmektedir [73].

2.6.2.2 Maddi iyilik

Maddi iyilik hali, kişinin parasal yönden sıkıntıda olmayıp ihtiyaç duyduklarını alabilmesi, ekonomik durumunun yeterli olması, hayatını idame ettirecek bir gelirini olması, geçinebilmek için işe sahip olması, barınma ve beslenme gereksinimlerini karşılaması, gelecek hayatını garanti altına almasıdır [74].

2.6.2.3 Psikolojik iyilik

Bireyin hayatından zevk alması, keyifli bir yaşam sürmesi, duygularını kontrol edebilmesi ve bunun farkında olması, deneyimledikleri karşısında mantıklı düşünebilmesi, pozitif benlik algısı ve stresle baş edebilme mekanizmasının gelişmiş olması psikolojik iyilik halidir. Birey psikolojik olarak iyilik hali içerisinde ise karışıklıklardan bir çözüm yolu bulabilir, olaylara mantıklı yaklaşarak durumdan en faydalı ayrılabilir şekilde çıkar ve olumsuz yönlerden çok olumlu taraflara odaklanarak motive olur. Psikolojik iyilik hali bireyin emosyonel ya da psikolojik hastalıklarından kurtulmasından ziyade böyle durumlarla baş edebilecek gücü sahip olmasıdır [75].

2.6.2.4 Sosyal iyilik

Sosyal iyilik halini, bireyin çevresiyle ve diğer insanlarla kurduğu olumlu ilişkilerdir. Sosyal anlamda iyilik içinde olan kişi diğer bireylerle ve toplumla uyum içinde olup olumlu ilişkiler kurabilme yeteneğine sahiptir. Bu durum kişinin yaşı kalitesinde yükselmeye, psikolojik anlamda da iyilik halinin artmasına yarar sağlar [76].

2.7 Yaşlılık Kavramı

2.7.1 Yaşlılığın tanımı

Yaşlanma insan vücudunun normal ve kaçınılmaz bir süreci olup kişinin doğduğu andan itibaren ölümüne kadar devam eder. Bu sürecin son aşamasına yani canlı yaşamında yer alan gelişimsel evrelerin sonuncusuna yaşlılık denir [77].

Yaşlılık dönemi kişide biyo-fizyolojik ve psikolojik işlevsellikte gerilemenin ve yetersizliklerin meydana geldiği, bununla beraber yapılan işten alınan verimde eksilmelerin başaldığı, sağlık alanında sorunların oluştuğu, bedende yıkım ve harabiyetlerin meydana geldiği dönemdir [78-79]. Yaşlanmada bu sorunların yanı sıra bilişsel anlamda gerilemeler, sevdiği kişileri kaybetmeden dolayı ve ileri yaş kaynaklı depresyon, üst ve alt kuşaklar arasında çatışma, yaşlı ayrımcılığı, teknolojinin hızla gelişmesiyle bu hıza yetişememe ve yetersizlik hissetme gibi durumlar kişileri olumsuz etkiler [80-81].

DSÖ'ü yaşlanmayı çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneğinde azalma olarak tanımlanmakta; yaşı 65 ve üzeri olan kişileri yaşlı sınıfına koymaktadır. Başka bir deyişle yaşlanma, kronolojik yaşı ilerlemesi ile organizmanın hücre, doku, organ ve sistemlerinde, geri dönüşümsüz ve ölüm olasılığını arttıran gerilemeler ve değişikliklerdir [82].

Yaşlanma kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bunun nedeni ise genetik yapının ve çevresel koşulların bu süreci etkilemesidir [82]. Yaşlılık gelişimsel evrelerin sonuncusu olduğu için yaşlanma evresine girmiş bir kişinin artık ölümü erteleyemeyeceği evrensel bir gerçektir. Fiziksel olarak ölüme karşı duramayan ve ölümü erteleyemeyen yaşlı birey için önünde iki seçenek mevcuttur. Ya bu durumu kabul edip son dönemini sakin bir şekilde geçirecek ya da inkar süreci başlayacaktır. Bir çok yaşlı, yaklaşan ölümü sakince kabullense de bazı bireylerde

panik hali görülebilir [83]. Bu gibi durumlardan ötürü başarılı yaşlanma kavramı oldukça önemlidir. Başarılı yaşlanma sadece sağlık açısından iyi olma durumu değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal anlamda da tam bir iyilik halinin varolması durumudur. Yaşam süresinin uzun olması, fiziksel ve mental yönden sağlıklı olma, bilişsel ve sosyal yeterlilik, üretken olma durumu, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın en temel göstergeleri arasındadır. Bireylerin başarılı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle ilgili olmayıp aynı zamanda toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir [84].

Dünya Sağlık Örgütü' nün tanımına göre 65 yaş ve üstü bireyler yaşlı olarak kabul edilse de, yaşlanma söz konusu olduğunda sadece kronolojik yaş yeterli olmayacaktır. Yaşlılık dönemi belli bir zaman noktasında başlamadığı gibi bu konuda bir uzlaşa da bulunmamaktadır. Ülkeler ve kurumlar farklı yaşları yaşlılık döneminin başlangıcı olarak kabul etmektedir. Fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel alanlardaki farklılıklar nedeniyle yaşlanmanın kaç yaşında başladığı toplumdan topluma farklılık göstermekte ve evrensel bir yaşlılık sınırı belirlenememektedir [85]. Ülkeler demografik yapıları, istihdam koşulları ve sosyal güvenlik sistemlerine göre 60, 65, 67 gibi farklı yaşları emeklilik yaşı olarak kabul etmekte, üretici konumdan çıkartılan bu yaşlar aynı zamanda yaşlılık sınırı olarak da kabul edilmektedir [86]. Örneğin Japonya gibi yaşlı nüfus oranı yüksek olan bir ülkede yaşlılık sınırı daha yüksekken, Somali gibi genç ölümlerin olduğu ülkelerde yaşlılık sınırı daha düşüktür. Bazı kurumlarda tarihsel süreç içerisinde kendi baz aldıkları sınırı bile değiştirebilmektedir.

Bu yüzden ki yaşlılık yalnızca takvime dayalı gün hesabı yapılarak ortaya konulamayan bir yaşam dönemidir [87].

İnsan biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak farklı yaşlanma özellikleri taşıyabilmektedir. Dolayısıyla yaşlanma süreci kronolojik, biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal ve toplumsal boyutları ile tanımlanmalıdır [88].

Bu kavramları biraz açtığımızda kronolojik yaşlanma kişinin geçirdiği gün, ay ve yıl sayısıdır. Kronolojik yaşla yaşlanmanın bir bağlantısı olsada kronolojik yaş her zaman yaşlılığı ifade etmez [89-90].

Biyolojik yaşlanmaysa harcanan zamandan çok vücudun yıpranmasıyla ilgilidir. Bedenin aşamalı olarak zayıflaması ve bozulmasını ifade eder. Hücrelerin ölmesi ve artık tamir edilememesi, doku ve organların çalışmasında zayıflama, organ ve sistemlerdeki değişiklikler, hastalıklar ve ölüm olasılığının artması ile ilgilidir. Biyolojik yaşlanma belirtileri canlı organizmalarda benzer mekanizmalarla oluşmakla birlikte, yaşlanma hızı ve şiddeti her birey için farklılık gösterebilmektedir [90-91].

Yaşlanmayla birlikte sistemlerin işlevlerini yerine getirmelerinde gerilemeler meydana gelmektedir. Kas gücünde azalma, saçların beyazlaması ve kırışmaların başlaması, görme ve işitme kayıpları ilk göze çarpan örnekledendir. Kişinin yaşam tarzı, genetik özellikleri, sahip olduğu alışkanlıklar ve mevcut hastalıkları biyolojik yaşlanma sürecini etkilemektedir [92-93].

Psikolojik yaşlanma durumuna bakıldığında; düşünme, duygulanma, davranış biçimleri, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değiştiği ifade edilir. Yaşlı bireylerde dikkat bozuklukları, hafızada zayıflama, unutkanlık, bilişsel alanda gerilemeler, problem çözme becerilerinde azalma ve yeni bilgileri öğrenmede güçlük çekme durumları gerçekleşebilir. Yaşanmışlıklara duyulan özlem ve geleceğin belirsiz olmasından kaynaklı güvensizlik, yalnız kalma korkusu, ölüm kaygısı, çaresizlikle ilgili duygular oluşabilir [94-90].

Psikolojik yaşlanma yaşlı bireyin yaşıyla bağlantılı olarak meydana gelen değişikliklere davranışsal uyum yeteneği olarak da tanımlanmaktadır [92]. Geçmişteki olayları özlemek, hatırlarda yaşama ve geçmişten kopamama bu sürece uyum sağlamada oluşan sıkıntılardır. Psikolojik yaşlanmayla ilgili önemli bir konuda emeklilik meselesidir. Sahip olunan rollerin kaybedilmesi ve statü değişimi yaşlılarda yetersizlik duygusuna artık işe yaramadığı düşüncesine kapılmasına sebep olmaktadır [93].

Sosyal yaşlanma durumunda; bireyin yaşadığı toplumda kendi yaşıyla ilişkili olarak bireyden beklenen statü, rol ve sosyal etkileşimlerin değişmesi, kişinin özerklik ve bağımsızlığı bakımından ele alınması olarak tanımlanır. Kişilerin sosyal ihtiyaçları son derece önemlidir. Bu ihtiyaçların yerine gelmemesi halinde psikolojik, mental ve fiziksel yönden sağlık sorunlarının oluşumuna neden olmaktadır [82-90].

Yapılan bu tanımlara ek olarak da yaşlılardaki sayının toplam nüfus içinde artmasına “Toplumsal Yaşlanma” denmektedir. Toplumsal yaşlanma bir ülkedeki genç nüfusta zamanla azalma görülmesi, yaşlı nüfusta ise artmanın görülmesi ya da genel nüfusun diğer toplumların nüfusundan daha yaşlı olması halinde olur [93].

2.7.2 Yaşlılıkta ölüm korkusu

Yaşlılığın gelişimsel evrelerin sonuncusu olması yaşlı bireyin artık ölümü erteleyebileceği başka bir gelişim dönemi kalmadığının göstergesidir. Fiziksel anlamda ölümü iptale ve ertelemeye gücü yetmeyen yaşlı birey, ya teslimiyet ya da tümüyle inkâr tutumunu gerçekleştirmek durumunda kalabilir. Çoğu yaşlı, ölümün yaklaşmasını sakın bir şekilde kabullense de bazılarında panik ya da yâdsıma tepkileri görülebilir [84].

İnsan yaşlandıkça, ölüme ait düşünceleri ve ölüm korkusu artış gösterir. Dolayısıyla, yaşlı insanın kendisini ölüme hazırlaması; sürekli olarak ölümü beklediğini ve bundan korktuğunu dile getirmesi öleceği ihtimalini göz önünde bulundurmaktan kaçma eğilimini gösterdiğini ifade eder. Bununla ilgili Feifel ve Brancomb, böyle bir tutumun ölüme karşı yapılan bilinçli bir tepki, bir çeşit reddetme olduğunu söylemektedirler. Terminal döneme yaklaşan yaşlı bireyler sıklıkla ölüm anksiyetesine kapılır ve diğer insanlardan soyutlanmak, yalnız kalmak ister. Bu durum yaşlıya hiç olmayı hatırlatır. Hiçlik ölüm kavramıyla zihinde birleşerek sürekli bunun düşünen yaşlının anksiyetesini artırır [95].

Ölüm anksiyetesi; yaşlılık depresyonu, kaygı bozuklukları, fobiler ve obsesyonların varlığında artabilmektedir. Kişini hayatı boyunca kaybettiği yakınları, karşı karşıya kaldığı ölüm olayları ve kendisinin yaşadığı ölümcül olaylar, onun ölüme ilişkin genel kaygı ve korku düzeyini artırır [96-97-98].

Templer de bu konuda, iki etmen olduğunu ileri sürmektedir. Bunlardan birincisi, psikolojik sağlık diğeri ise ölüm olayı ile ilgili bahsedilen özel yaşantılardır [97].

Bu durumu düzeltmek ve anksiyeteyi azaltmak için kişinin ölümle ilgili varsa soruları cevaplanmalı, merakı giderilmeli, aklına takılan konular sakın ve anlayışlı bir şekilde bireyle konuşulmalıdır. Aynı zamanda sağlam bir yaşam felsefesinde bireyi rahatlatan durumlar arasındadır.

Eski fiziksel gücünü yitirmiş, yaşlı bir bedenin beraberinde getirdiği hastalıklarla rahatsız, verimli ve üretken bir isten yoksun ve her an ölüme yaklaştığının farkında olan bir yaşlı, kendini çok zayıf hisseder. Bu duygular içindeki insana en önemli destek, iyi bir yaşam felsefesi ve aile desteğidir [83].

İyi bir yaşam felsefesiyle kişinin yaşam kalitesi arttırılabilir. Yaşam kalitesinin arttırılması ve yaşlıların kendilerini daha üretken ve bağımsız hissetmeleri için sosyal yaşama katılımlarının artması gerekmektedir. Daha genç yaşlılarda daha fazla sosyal etkileşim, arkadaşlık kurma, kişisel gelişim durumları gözlemlenmekteyken ileri yaştaki yaşlılarda ise daha çok dinle ilgili konulara yoğunlaşma ve depresif hareketler gözlemlenmektedir. Yaşlılık durumunda bireylerin gösterdiği tutumlar cinsiyetler arasında da farklılık göstermektedir. Kadınlarda yaşamdan doyum alma oranları daha fazla iken yaşlı erkek bireylerin tam tersi depresif olduğu gözlenmektedir. Depresyon görülen yaşlı bireylerden bazıları duruma çözüm bulmak için tıbbi tedaviye yönelirken bazıları da durumu yaşlılıkla ilişkilendirerek kabullenmektedir [99-100].

2009'da Moreno ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada huzurevlerinde kalan yaşlı bireylerin, huzurevinde kalmayan yaşlılara oranla daha az ölüm kaygısı taşıdıkları bulunmuştur. Bu sonucun çeşitli etkenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bunlar, yaşlı bakımıyla ilgili ve bunun gibi hizmet verilen kurumlarda ölüm konusuyla ilgili bireylere daha fazla bilgi verilerek ve konunun konuşulmasını sağlayarak kişiyi rahatlatma, bununla yüzleşerek zihinsel anlamda direç kazanma ve ilerleyen yaşla beraber ölüme yaklaşma düşüncesinin daha az kaygı oluşturabileceği fikridir [101].

Kişi yaştan ilerlemesiyle zaman sanki hızlanıyormuş gibi bir duygu durumuna kapılır. Hızlanan zamanın yanına birede yanlış zaman kullanımı eklendiğinde belirgin bir şekilde sorunlar ortaya çıkmaya başlar. Geçtan'a göre, sert kuralların olduğu bir çevrede büyüyen kişiler için zaman, yaşanan anın değerlendirileceği bir varoluş boyutundan ziyade, hızla bitmesi gereken bir nesne gibidir. Bu insanlar hayatlarını bir an önce bitirme eğilimi içindedir. Anın keyfine varıp bundan zevk almayan yaşlı bireylerde, hayatlarından zevk alan ve mutlu olan yaşlı bireylere göre ölüm kaygısı oranı daha fazladır [102-103].

Yalnızca hayatından verim alan ve yaşantısını verimli geçirmiş yaşlılar, ölümü uzun bir yaşamın “doğal sonu” olarak karşılar. Zaten uzun ve mutlu bir yaşam geçirdiği düşüncesiyle ölümü kabullenirler [104].

2.7.3 Yaşlılıkta yalnızlık

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden bir diğeri de yalnızlık algısıdır [105]. Kişinin bulunduğu çevreyle kurduğu ilişkilerde zayıflık ve bağlantı kopuklukları yalnızlık olarak adlandırılır [106]. Bireylerin istedikleri arkadaşlıklar ve emosyonel destek, çevresi tarafından karşılanmayınca ve kişiye yetmeyince yalnızlık durumu meydana gelir [107]. Sosyal ilişki ve etkileşimlerin azalması bireyin yaşamını olumsuz etkileyerek yalnızlık duygusuna neden olmaktadır. Yaşlı bireyler için oldukça önemli olan sosyal etkileşim sınırlandığında yalnızlık hissi artmaktadır [108]. Yalnızlık duygusu kişinin hayatında bir amacı olmadığını düşünmesine, boşluğa düşmüşlük hissine, kendisine destek olacak kimsenin olmadığı fikrine kapılmasına neden olmaktadır [109]. Aynı şekilde yalnızlık kişinin sosyal ilişkilerinin olması gerekenden az ve yetersiz olmasına, yoksunluğa ve kişinin kendini değersiz hissetmesine neden olduğundan kişiye rahatsızlık veren ve kişiyi huzursuz eden bir olaydır [110-111].

Yalnızlığın iki boyuttan oluştuğu tahmin edilmektedir. İlk boyut sosyal yalnızlık, diğer boyut ise duygusal yalnızlıktır. Sosyal yalnızlık boyutu, sosyal anlamda etkileşimin yetersiz olarak algılanmasını; duygusal yalnızlık boyutu ise yakın ilişki kurmada zayıflık ve reddedilme hissini içermektedir [112].

Bu iki yalnızlık boyutunda normal insanlarda olduğundan çok daha fazla bir oranda yaşlı bireylerde görülmektedir. Yaşın ilerlemesiyle bireyin yaşamında bazı değişimler olması yaşlı bireyin yalnız hissetmesine neden olabilmektedir. Yaşlı bireylerde yalnızlığa neden olabilecek bazı faktörlere baktığımızda eş veya yakın arkadaş kayıpları, evinden ayrılmak zorunda kalmak, emekli olmak, ekonomik güçlükler, sosyal statü ve rollerdeki değişim veya kaybı, süregelen hastalıklar, fiziksel olarak kısıtlanmalar, duygusal olarak bazı kayıplar, temel ihtiyaçlarını giderebilmek için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyma gibi nedenlerin olduğunu görmekteyiz [113]. Bu gibi nedenler kişinin yoğun bir şekilde yalnızlık duygusu

hissetmesine ve buna bağılı hayat kalitesini ve yaşam doyumunu düşürmesine neden olmaktadır [114]. Yapılan araştırmalarda ileri derecede yalnızlığın yaşlılarda depresyona neden olabileceğı ortaya koyulmuştur. Bilhassa ileri yaştaki kişilerin yaşamış oldukları kayıplar ve hayatlarındaki sıkıntılar sonucunda meydana gelen yalnızlık durumlarının depresyon seviyesindeki artışla ilgili olabileceğı bulunmuştur [107].

Yalnızlık düzeyi bireyin yaşamındaki beklentiler ve bunların giderilmesiyle ilgili bir kavram olan yaşam kalitesini de etkilemektedir. Yalnızlık duygusunun artmasının yaşam doyumunu azalttığı bilinmektedir [115]. Araştırmalara bakıldığında çocuk sahibi olmayan bireylerin yalnızlık skorlarının çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğunu görülmüştür [116]. Yine yapılan bir araştırmada yalnızlık skorunu etkileyen etmenlerden birinde medeni durum olduğu belirlenmiştir. İstatiksel olarak dul bireylerin yalnızlık seviyelerinin evli bireylere göre daha yüksek olduğu gözlenmiş, evli kişilerin daha az yalnızlık duygusu hissettiğı ve psikolojik dayanıklılıklarının da daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur [117]. Yaşla beraber gelen sıkıntıların yalnızlık durumunda meydana getirdiğı farklılıkların yanı sıra cinsiyet değişkeninin de farklılıklara neden olduğu görülmektedir. Ancak bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlar tartışmalara neden olmuştur. Bazı sonuçlara göre erkeklerin kadınlara göre yalnızlık algısının daha yüksek olduğu ortaya koymuşken [118]. Bazı çalışma sonuçlarında ise kadınların erkeklerden daha yalnız hissettiğı belirtilmiştir [119-120]. Böyle farklılıkların olmasının sebebini De Jong Gierveld şöyle açıklamıştır; erkeklerin yalnızlık algısının romantik partnerle ilişkisi ile şekillendiğini, kadınların yalnızlık algısının ise genel sosyal ağlarıyla ilişkileri ile şekillendiğini dolayısı ile aslında aynı algının ölçülmediğini ileri sürmüşlerdir.

Değişkenler arasında yalnızlıkla bağlantılarıyla ilgili farklılar görülmekte olup, medeni durum ve yalnızlık arasında bağlantı bulunmasına rağmen cinsiyet durumuyla yalnızlık arasında bağlantı bulunmamıştır [121-122]. Sonuç olarak, yalnızlık durumu yaşla beraber artarak kişide strese neden olmaktadır. Buna benzer olarak yalnızlık durumu ileri yaşlarda bireylerin yaşam doyumlarının azalmasıyla da ilişkilidir [123-124].

Yapılan çalışmaların bazılarında çocuk sahibi olmama ile yalnızlık arasında bir bağlantı bulunmamış ancak bazı çalışmalarda bu iki değişken arasında ilişkiye rastlanmıştır [125-126].

İngilterede yapılan bir çalışmaya göre evlerinde yaşayan kişilerin kendilerini duydukları güven daha fazla ve yalnızlık hisleri daha az bulunmuştur [127].

Aynı şekilde İngilterede yapılan bir başka çalışmada ise huzurevlerinde kalan yaşlı bireylerin diğer yaşlılara göre daha fazla yalnızlığı hissettikleri sonucuna varılmıştır [128].

Yaşlılarda yalnızlık duygusunun giderilmesi için ikili ilişkilerde oldukça önemlidir. Özellikle partnerlerden birinin kaybı yalnızlık durumunu arttıran faktörler arasındadır [129-130].

Literatürdeki araştırma sonuçları yalnızlık yaşlılar arasında yaygın olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak yaştan ilerlemesiyle yalnızlığın arttığı gözlenmiştir. 80 ve üzeri yaşa sahip bireyler 60-80 yaş aralığında olan bireylere oranla daha yaşlı hissetmektedirler [121].

İsviçre ve Fillandiya’ da yapılan bir araştırmada yaşlı bakım kuruluşlarında yaşayan yaşlıların yarısından çoğunun (%55) yalnızlık duygusunu sıkça yaşadıkları sonucu bulunmuştur [131]. Yalnızlık özellikle yaşlılarda ve yaşlılar arasında da yaşamını kendi başına idame ettirmeye çalışan kişilerde daha şiddetli hissedilen bir duygudur [132-111].

Türkiyede ise 2016 yılında Erol vd. çalışmasında kentte yaşayan yaşlıların yalnızlık puanının köyde yaşayan yaşlıların yalnızlık puanından daha yüksek olduğunu saptamıştır [33].

Araştırma sonuçları gösteriyor ki yaşam memnuniyeti arttıkça yalnızlık seviyesi düşmektedir [133]. Yapılan tüm bu araştırma bulguları yaşlıların yalnızlık durumları ile yaşam doyumları arasındaki bağlantıyı göstermektedir [134].

Yalnızlık durumu ve yaşam doyumu bağlantısı bu kadar önemliyken yaşlılar üzerinde bu doyumu arttırmak için müdahaleler yapılmalıdır. Yalnızlıkla ilgili yapılan başlıca müdahaleler grup halinde terapiler, hasta ile birebir görüşerek destek sağlamak, evlere ziyaret, telefon görüşmeleriyle problem çözme ve direkt destek

olarak gruplandırılmaktadır. Bu tür müdahaleler kişilerin yaşam kalitesini arttırmakta yarar sağlar [135].

Vander Weele ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda yalnızlık üzerine yapılan müdahalelerin yalnız hissetme seviyesini düşürdüğü, aynı zamanda bireyin genel durumunu iyileştirdiği ve bu etkinin 2 yıl kadar bir süreçte devam edebileceği bulunmuştur [136].

Yalnızlık duygusunun azalması için yapılan müdahalelerin kişinin yaşam doyumunu ve kalitesini artırması gibi bireysel yönünün yanında verilen sağlık hizmetinin daha etkin olması, masrafların azalması ve iş gücü kayıplarının olmaması gibi sosyal yönden de etkileri vardır [137-138-139-140]. Bu sebeple bu alanda yapılacak başarılı müdahalelerin hem birey, hem de toplumun refahı açısından oldukça büyük bir önem arz ettiğini söyleyebiliriz.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, evde sağlık hizmeti alan ve almayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi, yalnızlık ve ölüm korkusunu incelemek amacıyla karşılatırmalı ve ilişki arayıcı nitelikte yapıldı.

3.2 Araştırma İzinleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Bezmialem Vakıf Üniversitesi Etik Kurul biriminden, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden ve Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesinden gerekli izinler alındı.

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul İl'i Okmeydanı İlçesinde bulunan Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nin evde sağlık hizmetleri biriminde Kasım 2022—Mart 2023 tarihleri arasında yürütüldü.

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Karşılatırmalı ve ilişki arayıcı nitelikteki çalışmanın evrenini Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nin evde sağlık birimine kayıtlı hastalar ve Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nin poliklinik birimlerine başvuran, çalışmanın yapıldığı altı bölge içinde yaşayan ve herhangi bir yerden evde sağlık hizmeti almayan bireyler oluşturmuştur. Çalışmaya alınma kriterlerini sağlayan evde sağlık birimine kayıtlı ve herhangi bir hizmet almayan bireyler uygun örnekleme yöntemiyle değerlendirilmiştir. G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; %80 güç, %5 hata payı ve $d=0,25$ etki büyüklüğü ile çalışmada toplamda en az 506 örnek sayısı yeterli bulundu. (N1:253; N2:253). Çalışmanın

örnekleme evde sağlık hizmeti alan 266 kişi ve evde sağlık hizmeti almayan 242 kişi olmak üzere toplam 508 kişiden oluşmaktadır.

3.5 Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Yaşlı bireylerden iletişim kurabilen, bilinci açık, zihinsel engeli ya da rahatsızlığı olmayan araştırmaya katılmayı kabul eden, okuyazar ve araştırmanın yapıldığı altı bölgede ikamet eden yaşlı bireyler araştırmaya alınmıştır.

3.6 Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu (EK A), DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (EK B), Templerin Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK C) ile Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (EK D) kullanıldı. Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayıları da belirlendi.

3.6.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden [11-21-22-110] yararlanılarak geliştirilmiştir. Kişisel bilgi formunda toplam on sekiz soru bulunmaktadır. Bireyin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir miktarı, kronik hastalık) içeren on üç soru, hizmetten yararlanma durumu ve süresiyle ilgili 2 soru, Covid-19 ile ilgili üç soru yer almaktadır.

3.6.2 DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD)

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) bireyin yaşam algısını değerlendirmek amacıyla WHOQOL(World Health Organization Quality of Life Assesment) yirmi dört sorudan oluşan bir ölçektir. Yaşam Kalitesi soru setini oluşturan 24 değişken beşli likert tipli yapıda olup, Hiç:1, Çok az:2, Orta derecede:3, Çokça: 4 ve Aşırı derecede: 5 puan olarak değerlendirilmiştir. Böylece soru setinin toplam puan ortalaması 1-5 arasında olacağı ve 5'e yaklaşma yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, 1'e yaklaşma ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösterecektir. Ölçek duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet alt boyutlarından oluşmaktadır. WHOQOL-OLD türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır [140].

Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulunmuştur. Araştırmada ise Cronbach alfa değeri 0,78 olarak bulundu.

3.6.3 Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ölüm korkusunu belirlemek için Templer'in 1970 yılında geliştirdiği, ölüm kaygısı seviyesini belirlemeye yönelik toplam on beş maddeden oluşan bir ölçek kullanıldı. Sorular doğru/yanlış şeklinde cevaplanır. Ölçekte ölüme ilişkin olarak ortaya çıkan kaygı, korku, dehşet gibi duyguları dile getiren ifadelerden oluşan sorular vardır. Templer (1970), ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği 1989 yılında Şenol tarafından yapılmıştır [141]. Cronbach alfa değeri 0,72 olarak bulunmuştur. Araştırmada ise Cronbach alfa değeri 0,99 bulundu.

3.6.4 Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği

İlk olarak 1985'te Gierveld ve Kamphuis tarafından geliştirilen Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'nin 1999 yılında revize çalışması yapılmıştır (van Tilburg ve de Jong Gierveld, 1999). Toplamda on bir maddeden oluşan ölçek, duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık olarak iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 3'lü likert tipinde olup; 0=evet, 1=olabilir, 2=hayır şeklinde sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin Türk kültürüne uyarlanma çalışması, geçerlilik ve güvenilirliği Akgül ve Yaprak tarafından 2015 yılında yapılmıştır [142]. Cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulunmuştur. Araştırmada ise Cronbach alfa değeri 0,93 bulundu.

3.7 Veri Toplama Yöntemi

Veriler Kasım 2022-Mart 2023 tarihlerinde Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi evde sağlık hizmetleri biriminden hizmet alan yaşlı bireylerin evlerinde toplandı. Evde sağlık hizmeti almayan bireylerden ise Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nin poliklinik birimlerine başvurdıkları sırada toplandı. Verileri toplamak için evde sağlık birimi ekibi ile ev ziyaretleri yapıldı. Ev ziyaretleri hafta içi 09:00-17:00 saatleri arasında gerçekleştirildi. Hastalara araştırma konusunda bilgi verildi, araştırma verilerinin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı söylendi. Sözlü ve yazılı onamları alınan hasta ile 20 dakika görüşme sağlandı.

3.8 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın istatistiksel analizi için SPSS (IBM SPSS Statistics 27) programı kullanıldı. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) yöntemi kullanıldı. Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanıldı. İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.9 Araştırmanın Soruları

1. Evde sağlık hizmeti yaşlı bireylerin yaşam kalitesi üzerinde etkili mi?
2. Evde sağlık hizmeti yaşlı bireyler de yalnızlık üzerinde etkili mi?
3. Evde sağlık hizmeti yaşlı bireylerin ölüm korkusu üzerinde etkili mi?
4. Evde sağlık hizmeti alan ve almayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi, yalnızlık, ölüm korkusu arasında fark var mı?

4. BULGULAR

4.1 Evde Sağlık Hizmeti Alan ve Almayanların Sosyo-Demografik Verileri

Evde sağlık hizmeti alan ve almayan bireylerin sosyo-demografik bulgularına yönelik özelliklerin analizi yapılarak dağılımları incelendi. Sosyo-demografik veriler doğrultusunda aşağıdaki tablo hazırlandı.

Tablo 4.1 Evde Sağlık Hizmeti Alan Ve Almayan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Evde sağlık hizmeti alma Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=266)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=242)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	n	%	n	%	
Yaş sınıfları					
≤65	25	9,4	20	8,3	$\chi^2=7,029$ p=0,071
66-70	96	36,1	98	40,5	
71-75	50	18,8	61	25,2	
>75	95	35,7	63	26,0	
Cinsiyet					
Kadın	161	60,5	143	59,1	$\chi^2=0,109$ p=0,742
Erkek	105	39,5	99	40,9	
Medeni durum					
Evli	165	62,0	144	59,4	$\chi^2=6,146$ p=0,105
Bekar	4	1,5	12	5,0	
Boşanmış	22	8,3	14	5,8	
Dul	75	28,2	72	29,8	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	79	29,7	92	38,0	$\chi^2=5,330$ p=0,070
Ortaöğretim	122	45,9	107	44,2	
Yükseköğretim	65	24,4	43	17,8	
Birlikte					
yaşanan					
kişi/kişiler	119	44,8	117	48,3	$\chi^2=14,025$ p=0,003
Eşyle	66	24,8	58	24,0	
Çocuklarıyla	58	21,8	28	11,6	
Bakıcıyla	23	8,6	39	16,1	
Yalnız					

Çocuk varlığı					
Var	223	83,8	190	78,6	$\chi^2=2,090$
Yok	43	16,2	52	21,4	$p=0,148$
Bakımda yardımcı olması					
Evet	229	86,1	182	75,2	$\chi^2=9,716$
Hayır	37	13,9	60	24,8	$p=0,002$
Gelir düzeyi					
Gelir giderden az	61	22,9	81	33,5	$\chi^2=16,888$
Gelir gidere eşit	149	56,0	139	57,4	$p<0,001$
Gelir giderden fazla	56	21,1	22	9,1	
İkamet edilen yer					
Eyüp sultan	55	20,7	43	17,9	$\chi^2=5,235$ $p=0,388$
Beyoğlu	44	16,5	38	15,8	
Beşiktaş	44	16,5	36	15,0	
Şişli	40	15,0	47	19,6	
Kağıthane	40	15,0	47	19,6	
Sarıyer	43	16,3	29	12,1	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

Evde sağlık hizmeti alma durumu yaş sınıfları, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk varlığı ve ikamet edilen yer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Evde sağlık hizmeti alma durumu ile birlikte yaşayan kişi/kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($\chi^2=14,025$; $p=0,003$). Hizmet alan 119 kişinin (%44,8) eşiyle yaşadığı, hizmet almayan 39 kişinin (%16,1) yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Eşiyle, çocuklarıyla, bakıcıyla yaşayan kişilerin ağırlıklı olarak hizmet aldığı, yalnız yaşayanların ise ağırlıklı olarak hizmet almadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Evde sağlık hizmeti alma durumu ile bakıma yardımcı kişinin olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($\chi^2=9,716$; $p=0,002$) (Tablo 4.1).

Evde sağlık hizmeti alma durumu ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($\chi^2=16,888$; $p<0,001$) (Tablo 4.1).

4.2 Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumlarına Göre Sağlık Bulguları Arasındaki İlişki

Tablo 4.2 Evde Sağlık Hizmet Alma Durumlarına Göre Sağlık Bulguları Arasındaki İlişki

Evde sağlık hizmeti alma Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=266)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=242)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	n	%	n	%	
Kronik hastalık					
Var	255	95,9	175	72,3	$\chi^2=54,076$ p<0,001
Yok	11	4,1	67	27,7	
Kronik hastalığın adı**					
Kardiyovasküler hastalık	96	16,5	51	14,2	$\chi^2=1,068$ p=0,983
Diyabet	123	21,2	79	22,0	
Hipertansiyon	175	30,1	109	30,4	
Kronik akciğer hastalığı	36	6,2	23	6,4	
Kronik böbrek yetmezliği	18	3,1	12	3,3	
Kanser	21	3,6	12	3,3	
Diğer	112	19,3	73	20,4	
Sürekli ilaç kullanımı					
Evet	255	95,9	171	70,7	$\chi^2=61,585$ p<0,001
Hayır	11	4,1	71	29,3	
Sağlık güvencesi					
Var	256	96,2	238	98,3	$\chi^2=2,098$ p=0,147
Yok	10	3,8	4	1,7	
Covid-19 geçirme					
Evet	232	87,2	198	81,8	$\chi^2=3,223$ p=0,073
Hayır	34	12,8	44	18,2	
Covid-19 geçirdiği zaman					
6 ay öncesi	26	11,2	44	22,2	$\chi^2=12,888$ p=0,002
1 yıl önce	118	50,9	103	52,0	
2 yıl önce	88	37,9	51	25,8	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır. **Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdelere artan örnek sayısına göre belirlenmiştir.

Evde sağlık hizmeti alma durumu ile kronik hastalığın adı, sağlık güvencesi ve Covid-19 geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Evde sağlık hizmeti alma durumu ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($\chi^2=54,076$; p<0,001) (Tablo 4.2).

Evde sağlık hizmeti alma durumu ile sürekli ilaç kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($\chi^2=61,585$; p<0,001) (Tablo 4.2).

Evde sağlık hizmeti alma durumu ile Covid-19 geçirilen zaman arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($\chi^2=12,888$; p=0,002) (Tablo 4.2).

4.3 Yaşlıların Ölçek Puanlarının Verileri

Tablo 4.3 Yaşlıların Ölçeklerden Aldığı Puanların Dağılımı

Ölçek (N=508)		Ortalama	S.S.	Medyan	Min	Max.
	<i>Duygusal yetenekler</i>	38,56	22,48	37,5	0,0	93,8
Dünya	<i>Otonomi</i>	43,53	21,08	37,5	0,0	93,8
Sağlık	<i>Tüm faaliyetler</i>	45,41	22,20	37,5	0,0	93,8
Örgütü	<i>Sosyal katılım</i>	37,20	21,77	31,3	0,0	93,8
Yaşlılar İçin	<i>Ölüm ve ölme</i>	36,60	23,13	25,0	0,0	93,8
Yaşam	<i>Samimiyet</i>	46,70	22,50	50,0	0,0	100,0
Kalitesi Ölçeği	WHOQOL-OLD	41,33	19,96	34,4	2,1	81,3
Yaşlılar İçin	<i>Duygusal yalnızlık</i>	6,92	4,78	10,0	0,0	12,0
Yalnızlık	<i>Sosyal yalnızlık</i>	5,93	3,69	7,0	0,0	10,0
Ölçeği	YİYÖ – Toplam	12,85	8,33	18,0	0,0	22,0
	Ölüm Kaygısı Ölçeği	9,17	5,04	11,0	0,0	15,0

Yaşlıların ölçeklere verdiği cevaplara ilişkin bulgular tabloda verildi.

4.4 Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Katsayısının Verileri

Tablo 4.4 Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Katsayısının İncelenmesi

Ölçek (N=508)		Madde sayısı	Cronbach- α katsayısı
	<i>Duygusal yetenekler</i>	4	0,682
Dünya Sağlık	<i>Otonomi</i>	4	0,892
Örgütü	<i>Tüm faaliyetler</i>	4	0,919
Yaşam	<i>Sosyal katılım</i>	4	0,927
Kalitesi Ölçeği	<i>Ölüm ve ölme</i>	4	0,964
	<i>Samimiyet</i>	4	0,957
	WHOQOL-OLD	24	0,783
Yaşlılar İçin	<i>Duygusal yalnızlık</i>	6	0,966
Yalnızlık	<i>Sosyal yalnızlık</i>	5	0,947
Ölçeği	YİYÖ – Toplam	11	0,997
	Ölüm Kaygısı Ölçeği	15	0,933

Yaşlıların verdiği cevapların genel olarak yüksek güvenilir olduğu belirlendi.

4.5 Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5 Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Evde sağlık Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=266)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=242)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	44,62±22,60	50,0 [37,5]	31,89±20,39	31,3 [25,0]	Z=-6,480 p<0,001
<i>Otonomi</i>	50,23±20,58	56,3 [37,5]	36,16±19,07	31,3 [25,0]	Z=-7,323 p<0,001
<i>Tüm faaliyetler</i>	52,92±22,06	62,5 [37,5]	37,16±19,27	31,3 [18,8]	Z=-7,579 p<0,001
<i>Sosyal katılım</i>	44,17±22,09	50,0 [37,5]	29,54±18,63	25,0 [18,8]	Z=-7,101 p<0,001
<i>Ölüm ve ölme</i>	43,26±23,35	50,0 [37,5]	29,29±20,58	25,0 [12,5]	Z=-6,761 p<0,001
<i>Samimiyet</i>	53,59±22,27	56,3 [37,5]	39,12±20,24	37,5 [25,0]	Z=-7,270 p<0,001
WHOQOL-OLD	48,13±19,89	57,3 [36,5]	33,86±17,22	30,2 [16,9]	Z=-7,366 p<0,001
<i>Duygusal yalnızlık</i>	5,41±4,77	3,0 [9,0]	8,59±4,21	10,0 [3,0]	Z=-6,694 p<0,001
<i>Sosyal yalnızlık</i>	4,79±3,73	3,0 [6,0]	7,19±3,19	8,0 [4,0]	Z=-6,814 p<0,001
YİYÖ – TOPLAM	10,19±8,39	6,0 [15,0]	15,78±7,22	18,0 [4,0]	Z=-6,587 p<0,001
Ölüm Kaygısı Ölçeği	7,49±5,19	6,0 [11,0]	11,01±4,15	12,5 [3,3]	Z=-7,062 p<0,001

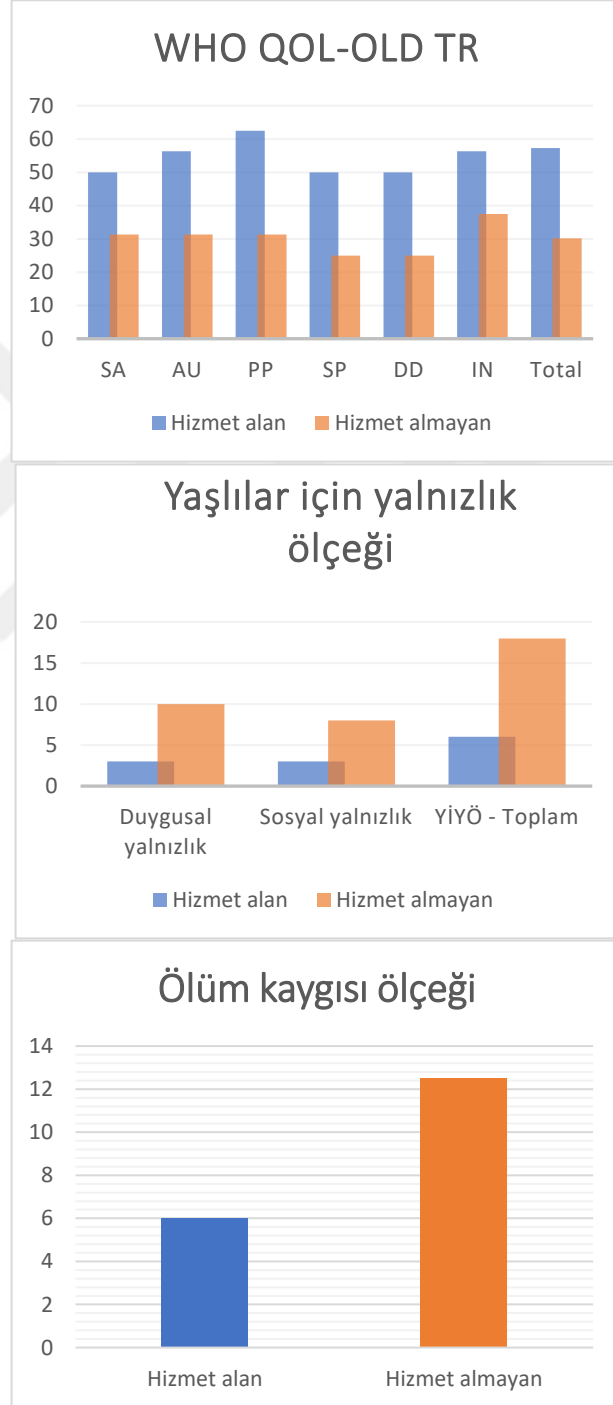
*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Evde sağlık hizmeti alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD puan ortalamaları, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,001$) (Tablo 4.5).

Evde sağlık hizmeti alanların WHOQOL-OLD toplam puan ortalaması 36,5, YİYÖ – toplam puan ortalaması 15,0 ve ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması da 11,0 olarak bulundu.

4.6 Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı

Grafik 4.1Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı



4.7 Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği Ve Ölüm Kaygısı Ölçeği İle WHOQOL-OLD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.6 Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği Ve Ölüm Kaygısı Ölçeği İle WHOQOL-OLD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Korelasyon*			Duygusal yalnızlık	Sosyal yalnızlık	YİYÖ – Toplam	Ölüm kaygısı ölçeği
Evde sağlık hizmeti alan (n=266)	Duygusal yetenekler	r	-0,620	-0,629	-0,618	-0,669
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Otonomi	r	-0,738	-0,715	-0,723	-0,735
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Tüm faaliyetler	r	-0,771	-0,755	-0,758	-0,746
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Sosyal katılım	r	-0,768	-0,760	-0,762	-0,757
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Ölüm ve ölme	r	-0,729	-0,744	-0,730	-0,753
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Samimiyet	r	-0,689	-0,703	-0,686	-0,724
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	WHOQOL-OLD	r	-0,741	-0,741	-0,732	-0,765
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Evde sağlık hizmeti almayan (n=242)	Duygusal yetenekler	r	-0,413	-0,396	-0,397	-0,429
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Otonomi	r	-0,532	-0,484	-0,499	-0,453
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Tüm faaliyetler	r	-0,578	-0,502	-0,532	-0,486
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Sosyal katılım	r	-0,524	-0,467	-0,474	-0,475
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Ölüm ve ölme	r	-0,495	-0,478	-0,474	-0,510
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Samimiyet	r	-0,488	-0,480	-0,475	-0,441
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	WHOQOL-OLD	r	-0,522	-0,472	-0,482	-0,483
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Sağlık hizmeti alanlarda duygusal yalnızlık puanları ile duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları arasında negatif yönde, orta/yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,001$). Sağlık hizmeti alanlarda duygusal yalnızlık puanları arttıkça, duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları azalacaktır (Tablo 4.6).

Sağlık hizmeti alanlarda sosyal yalnızlık puanları ile duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları arasında negatif yönde, orta/yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,001$). Sağlık hizmeti alanlarda sosyal yalnızlık puanları arttıkça, duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları azalacaktır (Tablo 4.6).

Sağlık hizmeti alanlarda YİYÖ – toplam puanları ile duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları arasında negatif yönde, orta/yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,001$). Sağlık hizmeti alanlarda YİYÖ – toplam puanları arttıkça, duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları azalacaktır (Tablo 4.6).

Sağlık hizmeti alanlarda ölüm kaygısı ölçeği puanları ile duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları arasında negatif yönde, orta/yüksek derecede ve istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,001$). Sağlık hizmeti alanlarda ölüm kaygısı ölçeği puanları arttıkça, duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları azalacaktır (Tablo 4.6).

Sağlık hizmeti almayanlarda duygusal yalnızlık puanları ile duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları arasında negatif yönde, orta/yüksek derecede ve istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,001$). Sağlık hizmeti almayanlarda duygusal yalnızlık puanları arttıkça, duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları azalacaktır (Tablo 4.6).

Sağlık hizmeti almayanlarda sosyal yalnızlık puanları ile duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları arasında negatif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,001$). Sağlık hizmeti almayanlarda sosyal yalnızlık puanları arttıkça, duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları azalacaktır (Tablo 4.6).

Sağlık hizmeti almayanlarda YİYÖ – toplam puanları ile duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-

OLD puanları arasında negatif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,001$). Sağlık hizmeti almayanlarda YİYÖ – toplam puanları arttıkça, duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları azalacaktır (Tablo4.6).

Sağlık hizmeti almayanlarda ölüm kaygısı ölçeği puanları ile duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları arasında negatif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,001$). Sağlık hizmeti almayanlarda ölüm kaygısı ölçeği puanları arttıkça, duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet ve WHOQOL-OLD puanları azalacaktır (Tablo 4.6).

4.8 Eyüpsultan’da İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.7 Eyüpsultan’da İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İkamet: Eyüpsultan Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=55)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=45)		İstatistikse l analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	40,91±21,54	43,8 [25,0]	32,92±19,65	31,3 [18,8]	Z=-2,011 p=0,044
<i>Otonomi</i>	47,27±19,76	43,8 [31,3]	34,72±17,45	31,3 [12,5]	Z=-3,239 p=0,001
<i>Tüm faaliyetler</i>	46,93±21,81	43,8 [43,8]	33,33±15,76	31,3 [15,6]	Z=-3,088 p=0,002
<i>Sosyal katılım</i>	38,64±22,31	31,3 [37,5]	24,58±14,56	18,8 [18,8]	Z=-3,051 p=0,002
<i>Ölüm ve ölme</i>	36,59±22,22	25,0 [25,0]	28,19±16,41	25,0 [12,5]	Z=-1,647 p=0,100
<i>Samimiyet</i>	49,54±22,11	50,0 [31,3]	37,64±17,95	37,5 [25,0]	Z=-2,803 p=0,005
WHOQOL-OLD	43,31±19,14	37,5 [33,3]	31,90±14,42	30,2 [13,0]	Z=-2,759 p=0,006
<i>Duygusal yalnızlık</i>	6,71±4,55	9,0 [10,0]	9,69±3,12	11,0 [3,0]	Z=-3,371 p<0,001
<i>Sosyal yalnızlık</i>	5,82±3,57	7,0 [6,0]	7,89±2,56	8,0 [3,0]	Z=-2,868 p=0,004
YİYÖ – Toplam	12,53±7,97	18,0 [15,0]	17,58±5,34	18,0 [4,0]	Z=-2,925 p=0,003
Ölüm Kaygısı Ölçeği	8,73±5,14	8,0 [10,0]	11,71±3,37	13,0 [3,0]	Z=-2,351 p=0,019

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Eyüpsultan’da ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Eyüp Sultan’da ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, Eyüp Sultan’da ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.7).

4.9 Beyoğlu’nda İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.8 Beyoğlu’nda İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İkamet: Beyoğlu Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=44)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=38)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	45,59±21,12	50,0 [25,0]	38,82±20,51	31,3 [25,0]	Z=-1,823 p=0,068
<i>Otonomi</i>	54,12±21,43	62,5 [29,7]	42,11±18,65	37,5 [28,1]	Z=-2,585 p=0,010
<i>Tüm faaliyetler</i>	57,67±19,99	65,6 [37,5]	44,41±21,04	43,8 [32,8]	Z=-2,609 p=0,009
<i>Sosyal katılım</i>	49,15±21,25	56,3 [40,6]	37,66±18,97	31,3 [26,6]	Z=-2,454 p=0,014
<i>Ölüm ve ölme</i>	44,46±24,61	50,0 [37,5]	35,53±20,96	25,0 [25,0]	Z=-1,798 p=0,072
<i>Samimiyet</i>	56,82±18,23	62,5 [35,9]	44,74±21,23	50,0 [37,5]	Z=-2,836 p=0,005
WHOQOL-OLD	51,30±18,69	58,9 [32,8]	40,54±17,25	35,9 [32,8]	Z=-2,201 p=0,028
<i>Duygusal yalnızlık</i>	4,73±4,97	3,0 [9,8]	7,71±4,58	10,0 [8,5]	Z=-2,206 p=0,027
<i>Sosyal yalnızlık</i>	4,50±3,57	3,0 [6,0]	6,97±3,42	8,0 [7,0]	Z=-2,722 p=0,006
YİYÖ – Toplam	9,23±8,19	5,5 [16,0]	14,68±7,87	18,0 [15,5]	Z=-2,299 p=0,021
Ölüm Kaygısı Ölçeği	6,84±4,74	6,0 [8,0]	10,36±4,47	12,0 [8,0]	Z=-3,036 p=0,002

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Beyoğlu'nda ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alma durumuna göre otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Beyoğlu'nda ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, Beyoğlu'nda ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.8).

4.10 Beşiktaş'ta İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.9 Beşiktaş'ta İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İkamet: Beşiktaş Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=44)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=36)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	52,56±21,96	56,3 [37,5]	29,68±21,09	28,1 [40,6]	Z=-4,130 p<0,001
<i>Otonomi</i>	54,12±21,52	62,5 [37,5]	37,50±21,55	31,3 [40,6]	Z=-3,015 p=0,003
<i>Tüm faaliyetler</i>	58,94±22,17	68,8 [37,5]	40,45±20,78	34,4 [37,5]	Z=-3,404 p<0,001
<i>Sosyal katılım</i>	49,15±20,91	56,3 [37,5]	32,47±19,64	25,0 [42,2]	Z=-3,100 p=0,002
<i>Ölüm ve ölme</i>	47,59±22,48	50,0 [37,5]	30,90±23,71	25,0 [42,2]	Z=-3,097 p=0,002
<i>Samimiyet</i>	57,95±21,79	62,5 [34,4]	39,58±22,41	37,5 [29,7]	Z=-3,301 p<0,001
WHOQOL-OLD	53,39±20,01	61,9 [36,7]	35,10±19,45	28,1 [38,0]	Z=-3,726 p<0,001
<i>Duygusal yalnızlık</i>	3,80±4,36	1,5 [9,0]	7,69±4,93	10,0 [11,0]	Z=-3,331 p<0,001
<i>Sosyal yalnızlık</i>	3,52±3,39	2,0 [7,0]	6,36±3,82	8,0 [7,8]	Z=-3,173 p=0,002
YİYÖ – Toplam	7,32±7,65	4,5 [17,0]	14,06±8,59	18,0 [17,8]	Z=-3,237 p=0,001
Ölüm Kaygısı Ölçeği	6,32±5,17	5,0 [10,0]	9,72±5,08	12,0 [9,0]	Z=-2,621 p=0,009

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Beşiktaş'ta ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Beşiktaş'ta ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, Beşiktaş'ta ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.9).

4.11 Şişli'de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.10 Şişli'de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İkamet: Şişli Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=40)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=47)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	38,91±21,99	43,8 [35,9]	29,26±21,38	25,0 [37,5]	Z=-1,996 p=0,046
<i>Otonomi</i>	48,13±19,57	50,0 [35,9]	35,24±19,65	25,0 [18,8]	Z=-2,874 p=0,004
<i>Tüm faaliyetler</i>	50,47±24,28	50,0 [42,2]	35,24±18,49	31,3 [12,5]	Z=-3,033 p=0,002
<i>Sosyal katılım</i>	43,44±24,06	43,8 [37,5]	27,79±18,65	25,0 [25,0]	Z=-3,157 p=0,002
<i>Ölüm ve ölme</i>	45,63±22,92	50,0 [37,5]	27,13±22,51	25,0 [37,5]	Z=-3,615 p<0,001
<i>Samimiyet</i>	52,03±26,30	56,3 [45,3]	36,44±19,82	31,3 [25,0]	Z=-2,768 p=0,006
WHOQOL-OLD	46,43±20,77	40,1 [39,1]	31,85±17,76	29,2 [15,6]	Z=-3,170 p=0,002
<i>Duygusal yalnızlık</i>	6,40±5,02	8,0 [11,0]	8,79±4,27	11,0 [4,0]	Z=-1,673 p=0,094
<i>Sosyal yalnızlık</i>	5,60±4,09	7,0 [8,0]	7,46±3,22	8,0 [3,0]	Z=-1,719 p=0,086
YİYÖ – Toplam	12,00±9,05	17,0 [19,0]	16,26±7,32	19,0 [5,0]	Z=-1,614 p=0,106
Ölüm Kaygısı Ölçeği	8,42±5,31	10,0 [9,8]	11,47±3,85	13,0 [3,0]	Z=-2,631 p=0,009

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Şişli’de ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alma durumuna göre otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Şişli’de ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, Şişli’de ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.10).

4.12 Kağıthane’de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.11 Kağıthane’de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İkamet: Kağıthane Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=40)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=47)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	41,56±27,72	46,8 [53,2]	29,26±18,71	25,0 [18,8]	Z=-2,031 p=0,042
<i>Otonomi</i>	47,66±21,17	46,9 [35,9]	31,12±15,98	31,3 [25,0]	Z=-3,648 p<0,001
<i>Tüm faaliyetler</i>	48,44±21,27	50,0 [43,8]	32,85±16,71	31,3 [12,5]	Z=-3,255 p=0,001
<i>Sosyal katılım</i>	39,69±23,19	43,8 [43,8]	24,33±17,25	18,8 [12,5]	Z=-2,853 p=0,004
<i>Ölüm ve ölme</i>	40,94±24,92	50,0 [37,5]	24,86±17,12	25,0 [12,5]	Z=-3,096 p=0,002
<i>Samimiyet</i>	49,53±22,71	50,0 [48,4]	35,56±19,51	37,5 [25,0]	Z=-2,661 p=0,008
WHOQOL-OLD	44,63±21,37	47,4 [39,8]	29,83±14,75	27,1 [15,6]	Z=-2,855 p=0,004
<i>Duygusal yalnızlık</i>	5,80±4,92	7,0 [9,8]	9,23±3,35	10,0 [1,0]	Z=-2,952 p=0,003
<i>Sosyal yalnızlık</i>	5,00±3,76	6,5 [6,0]	7,68±2,55	8,0 [3,0]	Z=-3,177 p=0,001
YİYÖ – Toplam	10,80±8,57	15,0 [15,0]	16,92±5,68	18,0 [3,0]	Z=-3,138 p=0,002
Ölüm Kaygısı Ölçeği	7,88±5,23	7,5 [10,8]	12,26±2,99	13,0 [2,0]	Z=-3,914 p<0,001

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Kağıthane’de ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Kağıthane’de ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, Kağıthane’de ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.11).

4.13 Sarıyer’de ikamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.12 Sarıyer’de İkamet Edenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İkamet: Sarıyer Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=43)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=29)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	48,40±19,39	50,0 [25,0]	32,54±20,96	31,3 [37,5]	Z=-3,162 p=0,002
<i>Otonomi</i>	50,44±20,07	62,5 [37,5]	38,58±21,33	37,5 [37,5]	Z=-2,316 p=0,021
<i>Tüm faaliyetler</i>	55,96±20,91	68,8 [31,3]	39,66±22,49	31,3 [40,6]	Z=-2,978 p=0,003
<i>Sosyal katılım</i>	45,93±19,48	56,3 [37,5]	34,28±20,58	25,0 [37,5]	Z=-2,166 p=0,030
<i>Ölüm ve ölme</i>	46,08±22,49	50,0 [37,5]	31,47±22,87	25,0 [28,1]	Z=-2,630 p=0,009
<i>Samimiyet</i>	56,25±21,86	62,5 [37,5]	42,03±21,12	37,5 [34,4]	Z=-2,738 p=0,006
WHOQOL-OLD	50,51±18,49	60,5 [34,4]	36,42±19,32	32,3 [41,7]	Z=-2,908 p=0,004
<i>Duygusal yalnızlık</i>	4,79±4,67	3,0 [9,0]	7,79±5,03	10,0 [11,0]	Z=-2,104 p=0,035
<i>Sosyal yalnızlık</i>	4,09±3,69	3,0 [8,0]	6,17±3,59	7,0 [6,5]	Z=-2,073 p=0,038
YİYÖ – Toplam	8,88±8,24	5,0 [15,0]	13,97±8,46	18,0 [17,0]	Z=-1,944 p=0,052
Ölüm Kaygısı Ölçeği	6,56±5,36	6,0 [11,0]	9,59±4,95	12,0 [9,0]	Z=-2,079 p=0,038

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Sarıyer’de ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Sarıyer’de ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, Sarıyer’de ikamet edenlerin evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.12).

4.14 Covid-19 Geçirmeyenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.13 Covid-19 Geçirmeyenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Covid-19: Hayır Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=232)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=198)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	42,23±19,58	50,0 [31,3]	27,13±18,28	25,0 [28,2]	Z=-3,194 p=0,001
<i>Otonomi</i>	50,57±18,90	56,3 [28,1]	31,68±16,64	31,3 [23,4]	Z=-3,969 p<0,001
<i>Tüm faaliyetler</i>	52,27±22,90	62,5 [50,0]	33,53±18,43	31,3 [23,4]	Z=-2,999 p=0,003
<i>Sosyal katılım</i>	41,86±22,62	56,3 [43,8]	25,28±16,62	18,8 [18,8]	Z=-2,878 p=0,004
<i>Ölüm ve ölme</i>	42,99±25,43	50,0 [37,5]	25,43±16,14	25,0 [14,1]	Z=-3,111 p=0,002
<i>Samimiyet</i>	49,43±25,21	56,3 [50,0]	38,78±19,74	31,3 [25,0]	Z=-2,040 p=0,041
WHOQOL-OLD	46,56±20,73	58,3 [40,1]	30,30±14,95	27,6 [14,8]	Z=-2,895 p=0,004
<i>Duygusal yalnızlık</i>	5,36±4,78	5,0 [10,0]	9,29±3,53	11,0 [2,0]	Z=-3,581 p<0,001
<i>Sosyal yalnızlık</i>	4,36±3,65	3,0 [8,0]	7,77±2,74	8,0 [3,0]	Z=-4,022 p<0,001
YİYÖ – Toplam	9,73±8,24	6,0 [16,5]	17,07±6,01	19,0 [4,0]	Z=-3,845 p<0,001
Ölüm Kaygısı Ölçeği	7,70±5,16	6,0 [10,0]	12,04±3,31	13,0 [2,0]	Z=-3,509 p<0,001

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Covid-19 geçirmeyenlerin evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Covid-19 geçirmeyenlerde evde sağlık hizmeti alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, Covid-19 geçirmeyenlerde evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

4.15 Covid-19 Geçirenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.14 Covid-19 Geçirenlerin Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Covid-19: Evet Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=34)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=44)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	44,90±23,06	50,0 [37,5]	32,95±20,73	31,3 [31,3]	Z=-5,515 p<0,001
<i>Otonomi</i>	50,08±20,83	56,3 [37,5]	37,15±19,47	34,4 [25,0]	Z=-6,131 p<0,001
<i>Tüm faaliyetler</i>	52,94±22,01	62,5 [37,5]	37,97±19,40	31,3 [25,0]	Z=-6,790 p<0,001
<i>Sosyal katılım</i>	44,43±22,07	50,0 [37,5]	30,49±18,96	25,0 [25,0]	Z=-6,255 p<0,001
<i>Ölüm ve ölme</i>	43,26±23,14	50,0 [37,5]	30,15±21,38	25,0 [18,8]	Z=-5,819 p<0,001
<i>Samimiyet</i>	54,20±21,87	56,3 [37,5]	39,20±20,39	37,5 [25,0]	Z=-6,838 p<0,001
WHOQOL-OLD	48,30±19,83	57,3 [35,4]	34,65±17,62	30,2 [19,8]	Z=-6,545 p<0,001
<i>Duygusal yalnızlık</i>	5,44±4,77	3,0 [9,0]	8,43±4,34	10,0 [4,0]	Z=-5,656 p<0,001
<i>Sosyal yalnızlık</i>	4,87±3,74	3,0 [7,0]	7,06±3,28	8,0 [4,0]	Z=-5,648 p<0,001
YİYÖ – Toplam	10,30±8,42	6,0 [16,0]	15,49±7,44	18,0 [5,3]	Z=-5,471 p<0,001
Ölüm Kaygısı	7,48±5,21	6,0	10,78±4,29	12,0	Z=-6,031

Covid-19 geçirenlerde evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Covid-19 geçirenlerde hizmet alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, hizmet almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca, Covid-19 geçirenlerde evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.14).

4.16 Eşile Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.15 Eşile Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Birlikte yaşanan: Eşile Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=119)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=117)		İstatistikse l analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	46,63±22,01	50,0 [31,3]	31,78±21,08	31,3 [34,4]	Z=-5,027 p<0,001
<i>Otonomi</i>	52,20±20,11	62,5 [31,3]	35,42±20,01	31,3 [28,1]	Z=-5,711 p<0,001
<i>Tüm faaliyetler</i>	54,88±21,64	62,5 [37,5]	36,16±20,07	31,3 [18,8]	Z=-6,000 p<0,001
<i>Sosyal katılım</i>	45,90±22,23	56,0 [37,5]	28,52±19,38	18,8 [18,8]	Z=-5,541 p<0,001
<i>Ölüm ve ölme</i>	44,64±22,83	50,0 [37,5]	28,85±20,07	25,0 [31,3]	Z=-5,291 p<0,001
<i>Samimiyet</i>	54,36±21,83	56,3 [37,5]	39,32±18,41	37,5 [25,0]	Z=-5,245 p<0,001
WHOQOL-OLD	49,77±19,55	59,4 [36,5]	33,34±17,21	30,2 [17,2]	Z=-5,697 p<0,001
<i>Duygusal yalnızlık</i>	4,91±4,59	3,0 [10,0]	8,62±4,26	10,0 [4,0]	Z=-5,671 p<0,001
<i>Sosyal yalnızlık</i>	4,46±3,65	3,0 [6,0]	7,15±3,24	8,0 [4,0]	Z=-5,332 p<0,001
YİYÖ – Toplam	9,37±8,12	6,0 [15,0]	15,76±7,29	18,0 [5,0]	Z=-5,615 p<0,001

Ölüm Kaygısı Ölçeği	6,79±5,13	6,0 [10,0]	10,93±4,04	12,0 [5,0]	Z=-5,746 p<0,001
----------------------------	-----------	---------------	------------	---------------	-------------------------------

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Eşiyle yaşayanların evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Eşiyle yaşayanların evde sağlık hizmeti alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, hizmet almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca, eşiyle yaşayanların evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.15).

4.17 Çocuklarıyla Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.16 Çocuklarıyla Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Birlikte yaşanan: Çocuklarıyla Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=66)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=58)		İstatistikse l analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	42,14±23,67	46,9 [31,3]	33,62±20,27	28,2 [26,6]	Z=-2,208 p=0,027
<i>Otonomi</i>	47,25±22,18	53,1 [43,8]	37,07±17,79	34,4 [18,8]	Z=-2,465 p=0,014
<i>Tüm faaliyetler</i>	51,32±22,96	62,5 [39,1]	38,58±17,33	31,3 [25,0]	Z=-3,057 p=0,002
<i>Sosyal katılım</i>	42,33±23,81	50,0 [43,8]	30,28±17,75	25,0 [20,3]	Z=-2,560 p=0,010
<i>Ölüm ve ölme</i>	41,86±23,56	50,0 [37,5]	28,77±21,49	25,0 [14,1]	Z=-3,158 p=0,002
<i>Samimiyet</i>	52,74±24,32	56,3 [43,8]	39,98±23,09	34,4 [26,6]	Z=-2,999 p=0,003
WHOQOL-OLD	46,28±21,38	55,2 [39,1]	34,72±17,26	29,2 [21,9]	Z=-2,861 p=0,004
<i>Duygusal yalnızlık</i>	5,74±4,98	5,0 [10,3]	8,29±3,99	10,0 [4,0]	Z=-2,150 p=0,032
<i>Sosyal yalnızlık</i>	5,15±3,95	5,0 [8,0]	7,09±3,00	8,0 [2,0]	Z=-2,246 p=0,025
YİYÖ – Toplam	10,89±8,85	10,0	15,38±6,79	18,0	Z=-1,924

		[16,3]		[4,3]	p=0,054
Ölüm Kaygısı	8,18±5,01	7,5	11,29±4,18	13,0	Z=-3,165
Ölçeği		[9,0]		[3,0]	p=0,002

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çocuklarıyla yaşayanların evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Çocuklarıyla yaşayanların evde sağlık hizmeti alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, çocuklarıyla yaşayanların evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.16).

4.18 Bakıcıyla Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.17 Bakıcıyla Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Birlikte yaşanan: Bakıcıyla Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=58)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=28)		İstatistikse l analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	40,52±22,77	43,8 [31,3]	30,80±18,86	25,0 [25,0]	Z=-1,960 p=0,051
<i>Otonomi</i>	46,34±20,48	43,8 [37,5]	39,51±20,20	37,5 [23,4]	Z=-1,248 p=0,212
<i>Tüm faaliyetler</i>	47,19±22,00	43,8 [43,8]	39,50±21,11	31,3 [23,4]	Z=-1,344 p=0,179
<i>Sosyal katılım</i>	40,30±20,22	40,6 [31,3]	31,69±20,82	25,0 [35,9]	Z=-1,998 p=0,046
<i>Ölüm ve ölme</i>	39,44±24,31	43,8 [37,5]	31,25±21,04	25,0 [21,9]	Z=-1,622 p=0,105
<i>Samimiyet</i>	50,32±22,65	50,0 [37,5]	40,18±25,25	34,4 [29,7]	Z=-2,001 p=0,045
WHOQOL-OLD	44,02±19,45	38,0 [36,5]	35,49±19,01	31,3 [18,5]	Z=-1,646 p=0,100
<i>Duygusal yalnızlık</i>	6,62±4,73	9,0 [9,0]	8,57±4,50	10,0 [3,8]	Z=-1,568 p=0,117
<i>Sosyal yalnızlık</i>	5,40±3,58	7,0 [6,0]	7,36±3,12	8,0 [3,0]	Z=-2,445 p=0,014
YİYÖ – Toplam	12,02±8,21	17,0 [14,0]	15,92±7,49	18,5 [5,0]	Z=-1,890 p=0,059

Ölüm Kaygısı Ölçeği	8,60±5,20	11,0 [9,0]	10,32±4,91	12,5 [6,0]	Z=-1,455 p=0,146
----------------------------	-----------	---------------	------------	---------------	---------------------

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Bakıcıyla yaşayanların evde sağlık hizmeti alma durumuna göre sosyal katılım, samimiyet ve sosyal yalnızlık değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Bakıcıyla yaşayanların evde sağlık hizmeti alanların sosyal katılım ve samimiyet değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bunlara ek olarak, bakıcıyla yaşayanların evde sağlık hizmeti alanların sosyal yalnızlık değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.17).

4.19 Yalnız Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.18 Yalnız Yaşayanların Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Birlikte yaşanan: Yalnız Değişken	Evde sağlık hizmeti alan (n=23)		Evde sağlık hizmeti almayan (n=39)		İstatistikse l analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
<i>Duygusal yetenekler</i>	51,63±20,58	56,3 [31,3]	30,45±20,13	25,0 [25,0]	Z=-3,606 p<0,001
<i>Otonomi</i>	58,42±15,49	62,5 [31,3]	34,62±17,55	31,3 [31,3]	Z=-4,463 p<0,001
<i>Tüm faaliyetler</i>	61,68±18,59	68,8 [31,3]	36,38±18,63	31,3 [18,8]	Z=-4,323 p<0,001
<i>Sosyal katılım</i>	50,27±19,81	56,3 [37,5]	29,97±16,36	25,0 [18,8]	Z=-3,607 p<0,001
<i>Ölüm ve ölme</i>	49,72±22,41	50,0 [50,0]	29,97±21,13	25,0 [12,5]	Z=-2,993 p=0,003
<i>Samimiyet</i>	60,33±16,28	56,3 [18,8]	36,54±17,36	37,5 [25,0]	Z=-4,433 p<0,001
WHOQOL- OLD	55,34±16,10	61,5 [28,1]	32,99±16,36	29,2 [13]	Z=-4,301 p<0,001
<i>Duygusal yalnızlık</i>	3,97±4,62	2,0 [11,0]	8,97±4,31	10,0 [3,0]	Z=-3,316 p<0,001
<i>Sosyal yalnızlık</i>	3,87±3,75	3,0 [8,0]	7,36±3,49	9,0 [4,0]	Z=-3,025 p=0,002
YİYÖ – Toplam	7,83±8,29	5,0 [19,0]	16,33±7,62	18,0 [4,0]	Z=-3,020 p=0,003
Ölüm Kaygısı Ölçeği	6,30±5,61	5,0 [10,0]	11,31±3,95	13,0 [3,0]	Z=-2,964 p=0,003

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Yalnız yaşayanların evde sağlık hizmeti alma durumuna göre duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam, duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Yalnız yaşayanların evde sağlık hizmeti alanların duygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam değerleri, hizmet almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Ek olarak, yalnız yaşayanların evde sağlık hizmeti alanların duygusal yalnızlık, sosyal yalnızlık, YİYÖ – toplam ve ölüm kaygısı ölçeği değerleri, sağlık hizmeti almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.18).

5. TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünya genelinde yaşlı nüfus artmaktadır. Yaşlanmaya bağlı kronik ve dejeneratif hastalıkların meydana gelmesiyle sağlık hizmetleri masrafları yükselmektedir. Bu sonuçlar yaşlı sağlık hizmeti sunumunda etkin bir model olan evde sağlık hizmetlerini gerekli kılmaktadır. Hastaların evde sağlık profesyonelleri ve aileleri tarafından bakım alması bağımsızlık ve güven duygusunu pekiştirerek bireylerin yaşam kalitesini arttırmakta, yalnızlık duygusunun önüne geçmekte ve ölüm korkusunu azaltmaktadır.

Bu araştırma İstanbul ilinde Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesinin Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı merkezde bulunan yaşlı bireyler ve bu hastanenin poliklinik birimine başvuran ancak evde sağlık hizmeti almayan yaşlı bireyler ile gerçekleştirildi. Bulgular bu konuyla ilgili araştırmalar ve literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmayla benzer literatür çalışmaları incelendiğinde Taşdemir ve arkadaşlarının çalışmasında yaş gruplarına göre ayrıldığında en sık hizmet alan yaş grubu % 68.5 ile 70 yaş üstü olup, 65 yaş üstü hizmet alanların oranı % 72.2 bulunmuştur [143]. Uzan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise evde sağlık hizmeti kapsamında takip edilen hastaların yaş ortalamasının 77,5 olduğu belirtilmiştir [144]. Yine Çalışkan ve arkadaşlarının araştırmasına göre de hastaların %81,2'sinin 65 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmiştir [145]. Karaman ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı 1280 hasta incelenmiştir. Çalışmada; bireylerin %88,1'inin 65 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır [146]. Benzer bir sonuçta Maç'ın çalışmasında görülmektedir. Hastaların yaş ortalaması 72,85 olarak bulunmuştur [147].

Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmadaki verilerin literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Literatürde Güdük ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %69'unu kadınların oluşturduğu görülmektedir [148]. Işık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da

hastaların % 57.9'u kadın, %55.1'inin evli olduğu tespit edilmiştir [149]. Akçoban araştırmasında evde sağlık hizmeti alan hastaların % 67.6'sını kadınların, %55.2'sinin geniş aileyle yaşadığını saptamıştır [11]. Artantaş ve arkadaşlarının evde sağlığı değerlendirdiği başka bir araştırmada, evde sağlık hizmeti alan hastaların %65'ini kadınların oluşturduğunu tespit etmişlerdir [150]. Literatürdeki bu çalışmalar araştırmada kadın popülasyonunun fazla olmasını destekler niteliktedir. Evde sağlık hizmetlerinden çoğunlukla kadınların faydalanmasında; kadınların erkeklere göre yaşam süresinin fazla olması, bakım ihtiyaçlarını daha rahat dile getirmesi ve kadınlardaki fiziksel, ruhsal yıpranmanın etkisi vardır.

Araştırmada eşiyle, çocuklarıyla, bakıcıyla yaşayan kişilerin ağırlıklı olarak hizmet aldığı, yalnız yaşayanların ise ağırlıklı olarak hizmet almadığı tespit edilmiştir. Bu durum yalnız yaşayan bireylerin hizmetten haberdar olma durumlarının daha az olduğunu göstermektedir. Akbaş ve arkadaşlarının çalışmasına göre de yalnız yaşayan sosyal etkileşimi az olan bireyler toplumsal olayların daha az içine girmekte ve toplumla ilgili konulardan daha az haberdar olmaktadır [108].

Kronik hastalık ve ilaç kullanma durumuna bakıldığında Yağız araştırmasında emekli bireylerde kronik hastalıklarda artış olması ve buna bağlı olarak bireylerin kullandıkları ilaç sayısının arttığını bulmuştur [151]. Yine buna benzer Vandiver ve arkadaşlarının, evde sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada bu hizmetten yararlanan yaş grubunu genellikle yaşlı hastaların oluşturduğu, aynı zamanda bu bireylerin kronik hastalıklarının olduğu tespit edilmiştir [152]. Bunun sebebinin çalışmalardaki popülasyonun yaşı ilerlemiş bireylerden oluşması ve uzayan yaşam süresiyle hastalıkların meydana gelmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Yapılan araştırmalarda kronik hastalıkların çeşidine bakıldığında; Burdur'da Çatak ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %48,1'inde hipertansiyon, %22,2'sinde kalp hastalıkları ve %15,7'sinde diyabet bulunmaktadır [22]. Güdük ve arkadaşlarının araştırmasında da hastalarının %76'sının hipertansiyon tedavisi aldığı, alzheimer veya demans tanısı konmuş hasta oranının %58 olduğu bulunmuştur. En sık görülen diğer tanıların ise %42,7 ile kalp hastalıkları ve %34,5 ile diyabet olduğu tespit edilmiştir. Çalışmasında en sık görülen hastalık tanıları sırasıyla; %76 oranıyla hipertansiyon, %58 ile Alzheimer/demans, %43 ile kalp hastalıkları ve %35 ile serebrovasküler hastalıklardır [148]. Taşdemir

ve arkadaşlarının evde sağlık hizmeti verilen bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili yaptığı çalışmada ise hastalarda en sık Serebro Vasküler Hastalık, sonrasında esansiyel hipertansiyon ve diyabet tanılarının olduğunu tespit etmiştir [143]. Yurtdışındaki benzer çalışmalarda da evde sağlık hizmeti verilen hastalarda kalp hastalıkları, hipertansiyon, nörolojik hastalıklar ve diyabetes mellitus görülme oranları yüksektir [153,154]. Literatürdeki bu çalışmaların araştırma verileriyle benzer olduğu görülmektedir.

Ölçek ortalamaları incelendiğinde araştırma ile benzer sonuçlara ulaşan Uçakkuş ve arkadaşının çalışmasında Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde en yüksek 13,55 ortalamayla samimiyet alt boyutu bulunmuştur [155].

Evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin hizmet almayan yaşlı bireylere göre yaşam kalite değerlerinin yüksek, yalnızlık ve ölüm korkusu düzeyinin düşük olmasında verilen hizmetin etkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmada çalışmaya katılan evde sağlık hizmeti alan ve bu hizmeti almayan yaşlı bireyler bölgelere göre, Covid-19 geçirip geçirmeme durumuna göre ve birlikte yaşadıkları kişilere göre değerlendirilmiştir.

Araştırmanın yaşam kalitesi sonuçlarıyla benzer şekilde Uçakkuş ve arkadaşının yaptığı çalışmada evde sağlık hizmeti almanın yaşam kalitesini arttırdığı ve yaşlıların ihtiyaçları doğrultusunda onlara yardım edilmesi gerektiği sonuçları bulunmuştur [155]. Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonuçlarına göre yaşlanan nüfusun artışı ile profesyonel ekipler aracılığıyla; hastaların ev ortamında fiziksel ve psikososyal iyilik hallerini sürdürmeleri için evde sağlık hizmetine olan ihtiyacın arttığı belirtilmiştir [145].

Ayrıca literatürde evde sağlık hizmeti alan bireylerin yaşam kalitesinin çalışmamızda yapılan bölgelere göre değerlendirmeleri ilk olup literatüre katkı sağladığı görülmektedir.

Literatürde Covid-19 pandemisi sürecinde yaşlı bireylerin bakım yönetimiyle ilgili yaptığı çalışmada Ekici, Covid-19'un yaşlıların yaşam kalitesine etki ettiğini ve bundan dolayı hemşirelik bakımının nasıl olması gerektiğini açıklamıştır [156,157]. Bu hastalıktan korunmak için yapılan bakımların yanında evde sağlık hizmeti almanın yaşam kalitesini yükselttiği düşünülmektedir.

Sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesine etkisine bakıldığında bununla ilgili bir çalışmaya göre; eşi vefat etmiş, boşanmış ya da eşinden ayrı yaşayanların, yaşam kalitesinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır [158]. Bu sonuç ile benzerlik gösteren araştırma sonucuna göre eşiyle birlikte yaşayan kişilerin eşleriyle yaşamayanlara göre yaşam kalitesi daha yüksek olsada içlerinden en yüksek oranda yaşam kalitesine sahip kişilerin eşleriyle yaşayıp evde sağlık hizmetinden yararlanan kişiler olduğu düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi Akçoban'ın da yaptığı çalışmaya göre araştırma sonuçları ile benzerlik göstererek çocuk sahibi olan bireylerde daha yüksek bulunmuştur [11]. Bu sonuçlara göre çocuklarıyla yaşayan bireylerin bakımında yardımcı olan çocuklarının yetersiz hissettikleri durumlarda evde sağlık hizmetlerinden yardım almaları olduğu düşünülmektedir. Bakıcıyla yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin düşük bulunmasında yaşlıların kendilerini evlerinde bulunan yabancı bir kişi olan bakıcı sebebiyle açıkça ifade edemediklerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Söyleyecekleri sözler nedeniyle şiddet görme, istismar edilme ve aileleriyle bağlarının kopacağı korkusuyla bakıcıyla yaşayan yaşlılar Uysal'ın da çalışmasına göre kendilerini yeterince ifade edememektedir [159]. Araştırma verilerinden farklı olarak Karakuş'un yapmış olduğu çalışmada yalnız veya bakıcıyla yaşayan bireylerin yaşam kalitesi eşi veya çocuklarıyla yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur [160]. Yaşam kalitesi değişkenlerinden sadece sosyal katılım ve samimiyetin yüksek çıkması bakıcıyla yaşayan bireylerin kendilerini duygusal, otonom, tüm faaliyetler ve ölüm yönünden iyi ifade edemediğini düşünülmektedir.

Evde sağlık hizmetleri ve yalnızlıkla ilgili araştırma verileri ile benzer sonuçları olan Işık ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hizmet alan bireylerin en az gereksinim duydukları alan %3,8 ile yalnızlığın giderilmesi, arkadaşlık yapılması olarak bulunmuştur [145].

Kahraman ve arkadaşlarının çalışmasında Covid geçirmemiş, eşleri hayatta olan çocuklarıyla sık görüşen, komşuluk ilişkileri sıkı olan kişilerin bu süreçte daha az yalnızlık yaşadıkları görülmüştür [161]. Araştırma verileriyle benzer şekilde yurtdışı kaynaklı çalışmalarda da Covid-19 pandemi sürecindeki önlemlerden biri olan sokağa çıkma yasağının, özellikle yalnız yaşayan bireylerin sosyalleşmelerini kısıtladığı düşünülmektedir [162]. Covid-19 hastalığı geçiren ve geçirmeyen

bireylerin yalnızlığının hizmet alanlarda düşük olması hizmetin bireylerin yalnızlık durumlarına olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Yalnızlıkla ilgili elde edilen bilgileri destekler nitelikte olan Tufan ve arkadaşları, Doğanay ve Çopur ile Kalaycının çalışmalarında eşiyle, çocuklarıyla ve akrabalarıyla görüşebilen yaşlıların daha mutlu olduğu tespit edilmiştir [163,164,165]. Bunun yanı sıra araştırmadan farklı olarak Kahraman ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yalnızlık çekmediği bulunmuştur [161]. Eşiyle yaşayıp evde sağlık hizmeti alan bireylerde yalnızlık ve ölüm korkusu düzeyinin hizmet almayanlara göre daha az çıkması kişinin her ne kadar eşinden destek alsada profesyonel anlamda destek almanın yalnızlığı azaltmada yardımcı olduğu görülmektedir.

Araştırma verileri ile benzer olan Takagi, Saito ve Chan'ın yaptığı çalışmada yalnız yaşayan veya sadece bir çocuk ile yaşayan yaşlılarda yalnızlık düzeyinin, yalnız eşi ile yaşayan yaşlılara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur [166]. Ağırman ve arkadaşları ise evde yalnız yaşayan yaşlıların daha fazla yalnızlık sorunu yaşadıklarını saptamışlardır [167]. Çocuklarıyla yaşayan bireylerde YİYÖ-toplam hariç yalnızlık değişkenlerinin evde sağlık hizmeti alanlarda daha düşük çıkması bu konuda sağlık profesyonellerinin verdiği hizmetin yararlı olduğunu göstermektedir.

Yaşlılarda ölüm korkusuyla ilgili araştırma sonucunu destekler nitelikte Keskin ve arkadaşlarının çalışmasında yalnız yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının yüksek olduğu bulunmuştur [168]. Kahraman ve arkadaşlarının çalışmasında da Covid geçirmemiş, eşleri hayatta olan çocuklarıyla sık görüşen, komşuluk ilişkileri sıkı olan kişilerin daha az ölüm korkusu yaşadıkları görülmüştür [161]. Covid-19 geçiren ve geçirmeyen bireylerin ölüm korkularının hizmet alanlarda düşük olması hizmetin bireylerde ölüm korkusunu azalttığını göstermektedir. Araştırma sonucundan farklı olarak Örsal ve arkadaşları ise medeni durum ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark olmadığı tespit etmişlerdir [169]. Araştırma sonucuna göre literatürle de uyumlu olarak evde sağlık hizmetlerinin yaşlılarda ölüm korkusunu azalttığı söylenebilir.

Araştırma ile benzer sonuca ulaşan Tel, Koç ve Aydın'ın yaptığı çalışmaya göre de yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasında anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki, ölüm kaygısı ile yalnızlık arasında anlamlı negatif yönde orta düzeyde ilişki, ölüm kaygısı yaşam doyumu arasında anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır [170]. Bu sonuçların yaşlıların yalnızlık yaşadıklarında günlük

aktivitelerini yerine getirmede zorlanmaları sebebiyle yaşam kalitesinin düşmesi ve kendilerini yetersiz hissetmelerinden kaynaklı ölüm korkusunun artması nedenli olduğu düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi boyutlarında literatürdeki bir araştırmaya göre özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetler, sosyal katılım ve yakınlık arttığında yalnızlığın azaldığı bulunmuştur. Ayrıca yaşam kalitesi ile yalnızlık arasında negatif ve anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bu bilgilere göre yaşam kalitesi genel olarak arttığında yalnızlığın azaldığı söylenebilir. Yurt dışında yapılan Liu ve Guo'nun çalışmaları da bu bilgileri destekler niteliktedir [171]. Bir diğer ifadeyle yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar onların yalnızlık seviyelerini azalmasını sağlamaktadır [172]. Yalnız yaşayıp evde sağlık hizmeti alan bireylerin alamayan bireylere göre yaşam kalitesinin yüksek çıkması beklenen bir durumdur. Yalnız yaşayan bireylerde yaşam kalitesinin tüm değişkenlerde yüksek çıkmasının evde sağlık hizmetlerinin kişilerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini net bir şekilde göstermektedir.

Literatürde Faruk, Akkaya ve Başbüyük çalışmalarında yaşam kalitesi boyutlarından ölmek ve ölüm ile yalnızlık arasında pozitif ve anlamlı korelasyon olduğunu saptanmış, ölüm kaygısında bir artış görülmesinin, yalnızlıkta da bir artışa neden olacağını bulmuştur. Bu artış yaşam kalitesini de azaltmaktadır [172].

Araştırmadan elde edilen verilerin literatür ile benzer sonuçları gösterdiği ve evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini pek çok faktörün etkilediği görülmektedir.

6. SONUÇ

- Evde sağlık hizmetinden daha fazla yararlananların eşiyle, çocuklarıyla, bakıcıyla yaşayan bireyler olduğu bulundu.
- Evde sağlık hizmetinden daha fazla yararlananların; geliri giderine eşit veya geliri giderinden fazla olduğu tespit edildi.
- Evde sağlık hizmeti alanların tüm bölgelerde yaşam kalitesi puanları evde sağlık hizmeti almayanlara göre yüksek, ölüm korkusu puanları ise düşük bulundu.
- Evde sağlık hizmeti alanların yalnızlık puanları şişli bölgesi hariç hizmet almayanlara göre düşük bulundu. Şişli bölgesinde ise evde sağlık hizmeti alanların yalnızlık puanları ile hizmet almayanların yalnızlık puanları arasında anlamlı fark bulunmadı.
- Evde sağlık hizmeti alan ve hem Covid-19 geçiren hem de geçirmeyen bireyler de yaşam kalitesi puanı daha yüksek, yalnızlık ve ölüm korkusu puanı daha düşük bulundu.
- Evde sağlık hizmeti alanlardan eşiyle, çocuğuyla ve yalnız yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin hizmet almayanlara göre daha yüksek, yalnızlık ve ölüm korkusunun daha düşük olduğu tespit edildi.
- Evde sağlık hizmeti alan ve bakıcıyla yaşayan bireylerin yaşam kalitesi hizmet almayan ve bakıcıyla yaşayanlara göre daha yüksek, yalnızlık puanları daha düşük ancak ölüm korku puanları benzer bulundu.
- Evde sağlık hizmeti alan bireylerin evde sağlık hizmeti almayan bireylere göre yaşam kalitesi puanlarıduygusal yetenekler, otonomi, tüm faaliyetler, sosyal katılım, ölüm ve ölme, samimiyet, WHOQOL-OLD toplam alt boyutlarıyla yüksek bulundu. Sosyal yalnızlık, duygusal yalnızlık ve toplam yalnızlık ile ölüm korku puanlarıise düşük bulundu. Evde sağlık hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisinin olduğu tespit edildi.

7.ÖNERİLER

- Yalnız yaşayan yaşlılara evde sağlık hizmeti hakkında bilgilendirme yapılarak hizmetten yararlanmaları sağlanmalıdır.
- Yaşlı bireylere ve yakınlarına evde sağlık hizmetinin ücretsiz olduğunun anlatılmalıdır.
- Yaşlı bireylerin evde sağlık hizmetinden yararlanmaları teşvik edilmelidir.
- Yaşlıların evde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.
- Evde sağlık hizmetleri konusunda daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] **Büken, N.Ö., & Büken, E.** (2003). Yaşlanma Olgusu ve Tıp Etiği. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(2), 75-79
- [2] **Akdemir, N., & Leman, B.** (2005). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Saner, Ankara: Sistem Ofset, (2)
- [3] **Coşkun, M.** (1998). *Samsun İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Bazı Sosyoekonomik Etmenleri*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- [4] **Danış, M.Z.** (2006). Toplum Temelli Bakım Anlayışı. *Özveri Dergisi*, 3, 44-47.
- [5] **Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., ... & Erdem, S.** (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3), 125-32.
- [6] **Ateş, M., & Taşdelen, P.** (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3): 22-29
- [7] **Cindoruk, M., Yetkin, İ., Şahin, M., Ekici, E., Görgül, A., & İleri, F.** (2010). Evde Bakım Hizmetleri. *Akad Geriatri*, 2:121-127.
- [8] **Aksayan, S., & Cimete, G.** (1998). Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri. *I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı*, İstanbul: MÜ Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi.
- [9] **Büken, N.Ö., & Büken, E.** (2003). Yaşlanma Olgusu ve Tıp Etiği. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(2), 75-79
- [10] **Danış, M.Z.** (2004). Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. Ankara : Güç-Vakfı Yayınları, 58-59.
- [11] **Akçoban, S.** (2020). *Evde Bakım Hastalarının Yaşan Kaliteleri ve Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [12] **Özer, Ö., & Şantaş, F.** (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2).
- [13] **Hasanefendioğlu, E.Z., Sezgin, M., Sungur, M.A., Çimen, B.Ö., İncel, A.N., & Şahin, G.** (2012). Kronik bel ağrılı hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi:

ağrı, klinik ve fonksiyonel durumun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 58:93-8

- [14] **Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A., & Vural, N.** (2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Geriatri* 3:133-140.
- [15] **Üstüner Top, F., Saraç, A. & Yaşar, G.** (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13, 14-22.
- [16] **Bernard, S.M.** (2013). Loneliness and Social Isolation Among Older People in North Yorkshire: Executive summary.
- [17] **Çoban, M., Esatoğlu, E.A., & İzgi, C.M.** (2014). Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 3(1):154-176.
- [18] **Can, Ö.S., & Ünal, N.** (2008). Evde Bakım ve Tedavi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(4), s 6-13.
- [19] **Annual Report.** (2004). Medical Management of the Home Care Patient. *American Association-American Academy of Home Care Physicians*, United States.
- [20] **Fadıloğlu, Ç., Ertem, G., & Aykar, Ş.F.** (2013). Evde Sağlık ve Bakım. Amasya: Göktuğ Basım ve Yayın Dağıtım, 3-12.
- [21] **Dağdeviren, S.T., Dağdeviren, M., Demir, N., Atatorun, M., Özşahin, O.A., & Adahan, D.** (2019). Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo- demografik özellikleri. *Ankara Medical Journal*, 19(2):232-43.
- [22] **Çatak, B., Kılınç, S.A., Badıllıoğlu, O., Sütü, S., Sofuoğlu, E.A., & Aslan, D.** (2012). Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1).
- [23] **World Health Organization [WHO] (2000).** Home-based long-term care. WHO Technical Report Series, 898.
- [24] **Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik.** (2005). *T.C. Resmi Gazete*, 25751, 10 Mart 2005.
- [25] **Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.** (2011). *T. C. Resmi Gazete*, 8751, 24 Şubat 2011.
- [26] **Sağlık Dairesi Başkanlığı.** Evde Sağlık Hizmetleri. 14.12.2022, 2022, <https://saglik.ibb.istanbul/evde-saglik-hizmeti-2-2/>
- [27] **Çayır, Y., Avşar, Z.Ü., Avşar, Ü., Cansever, Z., & Khan, S.A.** (2013). Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(3):9-12.

- [28]Güzel, Ç.E., & Toprak, D. (2018). Türkiye’de evde sağlık hizmetleri. *Klinik TıpAile Hekimliği Dergisi*,10(5):15-19.
- [29]Duke, M. (2017). International Encyclopedia of Public Health. Second edition, 64-68.
- [30]Çevirme, A.S., Yıldız, M., Aygin, D., & Kavaklı, B.(2011). Ev ziyaretleri sırasında verilen eğitim ve bakım hizmetlerinin Türkiye’deki hipertansiyonlu yaşlı bireylerin tansiyonlarının kontrolü ve yaşam davranışları üzerine olan etkinliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4).
- [31] Bilge, U., Elçioğlu, Ö., Ünalacak, M., & Ünlüoğlu, İ.(2014).Türkiye’de yaşlı evde bakım hizmetleri. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 3(1):1-8.
- [32] Reçepoğlu, E. (2013). Analyzing the relationship between prospective teachers ‘life satisfaction and attitudes concerning teaching profession. *H.U. Journal of Education*, 1, 311-326.
- [33] Erol, S., Sezer, A., Şişman, F. N. & Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 60-69.
- [34] Başterzi, A. D. & Ertekin Yazıcı, A. (2005). Yaşamın son yılları. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1(27), 50-53.
- [35] Zhang, J., Peng, J., Gao, P., Huang, H., Cao, Y., Zheng, L. & Miao, D. (2019). Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: Self-esteem as a mediator. *BMC Geriatrics*, 19, 308.
- [36] Sayın Kasar, K., Karaman, E., Say Şahin, D., Yıldırım, Y. & Şenuzun Aykar, F. (2016). Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 48-55.
- [37]Engin, E., Uğuryol, M. & Kaçmaz, E. D. (2016). Yalnızlık kavramı ve sağlıklı yaşam üzerine etkileri: gözden geçirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(42), 1101-105.
- [38] Oğlak, S. (2007). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10:100-8.
- [39] Altuntaş, M., Yilmazer, T.T., Güçlü, A.Y., & Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 20(3):153-158..
- [40]Çoban, M., &Esatoğlu, A.E. (2004). Home Care: An Overview, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History* 12 (2), s 109-120.
- [41] Nibbelink, C.W., & Brewer, B.B.(2018). Decision- making in nursing practice:An integrative literature review. *Journal of Nursing*, 27(5-6):917-928.
- [42] Aydın, D.(2005). Evde Bakım Hizmetleri Kitabı. 68-78.
- [43] Doğan, B.G., & Subaşı, N.P. (2006). Evde Bakım.

- [44] **Güler, Ç., & Akın, L.,**(Eds). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006. Bölüm 27.
- [45] **Canadian Home Care Assosiation.** (2008). Potraits of Home Care in Canada, Canada
- [46] **Matsuda, S., & Yamamoto, M.** (2001). Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japon. *International Journal of Integrated Care*,1:28.
- [47] **Kemaloğlu, M.**(2014). XI-XIII. Yüzyıl Türkiye Selçuklu Devletinde darüşşifalar hikmet yurdu. *DüşünceYorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*,7(3):289-301.
- [48] **Bayat, A. H.** (1985b). “Sabuncuoğlu Şerafeddin’in Hayatı ve Eserleri Hakkında Yayınlanmış Müstakil Kitap ve Makaleler”, Şerafeddin Sabuncuoğlu (1386-1470) 14 Mart 1985 Kayseri [Gevher Nesibe Sultan anısına düzenlenen “Şerafeddin Sabuncuoğlu Kongresi” tebliğleri], Ed.: A. Hulusi Köker, Yusuf Erdoğan, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Tarihi Enstitüsü Yayın No: 2, Kayseri, s. 195-200.
- [49] **Akdur, R.** (1998). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikaları Kitabı.23-24.
- [50] **Umumi Hıfzısıhha Kanunu** (1930). (Kanun No:1593 Kabul Tarihi:24.04.1930).
- [51] **Bahar, G., Bahar, A., & Savaş, H.A.** (2009). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12(4).
- [52] **Aslan, Ş., Uyar, S., & Güzel, Ş.**(2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1:55-56.
- [53] **Coşkun, N.** (2011). *Evde sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [54] **Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik.** (2015). *T. C. Resmi Gazete*, 29280, 27 Şubat 2015.
- [55] **Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü Makam Onayı.** (2017). 49644233-020- 435, 25 Mart 2017.
- [56] **694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname .** (2017). *T. C. Resmi Gazete*, 30280,24 Aralık 2017.
- [57] **T. C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü.** Evde Sağlık Hizmetleri, 12.01.2023, 2023. <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/evde.php>
- [58] **Tanlı, S.** (1996). *Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması, Bir İşletme Planı Önerisi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [59] **Council on Scientific Affairs.**(1990). Home Care in the 1990s, *The Journal oft he American Medical Assosiation*, 263, s 1241-1244

- [60] Akdemir, N., & Akkuş, Y. (2006). Rehabiliton and Nursing. *Hacettepe Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi*, 82-91.
- [61] Services, D. O. H. A. H. Federal Register Proposed Rules.Medicare Hospice Benefits. 2014. İletişim No.: 163.
- [62] Koffman, J., Higginson, I., & Naysmith, A. (1996). Hospice at HomeService for Patients with Advanced HIV/AIDS: A Pilot Evulation of Refferrals and outcomes, *British Journal of General Practice*, 46, 539- 540.
- [63] Çoban, M. (2008). Son Dönem Bakım Merkezlerinde (Hospice) Verilen Hizmetler, Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Uluslar arası Katılımlı, Antalya.
- [64] Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., & Özer, Z.(2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1).
- [65] Han, S.J., Kim, H.K., Storfjell, J., & Kim, M.J.(2013). Clinical outcomes and quality of life of home health care patients. *Asian Journal of Nursing*, 7(2):53-60.
- [66] Gürer, A., Çırpan, F.K., & Özlen, N.A. (2019). Yaşlı bakım hizmetleri. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 3(1), 1-6
- [67] Okan, F., Kavici Porsuk, S., Oğuz, S., Şengül, A., & Özben, F. (2023). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenlerinin İncelenmesi. *TOĞÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 173-183.
- [68] Kıran, İ., & Güçlü, A. (2022). Türkiye'de evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (13), 107-114.
- [69] Kıskaç, N., & Girgin, B.(2022). Evde Sağlık Hizmetlerinin Dünü, Bugünü ve Hemşirelerin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(3), 119-123.
- [70] Annak, B.B. (2005). *Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [71] Akçay, Ş., Aslan, D., Aydos, T.R., Erden Aki, Ö., Gökçe Kutsal, Y., Gülekon, A., ... & Sungur, C.İ. (2012). Birinci Basamak Temel Geriatri. *Yaşam Kalitesi: Yaşlılık Dönemine Dair Öne Çıkanlar*. 42-45.
- [72] WHOQOL GROUP. (1996). What Quality of Life, World Health Forum 17.
- [73] Boylu, A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15).

- [74] **Eser, E.Arı, Z.** (2012). (Haz.). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu:4 Mayıs 2012-İzmir: Konferanslar Konuşma Metinleri*, 2-5.
- [75] **Roscoe, L.J.** (2009). Wellness: a review of theory and measurement for counselor. *Journal of Counseling and Development*, 87:216-226.
- [76] **Horton, B.W., & Synder, C.S.** (2009). Wellness: its impact on students' grades and implications for business. *Journal of Human Resources in Hospitality and Tourism*, 8:215-233.
- [77] **Canatan, A.** (2016). Yaşlılıkta Sosyal İlişkiler ve Kuşaklararası Etkileşim. Harun Ceylan (Ed.), *Yaşlılık Sosyolojisi*.139-155.
- [78] **Konak, A.,& Çiğdem, Y.**(2005). Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1): 23-63.
- [79] **Seviğ, Ü.** (1992). Sağlıklı Yaşlanma İçin Temel Sağlık Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı*, Ankara: Başkanlık-SHÇEK Basımevi, 149-151.
- [80] **Ersanlı, E.** (2008). Yaşlıya bakım hizmetleri. K. Ersanlı & M. Kalkan, (Ed.), *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açısından Yaşlılık Kitabı*, Ankara: Pegem Akademi, 184-191.
- [81] **Yelboğa, N.** (2017). Yaşlılıkta ölüm anksiyetesi. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 7(2), 53-68.
- [82] **Beğer, T. & Yavuzer, H.** (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, (25), 1-3.
- [83] **Özen, D.** (2008). *Huzurevinde yaşayan yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine etkisi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [84] **Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı.**(2007). Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yayın No Dpt: 2741 <https://www.aile.gov.tr/media/33628/turkiyede-yaslilarin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-plani.pdf>Erişim Tarihi: 13.01.2023.
- [85] **Korkmaz, A. & Korkut, G.** (2018). Gümüş ekonomi ve aktif yaşlanma bağlamında toplumsal katılım. *İş ve Hayat Dergisi*, 4(8), 257-272.
- [86] **Koşar, N. G.** (1996). *Sosyal hizmetlerde yaşlı refah alanı*. Ankara: Şafak matbaacılık.
- [87] **Muis, I., Agustang, A. & Adam, A.** (2020). Elderly poverty: Social demographic, work distribution, problem health & social protection. *Asian Journal of Social Sciences & Humanities*, 9(1), 40-48.

- [88] **Cankurtaran, M.** (2011). Yaşlılık, yaşlanma mekanizmaları, antiaging ve yaşam tarzı değişiklikleri. 7. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, Bursa.
- [89] **Güneş, G., Demircioğlu, N., & Karaoğlu, L.** (2005). Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(2), 78-83.
- [90] **Kaptan, G.** (2012). Geriatrik Bakım İlkeleri. İstanbul: Nobel Yayınevi.
- [91] **Nalbant, S.** (2006). Yaşlanmanın biyolojisi. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, (52), 12-17.
- [92] **Arpacı, F.** (2005). Farklı boyutlarıyla yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları.
- [93] **Karadelioğlu, P.** (2011). *Huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumlarının ölüm kaygı düzeyine etkisi*. Doktora Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [94] **Bilgili, N. & Kitiş, Y.** (2017). Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı. Ankara: Vize Yayıncılık.
- [95] **Özbek, A. & Leutz, G.** (1987). Psikodrama: Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim. Ankara: Has-Soy Matbaası.
- [96] **Öztürk, K. Z.** (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- [97] **Templer, D.I., Lester, D., & Ruff, C.F.** (1974). Fear of Death and Feminity. *Psychological Reports*; 35:530
- [98] **Gilliand, J.C., & Templer, D.I.** (1986). Relationship of Death Anxiety Scala Factor to Subjective States. *Omega*; 16(2) 155-167,
- [99] **Kaya, M., & Aslan, D.** (2007). Ankara’da Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan yaş Ve Üzeri Bireylerin Sosyal Yaşama Katılım İle İlgili Bazı Davranışları Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Bildiri Kitabı, 290.
- [100] **Sarkisian, C.A., Lee-Henderson, M.H., & Mangione, B.C.M.** (2003). Depressed Older Adults Who Attribute Depression To “Old Age” Believe It Is Important To Seek Care? *J Gen Intern Med*, 18: 1001- 1005.
- [101] **Moreno, R.P.** (2008-2009). The Seneca Gerontological Centre of Investigation, Cordoba Spain. Death Anxiety in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Spain, *Omega*, 58(1): 61-76.
- [102] **Aydın, M.** (1999). Din Felsefesi 7. Baskı, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları.
- [103] **Geçtan, E.** (1984). İnsan Olmak: Varoluşun Bireysel ve Toplumsal Anlamı. İstanbul: Adam Yayıncılık, 300.

- [104]**Aksu, T., & Okçay, H.** (2010). Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 5(14):113-126
- [105]**Balcı-Yapalak, A., N.** (2020). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- [106]**Peplau, L., A. ve Perlman, D.** (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau and D Perlman (eds) *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*, New York: Wiley-Interscience.
- [107]**Blazer, D. G.** (2002). Self-efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal. *Aging Mental Health* 6, 315–324.
- [108]**Akbaş, E., Yiğitoğlu, G. T., & Çunkuş, N.** (2020). Yaşlılıkta sosyal izolasyon ve yalnızlık. *OPUS International Journal of Society Researches*, 15(26), 4540-4562.
- [109]**Erol, S., Sezer, A., Şişman, F. N. & Öztürk, S.** (2016). Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 60-69.
- [110]**Çam, C., Atay, E. & Işık, B.** (2018). Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(2), 50-67.
- [111]**Şimşek, N., Küçük Öztürk, G. & Yüceler Kaçmaz, H.** (2018). Yaşlılık ve yalnızlık. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(58), 496-499.
- [112]**Weiss, R. S.** (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.
- [113]**Öz, F.** (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık, 149-155.
- [114]**Chou, K.L., & Chi, I.** (2005). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldestold. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 41–50
- [115]**Recepoğlu, E.** (2013). Analyzing the relationship between prospective teachers „life satisfaction and attitudes concerning teaching profession. *H.U. Journal Of Education*, 1: 311-326.
- [116]**Ceyhan, S.** (2005). Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- [117]**Pierce, L.L., Wilkinson, L.K., & Anderson, J.** (2003). Analysis of the concept of aloneness. As applied to older women being treated for depression. *J Gerontol Nurs*, 29(7):20- 5.
- [118]**Andersson, L., & Stevens, N.** (1993). Associations Between Early Experiences With Parents and Well-being in Old Age. *Journal of Gerontology*, 48(3).

- [119]Clark, M., & Anderson, B.G. (1967). Culture and aging. An anthropological study of older Americans. Springfield, Ill: Charles C. Thomas Publisher.
- [120]Holmen K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 43-51.
- [121]Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences Of Loneliness In Older Adults: A meta Analysis. *Basic And Applied Social Psychology*, 23,245-267.
- [122]Sherbourne, C. D., & Hays, R. D. (1990). Marital Status, Social Support, and Health Transitions in Chronic Disease Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(4), 328.
- [123]Kapıkıran, Ş. (2016). Yaşlılarda Yalnızlık ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki: Sosyal Desteğin Aracılık Rolünün Sınanması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9, 13- 25.
- [124]Ülker-Tümlü, G., & Receptoğlu, E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Yükseköğretim Ve Bilim Dergisi*, 3(3), 205-213.
- [125]Holmen K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 43-51.
- [126]Mullins, L.C., Elston, C.H., & Gutkowski, S.M.(1996). Social determinants of loneliness among older Americans. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 122 (4), 453–473.
- [127]Victor, C., Scambler, S., Bowling, A., & Bondt, J.,(2005). The prevalence of and risk factors for loneliness in old age: a review and model refinement. *Ageing and Society* 16, 333–358.
- [128]Hicks Jr., & T.J.(2000). What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (8), 15–19.
- [129]Aartsen, M., & Jylha, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8, 31–38.
- [130]Dykstra, P.A., Van Tilburg, T.G., & de Jong Gierveld, J. (2005).Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27(6), 725–747.
- [131]Nyqvist, F., Cattani, M., Andersson, L., Forsman, A.K., & Gustafson, Y. (2013). Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: A comparative study. *Journal of Aging and Health*, 25(6), 1013–1035.

- [132]Çevik Akyl, R., Adıbelli, D., Erdem, N., Kırağ, N., Aktaş, B. & Karadakovan, A. (2018). Huzurevinde ve evde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 33-41.
- [133]De Guzman, A.B., Maravilla, K.N., Maravilla, V.M., Marfil, J.D., Mariñas, J.R., & Marquez, J.B. (2012). Correlates of geriatric loneliness in Philippine nursing homes: A multiple regression model. *Educational Gerontology*, 38(8), 563–575.
- [134]Hoşoğlu, T. K., & Ümmet, D. (2021). Huzurevinde Bulunan Yaşlıların Yalnızlık Algısı ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Manas Journal of Social Studies*, 10(1), 463-475.
- [135]Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1):41-67.
- [136]VanderWeele, T.J., Hawkey, L.C., Cacioppo, J.T. (2012). On the Reciprocal Association Between Loneliness and Subjective Well-being. *American Journal of Epidemiology*, 176(9):777-84.
- [137]Hawkey, L.C., Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2):218-27.
- [138]Löfvenmark, C., Mattiasson, A-C., Billing, E., Edner, M. (2009). Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(4):251-8.
- [139]Routasalo, P.E., Tilvis, R.S., Kautiainen, H., Pitkala, K.H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 65(2):297-305.
- [140]Eser, S., Saath, G., Eser, E., Baydur, H., & Fidaner, C. (2010). The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old). *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 37-48.
- [141]Şenol, C. (1989). Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüm İlişkin Kaygı ve Korkular. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [142]Akgül, H., & Yeşilyaprak, B. (2015). “Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği” nin Türk Kültürüne Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1).

- [143]Taşdemir, R. A., & Ferdane Oğuzöncül, A. (2020). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 17(2), 11-28.
- [144]Uzan, M. M., Uzan, G. S., Sarıkaya, D., & Toprak, D.(2018). “E2 Tipi İlçe Devlet Hastanesinde Evde Sağlık Hizmetleri.” *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(5): 11–14.
- [145]Çalışkan, T., & Esen, H.(2020). Yaşlanan Nüfus Gereksinimlerine Yönelik: Evde Sağlık Hizmetleri 2020 Yılı Değerlendirmesi Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(3), 514-522.
- [146]Karaman, D., Kara, D., & Atar, N. Y.(2015). “Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının Ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi:Zonguldak Örneği.” *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,4(3): 347–59.
- [147]Maç, Ç E.(2018). “Erfelek İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.” *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* 10(5): 1–6.
- [148]Güdük, Ö., Güdük, Ö., & Sertbaş, Y. (2021). Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Hastaların Karakteristik Özellikleri ve Hizmet Talebinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 78-83.
- [149]Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A., & Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- [150]Artantaş, A. B., & Köroğlu, F. T. (2019). Bir hastane bünyesindeki evde sağlık birimi tarafından verilen hizmetlerin değerlendirilmesi: 2018 yılı istatistikleri. *Ankara Medical Journal*, 19(1), 170-177.
- [151]Yağız, G. (2020). Emekli Bireylerde Kronik Hastalık Düzeylerinin Fiziksel Aktivite, Düşme ve Denge Üzerine Etkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [152]Vandiver, T., Anderson, T., Boston, B., Bowers, C., & Hall, N.(2018). Community –based home health programs and chronic disease: synthesis of the literature. *Profesional Case Management of Journal*, 23(1):25-31.
- [153]Chang, H.T, Lai, H.Y, Hwang, I.H, H,o M.M, &Hwang, S.J,(2010). Home healthcare services in Taiwan: a nationwide study among the older population, *BMC Health Services Research*, 10, 274-280.
- [154]Bergquist, S. (2003). Pressure Ulcer Prediction in Older Adults Receiving Home Health Care: Implications for Use with the OASIS, *Advances In Skin & Wound Care*, 16(3), 132-139.

- [155]Uçakkuş, P., & Yıldırım, T. (2021). Evde Sağlık Hizmeti Alan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 319-334.
- [156]Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N., & Cavlak, U. (2009). “Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1), 48-60.)
- [157]Ekici, E. (2020). Covid 19 pandemisi sürecinde yaşlı bireylerin bakım yönetimi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 145-152.
- [158]Gökulu, G., Uhocak, Ş., Aslan, C., & Bilir, O. (2014). “Çanakkale Merkezindeki 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”. *Journal of International Social Research*, 7(34), 666-677.
- [159]Uysal, A. (2002). Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 5(5).
- [160]Karakuş, G. (2019). Genel cerrahi servislerinde yatan 60 yaş üzeri hastaların bilişsel fonksiyonlarının, uyku ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [161]Kahraman, B., Uğur, T. D., Girgin, D., & Koçak, A. B. (2022). COVID-19 Döneminde Yaşlı Olmak: 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Pandemi Sürecinde Yaşadığı Sorunlar. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*.
- [162]Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global Health Research Policy*, 5(1),27.
- [163]Tufan, İ., Kılavuz, A., Özgür, Ö., Ayan, F. S., Gürdal, F. Y., & Engin, B. (2019). Türkiye'de gerontoloji atlası: Yaşlı yoksulluğu ve yalnızlık üzerine bulgular. *Geriatik Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-7.
- [164]Doğanay, G., & Çopur, Z. (2020). Yaşlı nüfusun COVID-19 salgınına ilişkin görüşleri: Giresun ili örneği. *Türk Coğrafya Dergisi*, 76, 59-74.
- [165]Kalaycı, I. (2015). Yaşlılık statüsü, rolleri açısiındanyaşlıların toplumsal beklentileri ve sorunları (Isparta Örneği). Yayınlanmış Doktora Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [166]Takagi, E., Saito, Y. and Chan, A. (2020). Gender differences in the association between social relationships and loneliness among older adults in Singapore. *Journal of Population Research*.
- [167]Ağırman, E., Gençer, M. Z., Arıca, S., Kaya, E. & Eğici, M. T. (2017). Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. *J Contemp Med*, 7(3), 234-240.

- [168]Keskin, G., Dülgerler, Ş., Engin, E., Bilge, A., Özer, S. & Peker, S. (2018). Yaşlılarda ölüm anksiyetesi: Günlük yaşama katılımları ile ilişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(3), 383- 393.
- [169]Örsal, Ö., Yenilmez, Ç., Çelik, N. & Işıklı, B. (2012). Huzurevinde ve evinde yaşayan yaşlılarda ölüm anksiyetesi ve sosyal destek arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3), 332-338.
- [170]Tel, H., Koç, M., & Aydın, H. T. (2020). Evde yaşayan yaşlılarda yalnızlık, yaşam doyumu ve ölüm kaygısının belirlenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 1-10.
- [171]Liu, L. J., & Guo, Q. (2007). “Loneliness And Health-Related Quality Of Life For The Empty Nest Elderly in The Rural Area Of A Mountainous County in China”. *Quality of Life Research*, 16(8), 1275-1280.
- [172]Faruk, A. Y., Akkaya, D., & Başbüyük, G. Ö. (2019). Yaşam Kalitesinin Yalnızlık Üzerindeki Etkisi: Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesi Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 43(2), 193-210.

EKLER

EK A: Kişisel Bilgi Formu

EH B: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü

EK C: Ölüm Kaygısı Ölçeği

EK D: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

EK E: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni

EK F: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü
Kullanım İzni

EK G: Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni

EK H: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği Kullanım İzni

EK I: Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu
Bilimsel Çalışma İzni

EK İ: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK A: Kişisel Bilgi Formu

1) Yaşınız

2) Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

3) Medeni Durumunuz

() Evli () Bekâr () Boşanmış () Dul

4) Eğitim Durumunuz:

() İlköğretim () Ortaöğretim () Üniversite ve Üzeri

5) Kiminle Yaşıyorsunuz?

() Eşimle () Çocuklarımla () Bakıcımla () Yalnız

6) Çocuğunuz Var mı?

() Evet () Hayır

7) Size Bakımınızda Yardımcı Olan Birisi Var mı?

() Evet () Hayır

8) Gelir Miktarınız:

() Gelir giderden az () Gelir gider eşit () Gelir giderden fazla

9) Kronik Hastalıklarınız Var mı?

() Evet () Hayır

10)Kronik Hastalığınız Var İse Nelerdir?

☐ Kardiyovasküler Hastalık

☐ Diyabetes Mellitus

☐ Hipertansiyon

☐ Kronik akciğer hastalığı

☐Kanser

☐Kronik Böbrek Yetmezliği

☐Diğer

11) Sürekli İlaç Kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

12) Sağlık Güvenceniz:

☐ Var ☐ Yok

13) Hangi semtte ikamet ediyorsunuz?

☐ Eyüpsultan ☐ Beyoğlu ☐ Beşiktaş ☐ Şişli ☐ Kağıthane ☐ Sarıyer

14)Ne kadar süredir evde sağlık hizmeti alıyorsunuz?

☐ 6 ay ☐ 1 yıl ☐ 1 yıldan uzun

15)Evde sağlık hizmetlerinin hangi alanlarından yararlanıyorsunuz?

☐ Hekim / Muayene

☐ Hemşire / Bakım

16) Covid geçirdiniz mi?

() Evet

() Hayır

17) Geçirdiyseniz ne zaman geçirdiniz?

() 6 ay önce

() 1 yıl önce

() 2 yıl önce

18) Kaç kez covid geçirdiniz?

() 1 kez

() 2 kez

() Daha fazla



EK B: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü

Yönerge

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığını 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.

Yardımanız için teşekkür ederiz

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde örneğin seçme özgürlüğü ve hayatınızı kontrol edebilme duygusu gibi belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır. Eğer bu duyguları aşırı derecede yaşadığınız 5'i, "hiç yaşamadım" diyorsanız 1'i daire içine alın. Size uygun cevap bu iki başlık arasındaysa 1 ile 5

arasındaki başlıklardan size en yakın olanı işaretleyin. Sorular geçen iki hafta boyunca hissettiklerinizi kapsamaktadır.

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	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

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

5.(F 26.4) Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısındasınız?

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

8. (F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	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, örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığınız veya dolaşabildiğiniz ile ilgilidir. Eğer bunları tam olarak yapabiliyorsanız “tamamen” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine alınız. Eğer bunları hiç yapamıyorsanız o zaman da “hiç” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine almalısınız. Size uygun yanıt “hiç” ve “tamamen” arasında bir yere tekabül ediyorsa bu sayılardan size en uygun geleni işaretleyin. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

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	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

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

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

Hiç memnun değilim	Çok az	Orta derece	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	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
-----	--------	---------------	-------	----------------

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. Örneğin, toplumsal hayata katılımınız veya yaşam içinde başarabildiğiniz şeyler. Yaşamınızın her bir yönünden ne kadar hoşnut olup olmadığınıza karar verin ve bunu en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

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 Çok 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 Çok 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 Çok 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 Çok 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 Çok 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

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürüm

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?

.....

Yardıminız için teşekkür ederiz.

EK C: Ölüm Kaygısı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerden biri size uygun düşüyorsa veya büyük ölçüde uygunsa “D” harfini yuvarlak içine alınız. Eğer uymuyorsa veya büyük ölçüde size uygun olmayan bir ifade ise “Y” harfini yuvarlak içine alınız.

- | | | |
|---|---|---|
| 1.Ölmekten çok korkuyorum. | D | Y |
| 2.Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir. | D | Y |
| 3.Birileri ölüm ile ilgili konuşmalar yaparken tedirgin olmam. | D | Y |
| 4.Ameliyat olmak zorunda kalmak düşüncesi beni korkutur. | D | Y |
| 5.Ölmekten pek de korkmam. | D | Y |
| 6.Kanser hastalığına yakalanmak konusunda özel bir korkum yoktur. | D | Y |
| 7.Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez. | D | Y |
| 8.Zamanın büyük bir hızla uçup gidiyor olması beni sık sık huzursuz eder. | D | Y |
| 9.Acı çekerek ölmekten korkuyorum. | D | Y |
| 10.Ölümden sonra hayat konusu benim için ciddi bir problem oluşturmaktadır. | D | Y |
| 11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum. | D | Y |
| 12.Sık sık hayatın gerçekten ne kadar kısa olduğunu düşünürüm. | D | Y |
| 13.Birilerinin Üçüncü Dünya Savaş hakkında konuştuklarını duyarsam ürperirim. | D | Y |
| 14.Ölü bir insan vücudu görmek bana korku verir. | D | Y |
| 15.Gelecekte korkmamı gerektirecek hiçbir şey olmadığını hissediyorum. | D | Y |

EK D: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

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

Evet Olabilir Hayır

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

EK E: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.07.2022-70762



T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Teknoloji Transfer Ofisi
Etik Kurullar Birimi

Sayı : E-54022451-050.05.04-70762
Konu : Etik Kurul Kararı - Türkinaz AŞTI

27.07.2022

Sayın Prof.Dr. Türkinaz AŞTI

2022/224 numaralı ""Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin Yalnızlık ve Ölüm Korkusuyla İlişkisi" başlıklı başvurunuz Üniversitemiz Etik Kurullar Birimi'nin 19.07.2022 tarihli, 16 sayılı Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında değerlendirilmiş olup, mevcudan oy birliğiyle onaylanmasına karar verilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof.Dr. İsmail MERAL
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Dijitalizasyon Kodu : B5A4C3PPT3 Pin Kodu : 26972

Belge Takip Adresi : <https://bakiya.gov.tr/belge/54022451-050.05.04-70762>

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adına: Menderes Bulbul (Yatırımcı Cadde)
Etilik/İstanbul
Telefon No:(212) 523 22 88 Faks No:(212) 523 23 36
e-Posta: info@bezmialem.edu.tr İnternet Adresi: www.bezmialem.edu.tr

Bağlı İsim: Gözül İZZET
Uzman: Uzman Yardımcısı



Bu belgenin güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

EK F: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü Kullanım İzni



Erhan Eser <erhanese@gmail.com>

Alıcı: ben

6 Nis 2022 Çar 15:44 ☆ ↶ ⋮

Sayın kullanıcı,
(Fatmanur Yanartaş)

Bu iletimin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD) 'in Türkçe sürümünü, ölçeğe ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanızın ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "[Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz](#)". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL-OLD ulusal haruzu için gerekli olması nedeniyle) sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL-OLD boyut (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını old_01 old_02 old_03 old_04 ...old_28 old_24 biçiminde giriniz.

Not: Bu ölçeğe sadece "yaşlıya özel" boyutlar uygulanmaktadır. Buna ek olarak erişkinlerin genel soruları için ek bir ölçek kullanılması da öneriyoruz. Bu amaçla bu iletimin ekinde WHOQOL-8 (Eurohis) ölçeğini de gönderiyoruz. tercih sizindir.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser
WHOQOL Türkiye Merkezi
Tel: 0 236 233 8506- 127
Faks: 0236 233 14 66
erhanese@gmail.com
www.sagvaskad.net

-

Prof. Dr. Erhan Eser
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
WHOQOL Türkiye İletişim Merkezi
236 2338508-128
236 233 14 66 (faks)

Prof. Dr. Erhan Eser
Manisa Celal Bayar University School of Medicine Dept. of Public Health
WHOQOL Group Collaboration Center, Turkey
+90 236 2338508-127

EK G: Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni

Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması kullanın izni



Gelen Kutusu x



Fatmanur Yanartaş

16 Mayıs Pzt 19:12 (13 gün önce) ☆

Sayın Hocam,Ben Fatmanur Yanartaş. Eyüpsultan devlet hastanesi evde sağlık biriminde hemşire olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda Bezmialem Vakı...



Figen AKÇA

16 Mayıs Pzt 21:13 (13 gün önce) ☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Fatmanur

Ölçeği kullanmada benim açımdan bir sakınca görülmemektedir

Çalışmalarında başarılar diliyorum

Dr. Figen Akça

16 May 2022 Pzt, saat 19:12 tarihinde Fatmanur Yanartaş <fatmanuryanartas@gmail.com> şunu yazdı:

EK H: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği Kullanım İzni

Yaşlılar için yalnızlık ölçeği kullanım izni

Gelen Kutusu x



Fatmanur Yanartaş

10 Mayıs Sal 18:13 ☆

Sayın Hocam,Ben Fatmanur Yanartaş. Eyüpsultan devlet hastanesi evde sağlık biriminde hemşire olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda Bezmialem Vakı...



hanife akgul

11 Mayıs Çar 23:27 ☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba Fatma,

İstedğin belgeler ektedir. Çalışmada başarılar diliyorum.

Fatmanur Yanartaş <fatmanuryanartas@gmail.com>, 10 May 2022 Sal, 18:13 tarihinde şunu yazdı:

Doç. Dr. Hanife AKGÜL

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Eğitim Bilimleri Bölümü

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Tel: 0286 217 13 03- hanifeakgul@comu.edu.tr

**EK I: Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi
Kurulu Bilimsel Çalışma İzni**



EK İ: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				
	Ünvanınız/Konu: ENF-GÖN-ERB-R001-001	Yayın Tarihi: 17.09.2019	Birinciyen No: 01	Birinciyen Tarihi: 01.06.2022	Sayfa 1 / 2

ÇALIŞMANIN ADI: Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin Yalnızlık Ve Ölüm Korkusuyla İlişkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu** imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI

Bu çalışmada, evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin yalnızlık ve ölüm korkusunda ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ

Çalışma kapsamında, çalışmaya katılan yaşlı bireylerin demografik bilgileri, ölüm kaygıları, yalnızlık durumu ve yaşam kaliteleriyle ilgili bazı sorular sorulup bilgi edinilecektir. Demografik bilgi formunda katılımcının eğitim bilgileri, ~~yaş~~-demografik özellikleri ve mevcut hastalıkları hakkında bilgi toplanacaktır. Katılımcıların ölüm kaygı seviyelerini belirlemek için de 15 sorudan oluşan ve doğruyanış şeklinde cevaplanan form kullanılacaktır. Katılımcıların yalnızlık durumlarının değerlendirilmesinde ise duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık olarak iki alt boyuttan oluşan ölçek formu kullanılacaktır. Elde edilen veriler katılımcının yaşam kalitesiyle ilişkilendirilerek etkiler değerlendirilecektir. Aynı sorular hem evde sağlık hizmeti alan hem de olmayan yaşlı bireylere sorulacaktır. Böylelikle iki farklı katılımcı grubu karşılaştırılmış olacaktır. Katılımcıya telefon görüşmesi ile ön bilgi verilecek, ardından veri formu kişiye iletilecektir. Veri formları herkes tarafından anlaşılır şekildedir.

ÇALIŞMADA YER ALMAMAN YARARLARI NELERDİR?

Çalışmadan tıbbi olarak bir yarar sağlanamayacak ancak çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir. Yalnızca araştırma amaçlı bir çalışma olup doğrudan yarar görmenizi beklenmemektedir.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMAN MALİYETİ NEDİR?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				
	Ünvanınız/Konu: ENF-GÖN-ERB-R001-001	Yayın Tarihi: 17.09.2019	Birinciyen No: 01	Birinciyen Tarihi: 01.06.2022	Sayfa 2 / 2

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu forma imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılsanız, araştırmacı tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yitirden araştırmacı çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma araştırmacılarımız kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

ADI : ~~İsmet~~ Yanartaş
GÖREVİ : Hemşire
TELEFON :

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı		Tarih ve İmza	
Telefon			
Vasi (var ise) Adı Soyadı		Tarih ve İmza	
Telefon			
Görüşme Tamgı Adı Soyadı		Tarih ve İmza	
Telefon			
Araştırmacı Adı Soyadı		Tarih ve İmza	
Telefon			

ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Fatmanur YANARTAŞ

Doğum Tarihi ve Yeri :

E-posta :

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

1. 2020 Temmuz – Kasım Medipol Mega Üniversite Hastanesi’nde KVC Yoğun Bakım
2. 2021 Haziran – Eylül Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi’nde Genel Cerrahi Servisi
3. 2022 Şubat – halen Eyüpsultan Devlet Hastanesi’nde Karma Cerrahi Servisi’nde hemşire olarak çalışıyor.