

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞLI SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YAŞLI SAĞLIĞI VE BAKIMI DOKTORA PROGRAMI
DR-2022-0004

BAKIM VERENLERE UYGULANAN YAPILANDIRILMIŞ
SOSYAL DESTEK PROGRAMININ BAKIM VERME YÜKÜ
VE SOSYAL DESTEK ALGISINA ETKİSİ

ÜLKÜ NUR SÖKMEN
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
TPF-18020 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2022

TEŞEKKÜR

Öncelikle, yaşlı sağlığı ve bakımı doktora programına katılmamı teşvik eden ve akademik eğitimim boyunca, her konudaki bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, olumlu tavrıyla beni cesaretlendiren, beraber çalışmaktan ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Güzel Dişçigil' e,

Tez İzleme Komitesindeki değerli hocalarım Prof. Dr. Rahşan Çevik Akyıl ve Prof. Dr. Kayhan Delibaş'a,

Lisansüstü eğitimim boyunca bizlere deneyim ve bilgilerini aktaran tüm yaşlı sağlığı anabilim dalı öğretim üyelerine,

Tezimin istatistiksel analizine destek veren Prof. Dr. Filiz Abacıgil' e,

Araştırmanın uygulamasına olanak sağlayan dönemin Söke ilçe sağlık müdürü Dr. Ömer Kürşat Er'e, çalışmanın uygulaması aşamasında her türlü desteğini aldığım çalışma arkadaşım Aile sağlığı çalışanı Belgin Cancı ve diğer Sarıkemer Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Her zaman desteklerini hissettiğim canım annem ve babama,

Sevgileri ve bana olan inançlarıyla her zaman yanımda olan sevgili eşim Nebi Sökmen'e ve çocuklarım Selin ve Denizhan'a teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yaşlılık Kavramı	3
2.2. Yaşlı Bakımı ve Bakım Veren Yükü.....	4
2.2.1. Yaşlı Bakımı	4
2.2.2. Bakım Yükü.....	6
2.2.3. Bakım Yükü ile İlişkili Yaşlıya Ait Faktörler	7
2.2.3.1. Demansı Olan Yaşlı.....	7
2.2.3.2. Çoklu İlaç kullanımı	8
2.2.3.3. Düşmeler ve Ev Güvenliği	9
2.2.3.5. İdrar Kaçırma.....	11
2.2.3.6. Sarkopeni (Kas Erimesi).....	12
2.2.3.7. Beslenme	13
2.2.4. Bakım Veren Yaşadığı Stres ve Baş Etme Yolları.....	14
2.3. Sosyal Destek	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20

3.1. Gereç.....	20
3.1.1. Çalışma Tasarımı.....	20
3.1.2. Çalışmada Kullanılan Form, Ölçek ve Araçlar	22
3.1.2.1. Bakım Veren Anket Formu	23
3.1.2.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri (Katz activities of Daily living).....	23
3.1.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS)	23
3.1.2.4. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	24
3.1.2.5. Bakım Verenlere Uygulanan Eğitim Sunumu	25
3.2. Yöntem	25
3.2.1. Yapılandırılmış Sosyal Destek Programının Uygulanması.....	25
3.2.2. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri	28
3.2.3. Çalışmadan Çıkarılma Nedenleri.....	28
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA.....	58
5.1. Yapılandırılmış Sosyal Destek Programının Bakım Verme Yüğü Üzerine Etkisi.....	58
5.2. Yapılandırılmış Sosyal Destek Programının Sosyal Destek Algısı Üzerine Etkisi.....	62
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	65
KAYNAKLAR.....	67
EKLER	77
Ek 1. TC SAĞLIK Bakanlığı Söke İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Söke Kaymakamlığı araştırma ön izin yazıları	77
Ek 2. ADÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı	79
Ek 3. Bakım Veren Anket Formu.....	80
Ek 4. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	85

Ek 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	86
Ek 6. Bakım Verme Yükü Ölçeği.....	87
Ek 7. Bakım Verenlere Uygulanan Eğitim Sunumu	89
Ek 8. İletişim Bilgi Formu.....	101
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	102
ÖZ GEÇMİŞ.....	103



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BVYÖ	: Bakım Verme Yüğü Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
PPT	: Power Point
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Kronolojik Akış Şeması	20
Şekil 2. Örneklem Akış Şeması.....	22
Şekil 3. Yapılandırılmış Sosyal destek programının uygulanma şeması	27



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. YSDP Uygulanan ve Uygulanmayan Bakım Veren Kişilerin Yaş özellikleri	30
Tablo 2. YSDP uygulanan ve Uygulanmayan Bakım Veren Kişilerin sosyo-demografik özellikleri	32
Tablo 3. YSDP uygulanan ve Uygulanmayan Bakım Veren Kişilerin ekonomik durumları ile ilgili özellikleri	33
Tablo 4. YSDP uygulanan ve Uygulanmayan Bakım Veren Kişilerin bakım verme süreleri ile ilişkili özellikleri	34
Tablo 5. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin bakım süreçleri ile ilişkili durum ve düşünceleri	36
Tablo 6. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin sorun yaşama durumları	38
Tablo 7. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin fiziksel sorunlarının karşılaştırılması	40
Tablo 8. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin psikolojik sorunlarının karşılaştırılması	42
Tablo 9. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin sosyal sorunlarının karşılaştırılması	44
Tablo 10. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerde bakım verme ilişkili eğitim ile , ilgili özellikleri	45
Tablo 11. Bakım alan yaşlıların gruplardaki yaşlarının karşılaştırılması	45
Tablo 12. Bakım alan yaşlıların YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplardaki sosyo demografik özelliklerinin karşılaştırılması	48
Tablo 13. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBASDÖ skorlarının karşılaştırılması	49
Tablo 14. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBASDÖ Aile Alt Boyutu skorlarının karşılaştırılması	50

Tablo 15. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBASDÖ Arkadaş Alt Boyutu skorlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 16. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBASDÖ Özel İnsan Alt Boyutu skorlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 17. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin BVYÖ skorlarının karşılaştırılması	52
Tablo 18. YSDP uygulanan bakım verenlere uygulanan ölçeklerin ön ve son test skorlarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 19. YSDP uygulanmayan bakım verenlere uygulanan ölçeklerin ön ve son test skorlarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 20. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBSDÖ ve BVYÖ skorlarındaki değişimlerin karşılaştırılması	57

ÖZET

BAKIM VERENLERE UYGULANAN YAPILANDIRILMIŞ SOSYAL DESTEK PROGRAMININ BAKIM VERME YÜKÜ VE SOSYAL DESTEK ALGISINA ETKİSİ

Sökmen Ü. N., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İnterdisipliner Yaşlı Sağlığı Ve Bakımı Programı Doktora Tezi, Aydın, 2022

Amaç: Bağımlı yaşlıların bakım ihtiyaçları büyük oranda aile bireyleri tarafından karşılandığı ve bu sürecin bakım verenlerde fiziksel, sosyal ve ekonomik zorlanmalara neden olduğu bilinmektedir. Bakım verenin üzerindeki bu yükün azaltılmasında sosyal desteğin rolü çok yaygın olarak kabul görmektedir. Bu çalışmada yaşlılara bakım veren kişilerin sosyal destek algılarının belirlenmesi ve ‘Yapılandırılmış Sosyal Destek Programının’ bakım verenlerin yükü ve sosyal destek algılarına etkisinin ortaya konması amaçlanmıştır. Bakım verenlere yönelik sosyal desteği güçlendirmek amacıyla kullanılmak üzere bir “Sosyal Destek Program Modeli” ortaya koymak ve bu alanda yapılacak başka çalışmalara da katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Mart 2018 ve Aralık 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya Söke Sarıkemer Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı 65 yaş üstü bağımlı yaşlıya bakım veren 85 kişi dahil edilmiştir. Çalışma kriterlerine uymayan 30 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. Bakım verenlerin 20’sine yapılandırılmış sosyal destek programı uygulanırken, 35’i kontrol grubu olarak değerlendirildi. Yapılandırılmış sosyal destek programı telefon iletişim ağı kurulması, eğitim ve egzersiz bileşenlerinden oluşturuldu. Tüm katılımcılara başlangıçta ve 8. haftanın sonunda Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulandı. Ölçeklerin ön test, son test skorları ve bu skorlarda meydana gelen değişimlerin istatistiksel analizleri SPSS 22.0 versiyonu kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Yapılandırılmış Sosyal destek programının uygulanması sonucunda bu desteği almayan grupta bakım verme yükünde anlamlı artış saptandı. Sosyal destek programını alan grupta ise sosyal destek algısı ile bunun arkadaş, aile ve özel insan alt ölçeklerinde anlamlı bir artış olduğu görüldü. Sosyal destek almayan grupta ise algılanan sosyal desteğin aile ve

arkadaş alt ölçekleri ve genel olarak da algılanan sosyal destek puanlarında anlamlı azalma bulundu.

Sonuç: Yapılandırılmış sosyal destek programımızın bakım verme yükü ve sosyal destek algısında olumlu katkıları olmuştur.

Anahtar kelimeler: Algılanan Sosyal Destek, Bakım Yükü, Yapılandırılmış Sosyal destek programı



ABSTRACT

THE EFFECT OF STRUCTURED SOCIAL SUPPORT PROGRAMME APPLIED TO CAREGIVERS OF ELDERLY ON CARE GIVER BURDEN AND SOCIAL SUPPORT PERCEPTION

Sökmen Ü. N., Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Elderly Health and Care Programme Doctorate Thesis, Aydın, 2022

Objective: It is known that the care needs of dependent older people are widely provided by their family members, and this process causes physical, social, and economic burdens on caregivers. The role of social support in reducing this burden on caregivers is accepted very commonly. In this study, we aimed to identify the social support perception of caregivers of the elderly and reveal the “Structured Social Support Program” effect on caregiver burden and their social support perception. The study aims to conduct a “Social Support Program Model” to strengthen social support and also give a contribution to studies on this subject.

Material and Methods: Our study was carried out between March 2018 and December 2020. The study includes 85 participants registered at Söke Sarikemer Family Health Center and giving care to dependent older people over 65 years. Thirty participants inconsistent with study criteria were excluded. Social support program was applied to 20 caregivers and the other 35 caregivers were accepted as the control group. The structured social support program consisted of a telephone communication network, exercise, and education components. Care Giver Burden Scale and Multidimensional Perceived Social Support Scales were applied to all participants at the beginning and the end of eight weeks. The pre and final test scores of the scales and the changes in those scores were analyzed statistically with SPSS 22.0 software program.

Results: A significant increase in the caregiver burden of the control group was observed after the social support program. Along with that, a significant increase in social support perception and friend, family, and special person subscale scores in the social support group. In the control group, significant decreases were found in perceived social support, especially in family and friend subscale scores.

Conclusion: Our structured social support program has positive contributions to caregiver burden and social support perception.

Keywords: Caregiver burden, Social support perception, Structured social support program



1. GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de belirgin bir demografik dönüşüm yaşanmakta olup, yaşlı nüfus oranında hızlı bir artış görülmektedir. Yaşla birlikte bireyin psikolojik ve fizyolojik yetilerinin azalması, kronik rahatsızlıklarının artması gibi birçok sorun yaşanmaktadır. Bu sorunlar yaşlıyı bağımlı ve bakıma muhtaç hale getirmektedir (Çatak, 2012).

Bağımlı yaşlıların bakım gereksinimleri formal ve informal bakım ile karşılanır. Formal bakım, evde veya bir kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetleri sunan meslek grupları tarafından verilen profesyonel bakımdır. İnformal bakım ise uzmanlık gerektirmez ve bakıma ihtiyaç duyanın bir yakını tarafından sağlanır (Özyeşil, 2014).

Ülkemizde, bakıma muhtaç yaşlıların bakımı büyük oranda aile içindeki kişilerce gerçekleştirilmesine rağmen yaşlı bakımına ilişkin sorunlara yönelik araştırmaların çoğu huzurevlerinde yapılmıştır (Atalay, 2013). Bununla beraber yaşlının kendi ortamında alacağı çok boyutlu bakıma olanak sağlayan evde bakımın önemi vurgulanmaktadır (Akyıl, 2020). Çalışmamızda da evde bakım verenlerin irdeleniyor olması bu gruba ait verilerin ortaya konulması açısından önem arz etmektedir. Yaşlılara kendi yakınları tarafından bakım verilmesi, fiziksel ve psikolojik olarak yaşlıların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamakla birlikte, bakım verenlerin sağlık ve sosyal sorunlarının artmasına neden olmuştur (Akça, 2005). Özellikle informal bakım süreci bakım verenin tükenmişliğini arttırmaktadır (Giesbrecht, 2012).

Yaşlı sağlığı ve bakımında karşılaşılan en önemli sorunlardan birisi bakım verme yüküdür. Bakım veren yükü, bakım sunarken yaşanılabilecek olan fiziksel, psikolojik, sosyal veya ekonomik sorunları ifade etmekte kullanılır Bakım yükünün azaltılmasına yönelik yaklaşımlar hem bakım alan kişi hem de bakım veren kişinin iyilik halinin sürdürülmesi için önemlidir (Goldberg ve Rickler, 2011). Bir yakınına bakım verme, birey açısından oldukça stresli, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklara yol açabilecek bir süreçtir ve bu süreçte bakım verenlerin kaygı düzeyleri artmaktadır (Özyeşil, 2014). Oluşan bu yükün azaltılmasına yönelik çalışmalar bu nedenle önem arz etmektedir.

Bakım vericinin yükünün azaltılmasında sosyal desteğin rolü yaygın olarak kabul görmektedir. Sosyal destek; 1970’li yıllardan bu yana, varlığı ve etkisi bilinen ve birçok farklı tanımla ifade edilen bir kavramdır (Barbour, 2003; Cobb, 1976; Cohen, 2004; Sorias, 1989). Sosyal destek kavramı, “alınan” ve “algılanan” sosyal destek kavramı olarak iki farklı şekilde tanımlanmaktadır ve algılanan sosyal desteğin psikolojik ve sosyal iyilik hali açısından daha olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Feeney ve Collins, 2014). Bu nedenle çalışmamızda algılanan sosyal desteği belirlemek için çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğini kullanılmıştır.

Bakım verenlerin deneyimleri, yardım beklentileri, karar verme ve stres ile mücadele süreçleri ve bunların hayatlarına getirdiği dezavantajları irdeleyen geniş kapsamlı bir derleme çalışması sonucunda, yaşlılara yönelik destek programlarının yanı sıra bakım verenlere yönelik etkin müdahalelerin yapılması ve ön planda bunların hedeflenmesi gerektiği belirtilmiştir (Latkin, 2015). Bununla birlikte bakım verenlerin psikolojik, sosyal ve biyolojik olarak iyilik hallerine olumlu katkı sağlayacak ve ülke genelinde uygulanmakta olan bir sosyal destek programı ülkemizde bulunmamaktadır. Çalışmamızın bu eksikliğin giderilmesine katkı sunması hedeflenmiştir.

Çalışmamızda Aydın ili Söke ilçesinde yaşayan 65 yaş üstü bağımlı yaşlılara bakım veren kişilerin sosyal destek algılarının belirlenmesi ve ‘Yapılandırılmış sosyal destek programının’ bakım verenlerin yükü ve sosyal destek algılarına etkisi araştırılmıştır. Bu etkinin belirlenebilmesi için “Bakım Verme Yükü Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılmıştır (Eker ve diğerleri 2001; İnci 2006).

Yaşlılara bakım verenlere uygulanacak olan böyle bir “Yapılandırılmış Sosyal Destek Programının” bakım verenlerdeki sosyal destek algısını artıracığı ve bakım verme yükünü azaltacağı hipotezi ortaya koyulmuştur. Bakım verenlere yönelik sosyal desteği güçlendirmek amacıyla kullanılmak üzere çok boyutlu, kolay uygulanabilen ve ileriki dönemlerde yapılacak çalışmalara ışık tutacak bir “Sosyal Destek Programı” modeli ortaya koymak amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı

“Yaşlı” kelimesi Türk Dil Kurumunun sözlüğünde (Türk Dil Kurumu [TDK], 2019) yaşı ilerlemiş, kocamış, ihtiyar kimse olarak tarif edilmiş “Yaşlılık” ise yaşlı olma durumu olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte yaşlılık genel manada çok farklı bileşenleri olan sosyolojik ve psikolojik bir olgu olarak görülmektedir (Delibaş, 2020)

Dünya Sağlık Örgütü (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ],1984) psikogeriatrik yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzerini “yaşlı”, 85 yaş ve üzerini ise “çok yaşlı” olarak sınıflamıştır. Gerontologlar ise 65-74 yaş arasını “genç yaşlı”, 75-84 yaş arasını “orta yaşlı” ve 85 yaş üzerini “ileri yaşlılık (ihtiyarlık)” devri olarak kabul etmektedir.

Yaşlılık sadece rakamlarla ifade edilen bir dönem değildir. Kendine has özellikleri vardır. Yaşlılıkta pek çok fiziksel, ruhsal ve sosyal değişim meydana gelmektedir. Bu nedenle yaşlılık bir süreç şeklinde düşünülmesi gereken çok boyutlu bir kavramdır. Yaşın ilerlemesi ile fizyolojik değişiklikler ortaya çıkar ve bunlar yaşlılığın fizyolojik boyutu olarak değerlendirilir. Görme, işitme gibi duylarda azalmalar fizyolojik değişikliklere örnek olarak verilebilir. Bu fizyolojik değişiklikler ile hastalıkların birbirinden ayırt edilmesi önemlidir. Bunun yanında yaşlılığın kendine has psikolojik bir yönü de vardır. Kişilikte, öğrenmede, sorunları çözebilme becerilerinde, algıda ve uyum sağlama yetilerinde oluşan değişiklikler yaşlılığın psikolojik boyutunun bileşenlerinden bazılarıdır. Yaşlılığın bir diğer önemli boyutu ise yaş gruplarından beklenen ve toplum tarafından bu gruplara verilen değerleri içeren sosyolojik boyutudur (Delibaş 2020). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlıların %38’inin geleceğe umutsuzlukla bakmakta olduğu ve en çok yalnızlıktan şikâyet ettiği, bu yaşlıların %55’inin çevreden soyutlandığı ve %42’sinin ölmek istediği belirlenmiştir (Tufan, 2006).

Ulutaşdemir (2019), beslenme bozuklukları, hormonal değişiklikler ve hareketsiz yaşam nedeniyle vücudun tüm sistemlerinde yaşlılığa bağlı kaçınılmaz değişikliklerin olduğunu ortaya koymuştur. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile bu değişikliklerin kontrol edilebileceği ve bunların içinde en önemli olanın fiziksel aktivite olduğunu vurgulamıştır. Bununla beraber gelişmekte olan ülkelerde günlük yaşam aktivitelerini yerine

getirmek için yardıma ihtiyaç duyan yaşlıların oranının 2050 yılına kadar 4 kat artması beklenmektedir

(DSÖ, 2020). Bu özelliklerin iyi bilinmesi yaşlıya verilmesi gereken hizmetlerin ve bakımın şekillendirilmesinde önemlidir. Bu nedenle yaşlı bakımı verenlere büyük sorumluluk düşmektedir.

2.2. Yaşlı Bakımı ve Bakım Veren Yüğü

2.2.1. Yaşlı Bakımı

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir ve maddi, duygusal ya da fiziksel destek vermeyi kapsamaktadır (Shieh ve diğerleri, 2012).

Yaşlı bakımı formal veya informal olarak verilebilir. Profesyonel çalışanlar (hemşire, sosyal hizmet uzmanı vb.) tarafından ev veya kurumda verilen bakım formal bakımdır. İnformal bakım ise yaşlının aile üyeleri veya başka bir yakını (örneğin arkadaşları) tarafından ücret almadan sağlanan bakımdır (Karahana ve Güven, 2002). Bakım verme, fiziksel, maddi veya duygusal destek şeklinde yapılabilir (Toseland ve diğerleri, 2001).

Yaşlı nüfusundaki artış, çekirdek aileye geçiş, şehirlere göç, kadının iş hayatına katılımı ve geleneklerdeki değişimler yaşlının aile yapısı içindeki eski rolünün de değişmesine neden olarak kurum bakımını gerekli kılmıştır (Çohaz, 2010). Ülkemizde yaşlılara yönelik yatılı kurum hizmetleri, özel sektör, “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)” ve diğer kamu kurum ve kuruluşları (örneğin belediyeler) bünyesindeki “Huzurevleri” ve “Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri” tarafından sağlanmaktadır. Bunun yanında, yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ve ekonomik-sosyal durumu ne olursa olsun ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, onların izole edilmelerini engellemek amacı ile açılan, SHÇEK’e bağlı “Yaşlı Dayanışma Merkezleri” de bulunmaktadır. Yaşlılara evinde sosyal-psikolojik destek hizmeti verilmesi ve Alzheimer ve benzeri hastalığı olan yaşlıların gündüzlü bakımının sağlanması için 07.08.2008 tarihinde “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Yaşlı Bakımı ile Evde Yaşlı Bakımı (evde yaşama destek) Hizmetleri

Hakkında Yönetmelik” çıkarılmış ve “Yaşlı Hizmet Merkezleri” kurulmuştur (Çohaz, 2010).

Bununla beraber, ülkemizin sosyolojik ve kültürel yapısı nedeniyle bakım hizmetlerinde aile bireyleri de önemli rol oynamaktadır. Fakat bu rolü üstlenen kişilerin yeterlilikleri konusunda yeteri kadar bilgi bulunmamaktadır. Duruma bir de bakımın kendi zorlukları eklenince bakım verenin sağlığı da olumsuz etkilenmektedir (Vellone ve diğerleri, 2011).

Yaşlı bakımının etkili ve doğru bir şekilde yapılabilmesinin yolu yaşlıya özgü biyopsikososyal değişikliklerin bilinmesinden geçmektedir. Örneğin 65-79 yaşlarındaki yaşlıların %11,5 kadarının günlük yaşam aktivitelerinde (banyo yapma, yemek yeme vb.) desteğe ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Bu nedenle yaşlı bireye bakım veren kişinin yaşlının yatağa giriş ve çıkışına, elbiselerini giyme ve çıkarmaya, yemek yemelerine, banyo yapmalarına, tuvalete ihtiyacını gidermeye, engeli olanların yürüyebilmelerine, ev işi yapabilmelerine, ev dışına çıkıp sosyalleşebilmelerine yardım etmeleri gerekmektedir. Yaşlı bakımında verilen hizmetlerin bazen tek bir kişi tarafından verilmesi mümkün olmayabilir. Yaşlı bakımının bir ekip işi olduğu bilinmeli ve bakım verene bu ekipte kimlerle ve nasıl işbirliği yapabileceği hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Yani bakım hizmeti farklı kişi, meslek ve branş üyelerinin iş birliği ve eş güdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize şekilde sunulmalıdır. Bu organizasyon içerisinde aile bireylerinin, yaşlının ağız, saç, sakal, el ve ayak bakımı ve vücut temizliği ile beslenmesi gibi öz bakım faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde rol alması teşvik edilmelidir. Ağız bakımı ağız, diş ve diş etlerinin sağlıklı kalması ve temiz olması için yapılır. Ağız sağlığının korunması konuşma ve beslenme sorunlarında azalma sağlar. Doğru beslenme ile yaşlının ihtiyaç duyduğu enerji ve besin öğeleri sağlanır. Saç ve sakalın temizlenmesi, düzenli olarak kesilmesi, sık kirlenen ve mikroorganizmalarla teması en çok olan ellerin bakımı ve kirlendikçe yıkanması yaşlıyı olası mikrobik hastalıklara karşı korur. Ayak sağlığının korunması yaşlının fonksiyonelliğini iyileştirebilir. Vücut temizliği sayesinde yaşlının kirlilerden ve kötü kokularda kurtulması ile sosyalleşmesine katkı sağlanabilir. Verilen bu bakımlar yaşlının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına olumlu katkı sağlar (Bacanlı ve Terzi, 2016).

Ayrıca yaşlılık genellikle üretkenliğin kaybedildiği, ekonomik, psikolojik ve fiziksel sorunların ortaya çıkabileceği bir süreç olarak düşünülmektedir. Bu nedenle yaşlı bakımında bireyin kendine bakabilmesi için mevcut potansiyelini en üst düzeyde kullanabilmesini sağlamak amaçlanır. Bunun için sorunların doğru tespiti ve önceliklerin belirlenmesi gerekir. Mevcut hastalığın tanımlanması, sağlık durumunun kötüleşmesinin

önlenmesi, mevcut olanakların iyileştirilmesi ve yeni çıkan gereksinimlerin karşılanmasına yönelik tedbirlerin alınması sağlanmalıdır. Bakıma öncelikli ihtiyacı olan yaşlıların belirlenmesi de yaşlı bakımında önemli bir adımdır. Yalnız yaşayanlar, inkontinansı olanlar, sosyal izolasyonda olanlar, yakınında akrabaları olmayanlar, birden fazla sağlık sorunu olanlar, fiziksel olarak hareketsiz olanlar, demansı veya depresyonu olanlar, yakın zamanda sevdiklerini kaybetmiş olanlar, hastaneden yeni taburcu olanlar ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyenler bakıma öncelikli olarak ihtiyaç duyan yaşlılar olarak kabul edilmektedir (Akdemir ve Birol, 2003).

2.2.2. Bakım Yüğü

Bakım yüğü, fiziksel yorgunlukların yanında, ruhsal sıkıntı, fiziksel sağlık sorunları, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşamak ile ilişkili bir durumdur. Yaşlı, kronik hastalığı veya yetersizliği olan aile üyesine bakım veren kişinin yaşadığı zorlanma, gerginlik, baskı altında hissetme ise bakım verme güçlüğü olarak bildirilmiştir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017).

Başka bir deyişle, bakım verenlerin kendi işlevselliklerinde bozulma sonucunda ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların sebep olduğu sıkıntı “bakım yüğü” olarak kavramsallaştırılmıştır (Dillehay ve Sandys, 1990). Yaşlının günlük yaşam aktiviteleri ve becerilerindeki bozulma düzeyi bakım verenin yükünü oluşturur (Kim ve diğerleri, 2012). Sonuç olarak bakım veren yüğü, bakım sunarken yaşanabilecek olan fiziksel, psikolojik, sosyal veya ekonomik sorunları ifade etmekte kullanılır.

Yaşlılık döneminde sağlık sorunlarının hem sıklıkları hem de birlikteliklerinde artış görülür. Bu durum yaşlılarda bakım ihtiyacının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, bakım verenler de yaşlıya ait sorunlardan doğrudan etkilenir (Toseland ve diğerleri, 2001b). Yaşlının yaşadığı fizyolojik, fonksiyonel, nörolojik, sosyal ve psikolojik değişikliklerin bir sonucu olarak bakım verenin stres düzeyi artar. Bu stresin, depresyona ya da bakımın devamının tehlikeye girmesine neden olması “bakım verenin tükenmesi” durumu olarak tanımlanmıştır (Njoku, 2015). Akut veya kronik bir hastalığı olan yaşlı bir bireyle ilgilenmek, onun ihtiyaçlarını karşılamak, ona yardım etmek; ailesi ve yakınları için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmalara neden olmakta ve hastalığın seyri kötüleştikçe bakım verenin rolü de ağırlaşmaktadır (Karabulutlu ve diğerleri, 2013). Bu nedenle yaşlı

sağlığının korunması ve yaşlılarla ilgili sosyal politikaların belirlenmesi esnasında bakım verenlerin yüklerini azaltmaya yönelik çalışmalar büyük önem taşımaktadır.

Montgomery ve diğerleri (1985) bakım verme yükünü öznel ve nesnel yük olarak iki gruba ayırmıştır. Bakım verenin hastasının ihtiyaçları için ayırdığı zaman ve emek nesnel yük iken kişinin nesnel sorunlar ile uğraşırken yaşadığı stres ve benzeri sorunlar ise öznel yük olarak tanımlanmıştır (Atagün ve diğerleri 2011). Bu yükün etkisiyle kişinin kendi ailesi ile ilgili işlevlerinde bozulma, ekonomik sorunlar, sosyal aktivitelerde azalma, yoğun stres, suçluluk duyma ve çatışma yaşama gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır.

2.2.3. Bakım Yükü ile İlişkili Yaşlıya Ait Faktörler

Yaşlanma süreciyle birlikte biyolojik, psikolojik, fizyolojik değişiklikler nedeniyle yaşlıların işlevselliklerinde belirgin yetersizlikler ve bunun sonucu olarak da, günlük yaşam aktivitelerinde sorunlar oluşur. Bu durum yaşlının sadece kendisi için değil aynı zamanda ona bakım veren kişi içinde önemli bir problemdir. Yaşlı bakımında bakıcıların, yaşlılarla ilişkili sıklıkla karşılaştığı ve çözüm üretmek zorunda oldukları durumlar arasında, demans, çoklu ilaç kullanımı, düşmeler, ev güvenliği, hijyen, idrar kaçırma, sarkopeni ve beslenme yer alır. Karşılaşılan bu sorunlar ile başa çıkmak için bakım verenlerin bu konularla ilgili bilgilerinin yeterli olması gerekliliği aşikârdır. Bu bilginin sağlanması ise eğitimden geçmektedir. Aşağıda sıklıkla karşılaşılan bu durumlar irdelenecektir.

2.2.3.1. Demansı Olan Yaşlı

Demans unutkanlıkla karakterize ilerleyici bir kronik beyin hastalığıdır. Kişinin sosyal hayatında ve ilişkilerinde önemli bozulmalara neden olur. Kişinin kendisi dışında etrafındakilerin de yaşamlarında sorunlara neden olabilir.

Yaşlılarda en sık görülen demans türü Alzheimer Hastalığıdır ve yaşlı nüfusun artması ile görülme sıklığı giderek artmaktadır. Hastalığın başlangıç bulguları yakın dönemin unutulması, karar verme güçlüğü, her zaman yapılan rutin işlerde basit hatalarda artış ve kişilik değişikliklerinden ibarettir. Henüz tam tedavisi bulunmamaktadır ancak ilerlemesini yavaşlatıcı tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Bununla beraber demanslı

hastaların beyinlerinin etkilenen bölümleri farklı olabileceği için her hastanın bulguları da farklı olabilir. Demanslı hastaya bakım veren kişilerin hastasının kişiliğinin değişebileceğini, uyku bozuklukları yaşayabileceğini, konuşmalarının tutuklaşabileceğini, zihinsel becerilerinin azalabileceğini bilmeleri nasıl davranacaklarını belirlemek açısından önemlidir. Örneğin demanslı hastanın konuşmasının yavaş ve tutuk olabileceğini bilen bir bakım veren hastası ile basit net ve anlaşılır bir dil ile konuşmayı tercih ederek doğabilecek sorunları engelleyebilir. (Işık, 2014).

Demanslı bireylerin düzenli bir hayat sürmelerini sağlamak, günlük yaşam aktivitelerini yapmalarına izin vermek yaşlıların rehabilitasyon sürecinde önemlidir. Bireyin en rahat ettiği ortamın kendi ortamı olduğu bilindiği için öncelikle bunun korunması gerekir. Eğer bu sağlanamıyorsa en azından yeni mekânda kişinin kendine ait eşyalarının kullanımının sağlanması uygun olacaktır. Demanslı hastalarda hijyen konusu ayrı bir öneme sahiptir. Bu konuda mümkün olduğunca hastanın kendi hijyenini kendisinin sağlaması teşvik edilmeli ancak bunun imkânsız olması halinde hijyeni de bakım veren tarafından sağlanmalıdır (Dişçigil, 2020).

2.2.3.2. Çoklu İlaç kullanımı

Endikasyon için yeterli olandan daha fazla ilaç kullanımı, tedavide en az bir tane gereksiz ilaç varlığı ya da beş ve daha fazla ilacın birlikte kullanılması çoklu ilaç kullanımı olarak değerlendirilmektedir (Arıoğlu, 2002). Çoklu ilaç kullanımı tıbbi tedavilerdeki gelişmeler sonrası belki de en önemli sağlık sorunlarından birisi haline gelmiştir. Uygun doz ve şekilde kullanıldığında faydalı olabilen ilaçlar uygun olmayan dozlarda kullanıldıklarında veya uygun dozda dahi olsa olumsuz ilaç- ilaç etkileşimi ve ilaç besin etkileşimi nedeniyle bazen zararlı olabilir.

Özellikle yaşlı hastalarda komorbiditenin daha fazla olması nedeniyle çoklu ilaç kullanımı daha sık görülmektedir. Ayrıca yaşlılarda metabolizmadaki fizyolojik değişiklikler ilaçların farmakokinetiklerini etkileyerek yan etki riskini arttırabilir. Çoklu ilaç kullanımı yaşlılarda düşmelere ve deliryuma neden olabilir (Halil, 2006). Bugüne kadar düşmelerle ilişkili olduğu gösterilen ilaçlar serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepressanlar, nöroleptik ajanlar, benzodiyazepinler, antikonvülzanlar, klas IA anti aritmik ajanlar, digoksin ve diüretiklerdir (Leipzig ve diğerleri, 1999). Düşmeler yaşlıların karşılaştığı en sık

ve en ciddi problemlerendir. Düşme sonrası oluşacak kırık, kafa ve yumuşak doku travmaları mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır (Tinetti ve diğerleri, 1995). Sonuçta ilaç yan etkileri ve hastaneye yatış sıklıklarında artış görüldüğü bilinmektedir. Bu durum hastanın kendisinde olduğu kadar bakım vereninde de strese neden olabilir.

Bu stresi azaltmak ve yaşlının zarar görmesini önlemek için hem yaşlının kendisinin hem de bakım vereninin alması gereken tedbirler şunlardır;

a. İlaçların doğru dozda, doğru zamanda, doğru yoldan alınmasını sağlamak ve miadı dolan ilaçları belirleyebilmek için çizelgeler oluşturmak.

b. Reçeteli veya reçetesiz kullanılan tüm ilaçlar ve takviye edici gıdalar, bitkisel ürünler hakkında tedavi veren hekimi bilgilendirmek ve yeni başlanan ilaçlar da dahil olmak üzere her ilaç ile ilgili yazılı bilgileri erişilebilir şekilde saklamak.

c. İlacın etki gösterdiği en düşük dozu belirlemek ve gereksiz ilaçları bırakmak için genel kontrol amacı ile hekime başvurmak.

d. İlaçların olası yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmak ve yan etki oluşması halinde daha önceden iletişim bilgilerini aldığı hekime ve veya merkeze başvurmak(Halil, 2006)

2.2.3.3. Düşmeler ve Ev Güvenliği

Yaşlılarda görülen en önemli ve en sık görülen sağlık problemlerinden birisi de düşmelerdir. Her yıl 65 yaş üzeri üç kişiden biri düşmekte ve bu oran 80 yaş üzerinde %50'yi bulmaktadır. Kalça kırıklarının da %90'ı düşmelerin sonucunda oluşmaktadır. Tekrarlayan düşmeler morbidite ve mortalitedeki artışın yanı sıra düşme korkusuna da neden olarak fonksiyonellikte bozulmaya neden olmaktadır (Arıoğul, 2006). Düşmeleri önlemek için öncelikle düşmeye neden olan etmenlerin bilinmesi gereklidir.

Düşmeye neden olan etmenler kişinin kendisinden kaynaklanabileceği gibi kişiden bağımsız da olabilir. Görme ve işitmede bozukluk, kas iskelet sistemindeki rahatsızlıklar, postural hipotansiyon gibi bazı hastalıklar, baş dönmesi, demans, bazı ilaçlar (uyku ilacı, sakinleştiriciler gibi), çoklu ilaç kullanımı, reçete edilmiş olmasına rağmen uygun ortez ve protezlerin kullanılmaması veya reçete edilmemiş olanların kullanılması kişinin kendinden kaynaklanan nedenler arasında sayılabilir. Kişinin kendinden bağımsız olan düşme nedenleri

arasında ise ev ortamının güvenli olmaması (engebeli yüzey, kaygan zemin vb), uygun olmayan kıyafet ve ayakkabı seçimi, yetersiz aydınlatma, uygunsuz kaldırım ve kapı eşikleri sayılabilir. Bakım veren kişiler bu riskleri tespit ederek gerekli düzenlemeleri yapmalıdır.

Yapılabilecek düzenlemeler şunlardır;

- a. Çoklu ilaç kullanımından kaçınmak
- b. İlaç yan etkilerine karşı tedbirli olmak
- c. Uygun görülen baston, yürüteç vb. yardımcı cihazları uygun şekilde kullanmak
- d. Güvenli ev ortamı yaratmak için mobilyaları uygun şekilde yerleştirmek, yeterli aydınlatmayı sağlamak, ayağa takılabilecek eşyaları yerden kaldırmak, kaygan zemin ve eşyalardan kaçınmak, kırık ve arızalı mobilya ve eşyaları kaldırmak veya tamir etmek, elektrik kablolarını uygun şekilde yerleştirmek vb.
- e. Banyo ve tuvaletlerin yaşlının fonksiyonel durumuna uygun hale getirmek
- f. Uygun ayakkabı (yumuşak tabanlı, topuksuz, ayak bileğini kavrayan tabanı kaygan olmayan) giymek (Eygör ve diğerleri, 2012).

2.2.3.4. Hijyen

Hijyen kişisel sağlığımızın temelini oluşturur. Her insan bağımlı olmadan kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmek ve günlük yaşam aktivitelerini yapabilmek ister. Fakat bağımlı yaşlı günlük yaşam aktivitelerinin (banyo yapma, tuvalet, saç bakımı, kişiler arası iletişim, el becerilerini kullanabilme vb.) tamamı ya da bir kısmını yerine getirebilmek için başkasının yardımına gereksinim duyar. İyi bir kişisel hijyen sağlanması yaşlı hastanın bakımında önemli yer teşkil eder (Karahan ve Güven, 2002).

Vücut salgılarının, atıkların temizlenmesi ve vücuttaki kötü kokuların giderilmesi, enfeksiyon riskinin azaltılmasının yanı sıra, kendi ihtiyaçlarını karşılayamadığı için kendini gergin ve suçlu hisseden bağımlı yaşlının rahatlamasına, gevşemesine ve öz güveninin artmasına neden olacaktır. Deri sağlığının sürdürülmesi ve ağız sağlığını koruyarak sağlıklı beslenmeyi desteklemek de hijyen uygulamalarının amaçlarındandır.

Bağımlı yaşlılarda, günlük ve haftalık yapılması gereken bakımlar vardır. Göz, ağız, protez, kulak burun, tuvalet ve ayak bakımı günlük olarak yapılmalı ve ayrıca yatak çarşafı da değiştirilmelidir. Saç ve vücut banyosu ise haftalık olarak planlanmalıdır.

Bağımlı yaşlılarda güne zinde başlayabilmek için göz ve yüz bakımları önemlidir. Bakım sırasında sabun kullanılmamalıdır. Ağız bakımının düzenli yapılması dişetlerinin sağlıklı kalmasına, ağız kokusunun giderilmesine ve enfeksiyonların önlenmesine yardımcı olacaktır. Herhangi bir nedenle ağızdan beslenemeyen hastalara özel ağız bakımı yapılmalıdır. Kulakların hijyenik bakımı sırasında işitme cihazı kullanan bireylerde cihaz da kontrol edilmeli ve temizlenmelidir.

Yatağa bağımlılarda tuvalet çok önemli bir ihtiyaçtır. Bilinci açık hastalarda, hastanın mahremiyetine de dikkat ederek, onlarında onayı ve katılımını sağlayarak sürgü kullanılabilir veya bez bağlanabilir. Günlük olarak yapılması gereken kısmi vücut temizliğinin sabah kahvaltısı sonrası yapılması kişinin güven duygusunu arttıracak ve hastayı rahatlatacaktır. Yatak çarşaflarının düzenli değişimi bası yaralarını ve enfeksiyonu önlenmesi açısından önemlidir.

Deri üzerindeki atık maddeleri deriden arındırmak patojenlerin enfeksiyonlara neden olmasını engeller ve sağlığın korunmasına yardımcı olur. Ortam ısısının ayarlanarak güvenli bir şekilde, kışın haftada iki kez yazın ise mümkünse her gün banyo yaptırılması sağlıklı olacaktır. Bakım verenlerin bu işlemleri yaparken kendi sağlıklarını da korumalıdır (Yıldırım, 2012).

2.2.3.5. İdrar Kaçırma

İdrar kaçırma sosyal, hijyenik ve sağlık problemi oluşturacak şekilde istemsiz olarak ortaya çıkan önemli bir geriatrik sendromdur. Yaşa bağlı değişikliklerin predispoze etkisiyle artmakla birlikte her yaşta patolojik bir durumdur. Kadınlarda daha sık görülürken erkeklerde benign veya malign prostat hipertrofinin bir göstergesi olabilir. (Akın, 2015)Yaşlı hastalarda belirgin fiziksel ve psikososyal morbiditeyi artırır, rahatsızlık verir ve kişide hijyen kaybına neden olur. Bakım verende bakım yükü ve tükenmişliği artırırken, yaşlıda cilt problemleri, bası yaraları, psikolojik problemler, özgüvenin yitirilmesine neden olabilir. Yaşlının bakım merkezine yerleştirilme nedenleri arasında ilk sıralardadır ve bilinenin aksine tedavi edilebilir.

İdrar kaçırma ani (akut) başlangıçlı ya da kronik olabilir. Bazı ilaçların kullanımı, idrar yolu enfeksiyonları ve taş öyküsü, bazı psikolojik durumlar, kabızlık ve hareketsizlik gibi birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilen akut idrar kaçırma tedavi edilebilen bir

durumdur. Kronik idrar kaçırma ise beş grupta değerlendirilir.

1) Sıkışma tipi: Kişi idrarını tutamaz, tuvalete yetişemez ve kaçıırır. Gün içerisinde poliürisi mevcuttur gecede noktüri gelişir.

2) Stres tipi: Karın içi basıncı arttıran öksürük, hapşırma, ağırlık kaldırma gülme, koşma ile ortaya çıkar.

3) Taşma tipi: Mesane çıkış yolundaki tıkanıklık ve mesane kaslarında zayıflama sonucu ortaya çıkar.

4) Fonksiyonel tip: Hasta idrar yapma ihtiyacını fark edemez veya fark ettiği anda tuvalete yetişemez.

Bu konu ile ilgili olarak bakım veren kişi genel hijyen kurallarına daha fazla dikkat etmelidir. İdrar kaçırmanın sebep olacağı deride meydana gelecek yara ve enfeksiyonların önlenmesine yönelik davranış ve alışkanlık değişikliklerini hastasına uygulatmalıdır. Örneğin beslenmede diüretik etkisi olan gıda ve sıvıları uygun miktarda vermesi gerektiğini bilmelidir. Kabızlığın önlenmesine yönelik tedbirler konusunda dikkatli olmalıdır. Bunun için lifli besinlerin yaşlının öğünlerinde yer almasını sağlamalıdır. Özellikle sıkışma tipi idrar inkontinansı olan yaşlıya bakım veren mutlaka mesane eğitimi almalıdır. İdrar kaçırmanın etiolojisinde rol oynayabilecek ilaçların hekime danışılarak dozunun ayarlanması veya değiştirilmesini sağlamaya çalışmalıdır (Işık, 2010).

2.2.3.6. Sarkopeni (Kas Erimesi)

Kas erimesi; yaşa bağlı olarak gittikçe artan bir şekilde kas kitlesi ve fonksiyonlarının kaybıdır. Kas erimesi bir dereceye kadar doğal yaşlanma sürecinin bir parçasıdır ve başladığında kişinin günlük yaşamını sürdürmek için gerekli faaliyetlerini gerçekleştirebilmesi zorlaşır. Bu süreç ilerler ise fiziksel engellilik, başkalarına bağımlı duruma gelme, yatağa bağımlılık ve hatta ölüme kadar gidebilir.

Sarkopenik kişiler genellikle az kilolu olmakla birlikte kiloluda olabilirler. Sarkopeni tanısı konabilmesi için; kas kütlesi, kas gücü ve fiziksel performans ölçümü yapılmalıdır. Sarkopeniden korunma ve tedavi seviyelerinde fiziksel egzersiz ve beslenme en önemli elementlerdir. Tedavinin her aşamasında kişinin desteklenmesi ve doğru yönlendirilmesi farklılık yaratacaktır İyi beslenme, hijyen, yeterli egzersiz ve dinlenme gibi

sağlıklı davranış değişikliklerini edinme ve sürdürmeye yönelik eğitim verilmelidir.(Cruz-Jentof, 2010)

Bakım veren kişi hastasına, sarkopeniyi önlemek için haftada iki üç kez giderek artacak şekilde direnç egzersizleri yaptırıp buna uygun beslenmeyi (yeterli protein içeriği gibi) ekleyerek kas kütle ve gücünü korumayı ve arttırmayı hedeflemelidir. Egzersizlere düşmeyi önlemek için denge ve koordinasyon aktiviteleri de eklenmelidir (Savaş, 2015).

2.2.3.7. Beslenme

Yaşlılık döneminde var olan hastalıklar, yaşlanmanın fonksiyonel değişiklikleri, kullanılan ilaçların çokluğu, yaşlının psikolojik ve sosyoekonomik durumu beslenmeyi etkileyen faktörlerdir. Yaşlılarda beslenmede enerji içeriği düşük fakat besin ögesi içeriği yüksek besinlerin kullanılması önerilmektedir. Folat, B12 vitamini, kalsiyum, D vitamini, demir ve çinko gibi besin öğelerinin diyetle bulunmasına özen gösterilmeli ve bunların eksikliği besinler ile giderilemez ise dışarıdan takviye edici preparatlar şeklinde yaşlıya verilmesi sağlanmalıdır (Öğüt, 2020).

Çiğneme ve yutma güçlükleri sindirim sistemi ile ilişkili iştahsızlık ve hazımsızlık gibi yakınmalara neden olarak besinlerin daha az tüketilmesine sebep olabilir. Yine yaşlının hareketliliğinin azalmasına sebep olan fizyolojik ve patolojik nedenler kişinin beslenme durumunda sorunlara neden olabilir. Bakım veren tarafından demansı ve depresyonu olan hastaların yeme alışkanlıklarında ciddi değişiklikler olabileceği bilinmelidir.

Yaşlı beslenmesinde her ana öğünde tüm besin gruplarının uygun miktarda bulunmasına özen gösterilmelidir. Malnütrisyonu olan yaşlıda enerji gereksinimi doğal besinler ile sağlanamaz ise yaşlılara ve hastalıklara özel hazırlanmış hazır oral ürünlerle yaşlı desteklenmeli ve bu desteğe ihtiyaç olup olmadığı belirli dönemlerde takip edilmelidir. Bazen hastanede yatış sonrası eve çıkarılan hastalarda enteral ve parenteral beslenme tedavisi uygulanması gerekir. Böyle bir durumda bakım veren sağlık ekiplerinden mutlaka bu konu ile ilgili eğitim talep etmelidir. Hem uygulama hem de olası istenmeyen olayların neler olabileceğini tam olarak kavradığından emin olmalıdır.

Yaşlı hastaların fiziksel fonksiyonlarındaki azalma obezite gelişimi açısından da risk oluşturmaktadır. Bu nedenle obezitenin önlenmesine yönelik uygun beslenme ve

egzersizlerin bakım veren tarafından bilinmesi gerekir obezitenin kendisinin birçok hastalığa neden olarak morbidite ve mortaliteye neden olacağı akılda tutulmalıdır (Yılmaz, 2012).

2.2.4. Bakım Verenin Yaşadığı Stres ve Baş Etme Yolları

Yaşlı bakımındaki yaşlı ile ilişkili olan zorluk ve sorunların bakım veren üzerinde önemli bir stres oluşturması kaçınılmazdır. Bu nedenle bakım veren kişinin kendisi ile ilgili ortaya çıkan bu zorluklar ve stres ile baş etmesi hem kendi hem de bakım verdiği kişinin sağlığı açısından önemlidir.

Koşullara yönelik değerlendirmeler birincil stres kaynaklarını oluştururken, koşulların algılanmasıyla ilgili değerlendirmeler ise ikincil stres kaynaklarını oluşturmaktadır. Birincil stres kaynakları yaşlının bilişsel bozukluğu, yaşlının problemleri davranışları, günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık ve hasta direnci gibi objektif stres kaynakları ile bakım verenlerin rol yüklenmesi, bakım verenlerin rol esareti ve yakınlığın kaybı gibi sübjektif stres kaynaklarından oluşmaktadır. Aile ilişkilerinin bozulması, iş çatışması, iş kaybı, ekonomik sorunlar, benlik kaybı ve bakıcılık yeterliliğinin olmayışı ise ikincil stres kaynaklarıdır. Bu stres kaynakları, yaşlı bakımının ortaya çıkardığı, önemli ve bakım verenin sağlığını tehdit eden sorunlardır. Yaşlıya bakım verenlerin yaşadıkları stresi ve başa çıkma tepkilerini anlamak için stresle başa çıkma modellerine ihtiyaç vardır.(Çapan, 2016).

Yaşlı bakımı konusunda hazırlanacak programlarla bakım verenlere eğitimler verilmesi stres düzeylerinin azalmasını sağlayacaktır. Bu eğitimlerde bakım verenlere iyimser bakış açısı, mizahi kişilik özelliği, etkili iletişim becerileri gibi olumlu kişilik özelliklerinin kazandırılması hedeflenmelidir. Bakım verenlerin sosyal ve kültürel etkinliklere katılarak kendine zaman ayırması psikososyal açıdan olumlu katkı sağlar. Bakım verenlerin spor yapma, düzenli beslenme, hobilerine zaman ayırma, nefes tekniklerini öğrenme gibi faaliyetlerde ve davranışlarda bulunmaları hem kendilerinin hem de bakım verdikleri yaşlıların sağlıklarını korumalarını sağlayacaktır. Böylece bakım verenin ve yaşlının yaşam kalitesi artacaktır (Akyıl, 2020).

Stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri oldukça faydalıdır. Gevşeme tekniklerinin doğru uygulanması sonucunda, kaslardaki gerginliğin azalmasıyla birlikte kaygı düzeyleri de azaldığı ve gün içerisinde hissedilen enerji artışıyla birlikte günlük işlerini çok daha verimli

bir şekilde yapabilmelerine olanak sağladığı bildirilmiştir (Özmen ve Önen, 2005).

Gevşeme teknikleri kolay öğrenilebilen uygulamalardır. Bir otomobili kullanmak, bisiklete binmek, yüzmeyi öğrenmek gibi herhangi bir beceriye benzetilebilir. Gevşeme tekniklerinin öğretilmesindeki en önemli hedef kişinin teknikleri günlük yaşantısında içselleştirerek uygulamaya koyabilmesidir. Zaman ayırmak ve alıştırmaya yapmak içselleştirmedeki en önemli adımdır (Yıldırım, 1991).

Meditasyon bir çok tekniği içinde barındıran bir gevşeme yoludur. Meditasyon bir renk, nesne, kişinin kendi nefesi yada bir görüntüye odaklanarak derin gevşemeye geçiş sağlar (Özmen ve Önen, 2005).

Bedeni gevşetebilme yolundaki ilk adım nefesi kontrol etmektir. Doğru nefes, ağır, derin ve sessiz olandır. Nefes egzersizi, özellikle fizyolojik gerginliklerin (Mide bulantısı, titreme, nefes darlığı vb.) giderilmesi için kullanılan ilk yöntemlerden biridir Strese giren kişinin solunum süresi kısalmış ve yüzeyselleşir. Ritmik ve düzenli solunum sinir sistemini sakinleştirir. Nefes alış veriş sıklasınca göğüs ağrısı, çarpıntılar, bayılma, hafıza bozuklukları, dikkatsizlik, endişe ve paniğe benzer semptomlar görülebilir. Bütün bunlar için yavaşça, sakin ve derinden nefes almaya çalışılmalıdır. Kişinin burnundan doğal bir şekilde derin bir nefes almasıyla diyafram aşağı itilir ve karın şişer. Nefes verilirken ise karın içe çekilir ve hava otomatik bir şekilde dışarı atılır. Karın kaslarının solunumda kullanılması boyun ve omuzlardaki gerginliği de azaltır. Nefes, sakin, derin ve yavaş alınırsa daha etkili olacaktır (Yıldırım, 1991).

Gevşeme hareketleri esnasında kişinin gözünü kapatıp kendini rahat hissettiği bir yerde hayal etmesi ve bu hayali gözünde canlandırmaya çalışması da etkin bir uygulamadır (Rowshan, 2014)

Bedensel kapasitenin artırılması stresle birlikte ortaya çıkacak fizyolojik belirtilerin eşiğini de yükseltecektir. Sağlıklı beslenmek ve düzenli egzersiz programları bedensel gerginliği azaltacak ve strese dayanma gücünü arttıracaktır.

Egzersiz; bir plan ve program dâhilinde, fiziksel uygunluğu korumaya ya da geliştirmeye yönelik olarak yapılan tekrarlayıcı vücut hareketleridir. Egzersiz fiziksel ve psikolojik açıdan olumlu etkilere sahiptir. Kişinin özgüvenini ve bilişsel performansını ve sonuçta iyilik halini artırır. Ayrıca, kaygı ve depresyonun azalmasına katkıda bulunarak psikolojik sağlığı koruduğu da araştırmalarla desteklenmiştir (Koruç ve Arsan, 2009).

Egzersiz programları kişinin sağlık durumu, yaşı, cinsiyeti ve isteklerine göre kişiye

özel hazırlanmalıdır. Daha önce egzersiz yapmamış bireylerin, yürüyüş yüzme bisiklet binme gibi düşük yoğunluklu egzersiz uygulamaları ile kas iskelet sistemi ağırlarını azaltmaları sağlanabilir (Nacır, 2014).

Egzersiz türleri:

1) Aerobik egzersiz (dayanıklılık egzersizleri): Büyük kas gruplarının ritmik şekilde, sürekli ve uzun süreli kasılması ile oksijen varlığında enerji oluşturan egzersizlerdir. Yürüme, koşma, bisiklet, yüzme aerobik

2) Anaerobik egzersiz (güçlendirme egzersizleri): yavaş, kontrollü ve kısa süreli egzersizlerdir. Ağırlık kaldırma, yüksekten atlama, durup sıçrama, gülle atma, cirit atma, sürat çıkışları(futbolda, voleybolda, basketbolda), 25 m hızlı yüzme gibi kısa süreli yoğun egzersizlerdir.

3) Denge egzersizleri ve germe egzersizler: Germe egzersizleri, herhangi bir sebebe bağlı olarak kısıtlanan eklem hareket açıklığının geri kazanılmasında, var olan eklem hareket açıklığının korunmasında ve artırılmasında kullanılan egzersizlerdir (Bozbıyık, 2018).

Tüm germe egzersizleri gerilme ağrısının dışında şiddetli ağrılar oluşturmayacak şekilde yapılmalı. En gergin pozisyonda 10 saniye beklenilerek 5-6 tekrar yapılmalı ve günde en az 2 defa yapılmalıdır. İlk hafta sonunda tekrar sayısı 10 a çıkarılarak germe pozisyonunda kalma süresi 20-30 saniyeye çıkarılmalıdır.

2.3. Sosyal Destek

Sosyal destek bir bireye, başka bir birey, grup veya daha büyük bir topluluk aracılığı ile sağlanan ulaşılabilir destek olarak tanımlanmaktadır (Lin ve diğerleri, 1979).

Literatürde kişinin ihtiyacı olduğunda yardıma ulaşabileceğine olan inancı “algılanan sosyal destek”, o anda ortaya konularak gerçekleştirilmiş destek ise “Alınan sosyal destek” şeklinde tanımlanmaktadır (Feeney ve Collins, 2014). Bu desteğin kişinin sağlığına olumlu etkileri olabileceği genel kabul görmektedir. Çalışmalar algılanan sosyal desteğin psikolojik ve fiziksel iyilik hali üzerine olumlu etkisi olduğunu bildirmektedir. Bununla beraber, alınan sosyal desteğin etkileri açısından çelişkili sonuçlar bildirilmiştir (Bolger ve Amorel, 2007; Horowitz ve diğerleri, 2001). Alınan sosyal desteğin beklenti ile olan uyumsuzluğu ve şartlara göre değişkenlik gösterme olasılığının varlığı bu çelişkilerin

sebepleri arasında gösterilmektedir. Bolger (2007) kişiler arası etkileşimin de içinde olduğu sosyal desteğin, kişinin yaşamında meydana gelen önemli değişiklikler ile baş etmede etkili olduğunu ortaya koymuştur. Maddi ve veya manevi olarak sosyal destek alan bireylerin sorunlar devam etse bile daha güçlü ve daha mutlu hissedebilecekleri bildirilmiştir (Yiğit, 2009). Cobb (1976) sosyal desteğin depresyon, tüberküloz, kanser ve benzeri hastalıkların baskısı altındaki bireyleri stresin zararlı etkilerini azaltarak ilaç kullanımı, iyileşme ve tedavi uyumuna olumlu katkı sağlayabileceğini bildirmiştir.

Sosyal desteğin iki önemli boyutu mevcuttur. Bunlardan birincisi sosyal etkileşim ağının büyüklüğünü ve ilişkilerin sıklığını kapsayan yapısal boyuttur. İkinci boyut ise fonksiyonel boyut olarak tanımlanmıştır. Fonksiyonel boyut duygusal (sevgi ve empati gibi) ve araçsal (para desteği, bakım desteği gibi) bileşenlerden ibarettir (Özbay ve diğerleri, 2007). Sosyal destek için maddi araçlar ve materyaller kullanılabileceği gibi duygu ve bilgi gibi manevi olgular da kullanılabilir. Buradan hareketle sosyal desteğin, duygusal destek, saygı desteği, bilgilendirici destek ve maddi destek şeklinde verilebileceği söylenebilir. Duygusal destekte sevgi ve empati ile kişiye destek sağlanırken, saygı desteğinde kişinin kendi saygınlığının ve başarılarının farkında olmasına yönelik destek sağlanmaktadır. Bilgilendirici destekte ise kişiye tavsiye verme ve yol gösterme ön plana çıkmaktadır. Maddi destekte ise somut şekilde destek sağlama ifade edilmektedir. Yemek ihtiyacını gidermek için yiyecek getirme veya tavsiye vermek yerine tavsiye edilen işi o kişinin yerine yapmak maddi desteğe örnek olarak gösterilebilir.

Sorias da kişinin ortaya çıkan stresli bir durumda yakın çevresindekiler tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımı “sosyal destek” olarak tanımlamıştır (Sorias, 1989). Bazı çalışmalarda bilgi, tavsiye ve rehberlik yolu ile sağlanan bilgisel desteğin sorunlarla baş edebilme açısından etkili bir sosyal destek olduğu ortaya konulmuştur (Barbour, 2001; Cohen, 2004; House, 1981; Sorias, 1988). Bir çalışmada sosyal desteği en az iki kişi arasındaki alıcının ve vericinin refahını artırmaya yönelik kaynak alışverişi olarak tanımlamışlar ve desteğin sadece tek taraflı alınmasından ziyade karşılıklı olduğu vurgulanmıştır (Shumaker ve Brownell, 1984).

Cobb, 1976’daki çalışmasında, bireyin hissettiği sevilme, saygı görme, bakım alma ve sosyal yapının bir parçası olma duygusunu sosyal destek algısı olarak belirtmiştir (Cobb, 1976). Bu da “algılanan sosyal destek” kavramı olarak kabul görmüştür. Bu kavram, bireyin etkileşim içinde olduğu sosyal ağlardan aldığı desteği nasıl algıladığı ile ilişkilidir. Bireyin etkileşim içinde olduğu sosyal ağlarından aldığı desteği nasıl algıladığı önemlidir. Başkaları

tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım alabileceği insanların olduğuna dair inancı olan ve ilişkilerinin doyum verdiğini düşünen kişinin algıladığı sosyal desteğin fazla olduğu söylenebilir (Ardahan, 2006).

Sosyal destek, aile üyelerinden, arkadaşlardan veya toplum içindeki diğer ilişkide bulunan kişilerden informal veya profesyonellerden (sosyal çalışmacı, hemşireler, doktorlar vb.) formal bir şekilde alınabilir (House, 1981). Çalışmalarda alınan sosyal desteğin nicelik yönü “sosyal ağ” ve nitelik yönü ise “sosyal destek” kavramı şeklinde bildirilmiştir (Çetin, 2009; Sorias, 1989).

Warner ve arkadaşlarının geliştirdiği Kronik Hastalığı Olan Yaşlılara Bakım Modeli'nin (CCM) uygulandığı çalışmaların sonuçlarının irdelendiği sistematik derlemede; bakım verenlerin problemlerinin de dikkate alınarak bu anlamda müdahale çalışmalarının yapılması gerektiği bildirilmiştir (Drouin, 2015).

Kanada'da yapılan çalışmada bağımlı yaşlıların bakımında aile içinden bakıcıların önemli bir kaynak olduğu ve bunların fiziksel, ruhsal ve finansal streslerin yanı sıra duygusal stres altında oldukları belirtilmiştir. Bu nedenle bu bakıcılara bölgesel, ulusal ve hatta uluslararası düzeyde kanıta dayalı destek modellerinin uygulanması gerekliliği vurgulanmıştır (Parmar, 2014).

2007 de aile içi yaşlıya bakım veren kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, bakım veren kişinin ‘Soluklanma ihtiyacı’ olarak belirttiği; kendine ve sağlığına zaman ayırabildiği dinlenme dönemlerinin rahatlama ile sonuçlandığı ve bakım verdikleri kişiyle duygusal bağlarını iyi yönde etkilediği gösterilmiştir (Salin, 2007).

Yaşlıların hastaneye yatışları ve onlara bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını değerlendiren bir çalışmada, tüm analizlerin bir depresyon ölçütü içerdiğini fakat diğer psikolojik sağlık yapılarının (endişe verici semptomlar, algılanan yük, vb.) ölçümünün sınırlı olduğu görülmüştür. Eldeki literatürün gözden geçirilmesi, bakıcıların psikolojik sağlık değerlendirmeleri açısından analizlerin genişletilmesi ihtiyacı vurgulanmış ve bakım gören yaşlıların hastaneye yatma oranlarının düşürülmesine yönelik olarak, sosyal desteğin yararına dikkat çekilmiştir (Margaret L. ve diğerleri 2014).

Formal olarak evde bakım desteği alan yaşlıların, informal bakım verenlerine de destek uygulanması gerektiği, hemşireler ve informal bakıcıların bir ekip halinde çalışması gerektiği ortaya konmuştur (Salin S, 2009).

Musich ve diğerlerinin (2017) bakım verenler üzerinde yaptıkları araştırmada;

bakım verenlerin özellikleri, sağlık sistemini kullanma sıklıkları ve maliyetleri araştırılmış ve bunun sonucunda; sağlık durumu daha iyi olan yaşlılara bakım verenlerin daha genç ve sağlıklı bakıcılar olmakla birlikte depresyon ve yalnızlık hislerinin daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Sağlık durumu daha kötü olan yaşlıların bakıcılarının ise genellikle kadın oldukları ve orta düzeyde yalnızlık hissettikleri saptanmıştır. Bakıcıların, hastane yatışlarının, reçetelerinin ve ilaç maliyetlerinin daha az olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar bakıcılarda psikolojik sağlığın olumsuz etkilenirken, fiziksel sağlığın olumsuz etkilendiğine dair kanıt olmadığını göstermektedir. Özellikle psikolojik ve duygusal desteğin daha az kaynak kullanılarak verilebileceği ve bakım veren kişilerin bundan fayda sağlayacağını önermişlerdir. Bu destekler arasında problem çözme terapileri, fiziksel aktivite programları, psikososyal destek ve eğitimle ilgili umut verici kişiselleştirilmiş girişimlerin olduğunu ortaya koymuşlardır (Shirley, 2016).

Bir diğer çalışmada, hastanede yatan yaşlı hastaların bakıcılarına INFOSA sosyal destek programı uygulanmış ve bu programın, bakım verende kısıtlılık ve emosyonel stresi azalttığı, kısa dönemde bakıcılarda algılanan sosyal destek düzeyinde artışa sebep olduğu saptanmıştır. Bu girişimin daha uzun süreli yapılmasının uzun dönem sonuçlarında da pozitif etkisi olacağı ortaya konulmuştur (Zabalegui ve diğerleri, 2016).

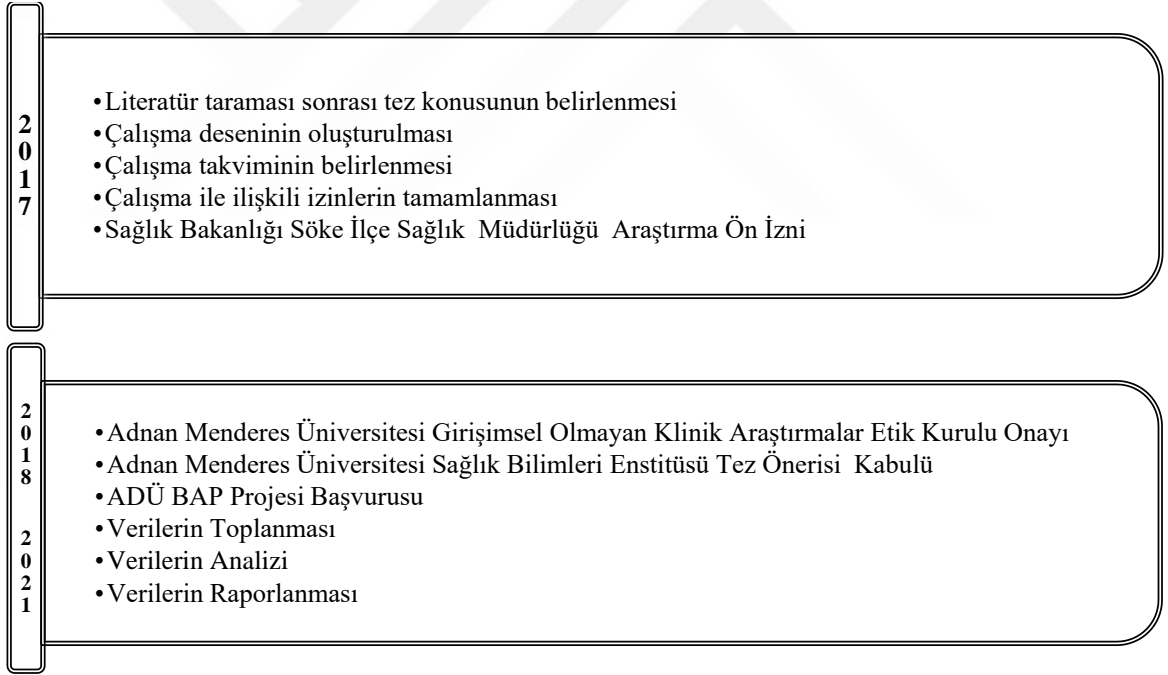
Demans hastalarına bakım verenler ile yapılan “Telefon İletişimine Dayalı Sosyal Destek Programı Uygulamasının” bakım verenlerde algılanan sosyal destek düzeyi üzerine olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir (Berwig, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Gereç

3.1.1. Çalışma Tasarımı

Araştırma konusu, çalışma başlığı ve içeriği belirlenerek, Sağlık Bakanlığı Söke İlçe Sağlık müdürlüğünden 13.12.2017 tarihinde araştırma için ön izin (Ek 1) alındı. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan da 2017/55 protokol numaralı etik kurul onayı (Ek 2) alındı. Araştırmanın kronolojik akış şeması şekil 1 de gösterilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın Kronolojik Akış Şeması.

Çalışmamız yapılandırılmış sosyal destek projesi ve telefon iletişim ağının kurulmasına dayanan bir çalışmadır. Yaşlıya bakım verenlere uygulanacak olan sosyal destek projesinin bakım verme yükü ve sosyal destek algısına etkisini araştırdığımız çalışmamız primer korunmaya yönelik, ön test - son test uygulanan, prospektif bir olgu kontrol çalışması olarak planlandı.

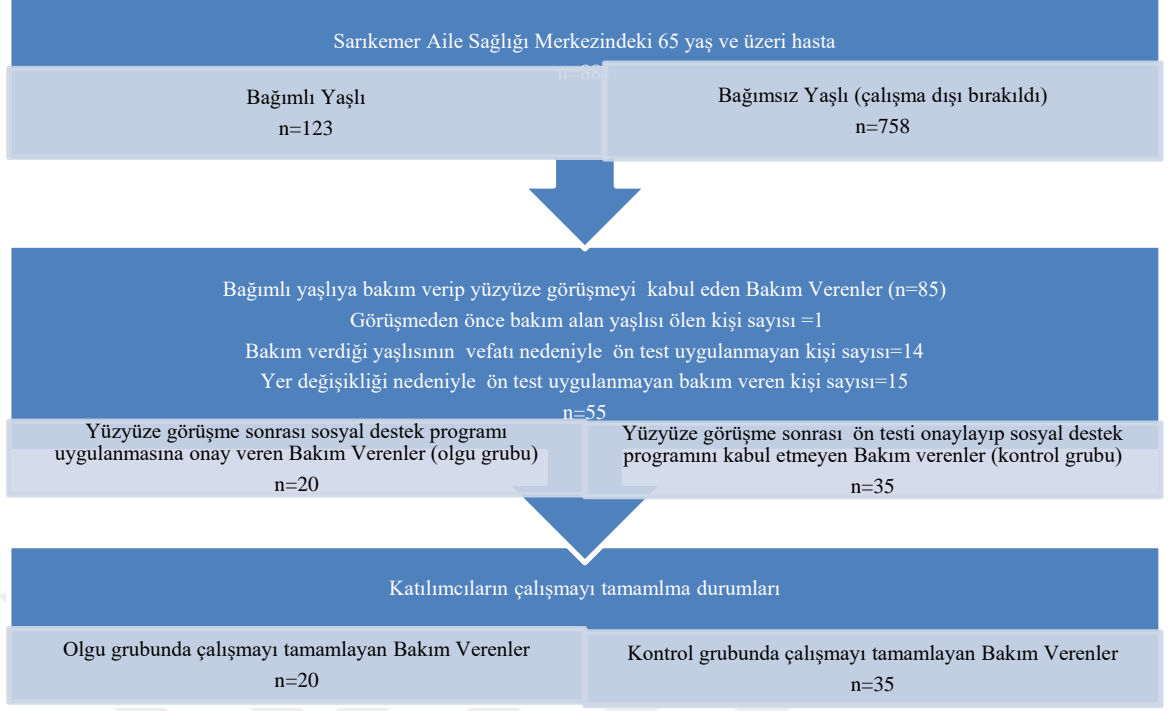
Söke Sarıkemer Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı olan 65 yaş üstü bağımlı yaşlıya bakım veren 85 bakım veren kişi çalışmamızın örneklemini oluşturdu. Çalışma Sarıkemer ve Sarıkemer'e bağlı olan köylerde (Karacahayıt, Özbaşı, Serçin, Yeşilköy ve Çalıköy) 2018 Mart -2020 Aralık tarihleri arasında uygulandı.

Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyanların belirlenmesi için Söke Sarıkemer Aile sağlığı merkezinde kaydı bulunan 65 yaş üstü bireylere telefon ile ulaşıldı. Telefon görüşmesinde öncelikle evde bakım verenlerinin olup olmadığı sorgulandı. Bakım verenlerinin olduğunu beyan eden yaşlılarda yaşının bağımlılık durumu irdelendi. Bağımlılık durumunun belirlenmesinde günlük yaşam aktiviteleri indeksi (GYA) kullanıldı. Çalışma hakkında kişilere bilgi verildi.

Mart 2018-Aralık 2020 tarihleri arasında, yeterli sayıya ulaşana kadar, toplam 881 yaşlı ile görüşüldü ve 123 kişi bağımlı / yarı bağımlı olup bakıcısı olduğu belirlendi. 85 bakım veren kişi çalışmaya gönüllü oldu. 1 kişi ile yüz yüze görüşme yapılamadan vefat etti.84 bakım veren örnekleme oluşturdu. Bu kişiler ile yüz yüze görüşülerek yazılı ve sözlü onamları alınarak çalışmaya başlandı.

Sarıkemer merkez ve köylerdeki katılımcılar evlerinde ziyaret edildi ve anketler araştırmacı tarafından dolduruldu. Ev ziyaretleri sonrasında toplam 20 katılımcı girişim uygulanması için (Yapılandırılmış Sosyal Destek Programı)gönüllü oldu. Gönüllülük esasına dayalı olarak oluşturulan bu grup olgu grubu olarak kabul edildi ve bunlara Sarıkemer Aile Sağlığı Merkezi Eğitim Odası ve Serçin Köyü Muhtarlık Odasında yapılandırılmış sosyal destek programı uygulandı. Olgu grubundaki katılımcılar, fiziksel mekâna göre 10 kişilik iki gruba randomize edildi. Yapılandırılmış sosyal destek programının uygulanmasını kabul etmeyen katılımcılar kontrol grubu olarak çalışmaya dâhil edildi.

Örnekleme sayısı 84 olarak alındı bu örnekleme büyüklüğü %95 güvenlik aralığında %5 lik hata payı olacak şekilde belirlendi. Çalışma sürecinde; ön test yapılamadan 15 kişi çalışmadan yer değişikliği nedeni ile ayrıldı.14 kişinin bakım verdiği yaşlı vefat etti. Sonuç olarak çalışmamız 20 olgu ve 35 kontrol grubunda olmak üzere toplam 55 kişi ile gerçekleştirildi.



Şekil 2. Örneklem Akış Şeması.

Veriler sosyal destek programı öncesi ve sonrası olmak üzere, iki aşamalı olarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Toplam görüşme yaklaşık 30-35 dakika sürdü.

3.1.2. Çalışmada Kullanılan Form, Ölçek ve Araçlar

- Bakım veren anket formu (Ek 3)
- Günlük Yaşam Aktiviteleri(KATZ ADL) (Ek 4)
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği(ÇBASD) (Ek 5)
- Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BYÖ) (Ek 6)
- Bakım verenlere uygulanan eğitim sunumu (Ek 7)

3.1.2.1. Bakım Veren Anket Formu

Araştırmada kullanılan bakım veren anket formu toplam 49 sorudan oluşturuldu. Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak hazırlandı ve bakım verenler ile yüz yüze görüşülerek dolduruldu.

Anket formu, “Yaşlıya Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgiler” ve “Yaşlıyı Tanıtıcı Bilgiler” olmak üzere iki bölümden oluşturuldu.

Bakım veren bireyi tanıtıcı bilgileri içeren bölümde, yaşı, cinsiyeti, öğrenimi, medeni durumu, meslek, geliri, sosyal güvence ve kronik hastalık durumu, sürekli bir ilaç kullanıp kullanmadığı ile ilgili kişilerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik 13 soru bulunmaktadır. Bakım verme kapsamında ise, bakım verilen yer, bakım verenin yakınlık derecesi, bakım verme süresi (yıl), gün içinde bakıma ayrılan süre (saat), bakım verme nedeni ile ekonomik kazanç sağlayıp sağlamadığı, bakımın özelliği, sosyal destek durumu ve bakım verme dışında başka bir sorumluluğunun olup olmadığını içeren, bakım vermenin psikolojik ve fiziksel olarak etkilerini belirlemeye yönelik 33 soru vardı.

Yaşlıyı tanıtıcı bilgiler bölümünde ise; yaşlıya ait kişisel bilgiler olarak yaşı, cinsiyeti, öğrenimi, medeni durumu, meslek, sosyal güvence, gelir, kronik hastalık, kullanılan ilaçlar, bası yarası, uyku bozukluğu ve bağımlılık düzeyini belirlemeye yönelik 16 soru yer almaktadır.

3.1.2.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri (Katz activities of Daily living)

Yaşlıların sağlık durumlarını değerlendirmenin en kolay yollarından biri, düşkünlüğü gösteren ve objektif veriler sağlayan fonksiyonel değerlendirmenin yapılmasıdır. Kronik hastalıklarda ve yaşlılarda tedavi ve prognozun değerlendirilmesinde kullanmak amacıyla Katz ve arkadaşları (1963) tarafından “Günlük Yaşam Aktiviteleri” (GYA) İndeksi geliştirilmiştir. Altı başlık altında; yaşlının banyo yapma, giyinme, tuvalet gereksinimini karşılama, transfer, bağırsak ve mesane kontrolü ve beslenmeyle ilgili işlevleri bağımsız olarak yerine getirebilme yeteneğini değerlendirir. Yaşlının her bir işlevi bağımsız ya da yardım alarak yerine getirebilme durumu değerlendirilerek GYA da bağımlılık / bağımsızlık düzeyi belirlenir. Ölçek değerlendirmesinde 1-2 puan ciddi fonksiyon kaybı (tam bağımlı),3-4

puan orta derecede fonksiyon kaybını (yarı bağımlı), 5-6 puan ise tam fonksiyon (bağımsız) olarak değerlendirilir (Katz, 1963; Shelkey, 2001).

3.1.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS)

Ölçek, Zimet ve diğerleri (1988) tarafından geliştirilmiş, Eker ve diğerleri (2001) tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. ÇBASDÖ 12 maddeden oluşan, kısa ve kullanımı kolay bir ölçektir. Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içermekte ve bu üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmektedir. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin üç alt boyutu; “Aile” (3, 4, 8, 11. Maddeler), “Arkadaş” (6, 7, 9, 12. Maddeler) ve “Özel İnsan” (1, 2, 5, 10. Maddeler) içeren, toplam 12 maddeden oluşur. Yedili likert tipi değerlendirme özelliğine sahip bir ölçektir. Uygulayıcı katılmadığı cümleye en az 1 katıldığı cümleye de en fazla 7 puan verebilmektedir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı, bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen toplam puanının yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçekte tanımlanmış kesme değeri yoktur. Ölçeğin iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı 0.89’dur (Eker ve diğerleri 2001).

3.1.2.4. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2006 da Fadime Hatice İnci Tarafından yapılmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenin kendisi ya da araştırmacı ölçeği doldurabilir. Bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek ‘asla’, ‘nadiren’, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0’dan 4’e kadar değişen 5’li Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Değerlendirme toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Elde edilen puanlar (0-20) az/hiç yük olmaması,

(21-40) hafif/orta derecede yük, (41-60) orta/ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmiştir (İnci. 2006). Ölçekte bakım veren - hasta ilişkisi, bakım verenin sağlık durumu, psikolojik durumu, ekonomik yükü ve sosyal hayatı değerlendirilebilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,87 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,71 olarak bulunmuştur (İnci 2006).

3.1.2.5. Bakım Verenlere Uygulanan Eğitim Sunumu

Bakım verenlere anlatılacak eğitim başlıkları literatür taranarak belirlendi ve “power point” sunumu hazırlandı. Literatür taramasına göre eğitim konuları iki ana başlık altında toplandı.

1) Bakım verme sürecinde oluşan stres ve stres ile baş etme yöntemleri:

Stres oluşumu ve stresle baş etme yöntemlerinden olan nefes egzersizleri ve zihinde canlandırma teknikleri anlatıldı. Bunun yanı sıra yapılması önerilen fiziksel egzersizler (düzenli yürüyüş, açma germe egzersizleri) ile ilgili uygulamalı temel eğitim verildi.

2) Yaşlı bakımı hakkında temel bilgiler, yaşlının bakımını kolaylaştırabilecek bakım önerileri ve Demanslı yaşlıya yaklaşım, çoklu ilaç kullanımı, düşmeler, ev güvenliği, hijyen, idrar kaçırma, Sarkopeni, beslenme ve ev içinde yapılabilecek ergonomik düzenlemeler anlatıldı.

3.2. Yöntem

3.2.1. Yapılandırılmış Sosyal Destek Programının Uygulanması

Öncelikle Sarıkemer aile sağlığı merkezinde aile hekimliği birimlerinde kayıtlı olan 65 yaş üstü yaşlı nüfusu listeleri alındı. Yeterli çalışma grup sayısına ulaşılabilme için üç ayrı tarihte (65 yaş üstü nüfus listesi alındı). Kayıtlı olan tüm 65 yaş üstü bireylere telefon ile ulaşıldı ve bağımlı yaşlılara bakım veren kişiler tespit edildi. Çalışma hakkında bakım verenlere bilgi verildi. Çalışmaya katılmak isteyen bakım verenler araştırmacı tarafından

evlerinde ziyaret edildi. Bakım verenler ile yüz yüze görüşmede, her bir katılımcıya araştırmanın adı, amacı, süresi ve şekli hakkında açıklama yapıldı ve Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek8) verilerek sözlü ve yazılı onamları alındı. Formlar katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda dolduruldu.

Sosyal destek programına katılmayanlar kontrol grubu olarak kabul edildi. Yapılandırılmış sosyal destek programına katılmaya gönüllü olan kişiler rastgele yöntem ile 10'ar kişilik iki gruba ayrıldı. Araştırmacının kendisi grup yöneticisi olarak belirlendi. Her iki gruba da aşağıdaki program uygulandı:

0. hafta: Gruplara seçilmiş kişiler ile bireysel olarak ilk görüşmenin yapıldığı hafta 0.hafta olarak kabul edildi. Bakım verenlere, yaşlıya bakım verenin tanıtım formu ile bakım verilen yaşlıya ait bilgiler formlarından oluşan "Bakım veren anket formu", ÇBASD ve BYÖ ön test olarak uygulandı. Bakım verenler ile ilk görüşmede toplanan veriler araştırmanın başlangıç verilerini oluşturdu.

1. hafta: Sosyal destek programına katılmayı kabul eden onar kişilik 2 grup ayrı ayrı zamanlarda araştırmacı yöneticiliğinde bir araya geldi. Sosyal destek programı uygulanmasına başlandı. Bu aşamada katılımcılar birbirleri ile tanıştı. Erişkin eğitiminin bir parçası olarak tanışma ve ısınma egzersizleri uygulanarak bireylerin birbirlerini tanıması, rahatlaması ve motivasyonlarının artırılması sağlandı. Sonrasında ilk aşama eğitim verildi. Bu eğitimde demanslı yaşlıya yaklaşım, çoklu ilaç kullanımı konularında temel eğitim verildi. Stres oluşumu ve stresle baş etme yöntemlerinden olan nefes egzersizleri ve zihinde canlandırma teknikleri anlatıldı. Bunun yanı sıra yapılması önerilen fiziksel egzersizler (düzenli yürüyüş, açma germe egzersizleri) ile ilgili uygulamalı temel eğitim verildi. Destek ve yardım alabileceği kurumsal, kişi ve merkezler ile ilgili bilgilendirme yapılarak bunların iletişim bilgilerinin bulunduğu listeler katılımcılara dağıtıldı (Ek 9). Yine aynı toplantıda bakım verenlerin grup yöneticisi ve birbirleri ile iletişim sağlayıp sosyalleşebileceği telefon iletişim ağı kuruldu. Ayrıca grup yöneticisi olan araştırmacı, katılımcıları haftada bir olmak üzere arayıp grup içi uygulamalara yönelik görüş alışverişinde bulunulacağını söyledi. Araştırmacı katılımcıların eğitimlerde uygulamalı olarak anlatılan egzersizlerin evde de uygulanması konusunda hatırlatma da bulundu. Grup toplantıları yaklaşık 45 - 60 dakika olarak planlandı ve uygulandı. Toplantı sonunda bir sonraki eğitim için gün belirlendi.

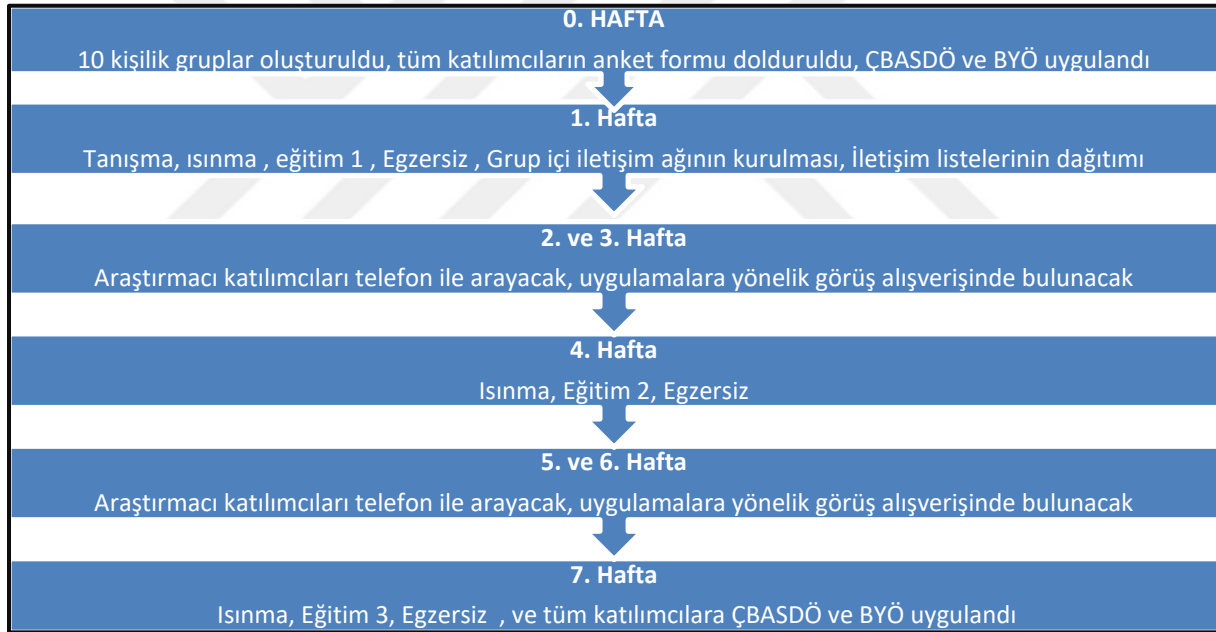
PowerPoint (PPT) formatındaki dosyalar, bakım verenlere dizüstü bilgisayar aracılığı ile sunulmuş; içerik katılımcıların anlayacağı dilde sade ve görsel resimlerle zenginleştirilmiş ve anlaşılır şekilde araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

2. hafta ve 3. hafta: Araştırmacı grup yöneticisi olarak katılımcıları telefon ile arayarak uygulamalara yönelik görüş alışverişinde bulundu.

4. hafta: Aynı grup tekrar toplanarak eğitimin ikinci aşaması olan düşmeler, ev güvenliği hijyen ve idrar kaçırma konuları anlatıldı. Ev içinde yapılabilecek ergonomik düzenlemeler anlatıldı. Daha önce anlatılan fiziksel ve zihinsel egzersizler uygulamalı olarak yapıldı.

5. hafta ve 6. Hafta: Araştırmacı katılımcıları tekrar telefon ile arayarak uygulamaların yerine getirilmesi ve katılımcıların kendi arasında oluşturdukları iletişim ağının aktif kullanılmasına yönelik girişimde bulundu.

7. hafta: Aynı gruplar tekrar bir araya gelerek eğitimin üçüncü aşaması gerçekleştirildi. Sarkopeni ve beslenme ili ilgili eğitim verilerek egzersizler uygulamalı olarak yapıldı. Son test olarak katılımcılara , ‘ÇASDÖ’ ve ‘BYÖ’ uygulandı.



Şekil 3. Yapılandırılmış Sosyal destek programının uygulanma şeması.

İlk grup toplantısı 10 kişi ile 22 Ocak 2020’de 2. Grup toplantısı ise 10 kişi ile 23 Ocak 2020’de yapıldı ve bu iki gruba 8 haftalık süreçte yapılandırılmış destek programının tamamı uygulanarak toplam 20 katılımcının verileri tamamlandı. Bu 20 kişi olgu grubu olarak kabul edildi. Sadece ilk aşama verileri tamamlanıp, yapılandırılmış sosyal destek programına katılmayı kabul etmeyen 35 kişilik grup ise kontrol grubu olarak kabul edildi. Kontrol grubuna sadece ilk ve son testler uygulandı.

3.2.2. Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

1. 65 yaş üstü bağımlı yaşlıya bakım veriyor olmak.
- 2.Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.
- 3.Bilişsel bozukluk ya da iletişim güçlüğü olmaması

3.2.3. Çalışmadan Çıkarılma Nedenleri

1. Gönüllü katılımcının çalışmayı tamamlamak istememesi
2. Bakım verilen yaşlının vefatı
3. Bakım veren kişinin bakımı bırakması veya başkasına devretmesi.
4. Bakım veren kişiye ikamet değişikliği nedeniyle ulaşılamaması

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın örneklem gücünün belirlenmesinde, G- Power 3.1.9.4 analiz programı kullanıldı. Post- Hoc güç analizinde 0.8 etki büyüklüğüne göre araştırmanın gücü 0.89 olarak hesaplandı. Bu analizler sonucunda çalışmanın yeterli gücü olduğu saptandı.

Veri analizlerinde SPSS 22.0 programı kullanıldı. Öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri belirlendi. Verilerin dağılımlarının normallliğini belirlemek için histogram, varyans katsayısı (standart sapma / ortalama %30'dan az olması normal), Skewness- Kurtosis, Detrended ve Shapiro - Wilk değerlerine göre belirlendi. Normal dağılım gösteren verilerin her iki grup arasındaki karşılaştırılmasında parametrik testlerden Student-T testi kullanılırken, normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi kullanıldı. Grup içinde ölçüklerin ön ve son test skorlarının karşılaştırılmasında, eğer veri (BVYÖ ilk ve son skorları) normal dağılım gösteriyor ise parametrik eşleştirilmiş t testi, normal dağılım göstermiyor (ÇBASDÖ ve alt ölçüklerinin ilk ve son test skorları) ise non-parametrik eşleştirilmiş Wilcoxon testi uygulandı. Yapılandırılmış Sosyal Destek Programı (YSDP) uygulanan ve uygulanmayan gruplardaki bakım verenlerin

tanıtıcı özelliklerinin tanımlayıcı istatistikleri Ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı.

3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerinin belirli bir alanda toplanması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verdikleri yaşlıyı bırakıp eğitimlere katılamama durumu araştırmayı sınırlayan en önemli etken olmuştur. Pandemi döneminin bu olumsuzlukta rol oynadığı düşünülmektedir. Araştırmacının örneklem bölgesinde aile hekimi olarak da görev yapıyor olması, araştırmanın yürütülmesi ve kontrol gücünü olumlu etkilemiştir.



4. BULGULAR

Bakım Veren Kişilere Ait Özellikler

Çalışmaya toplamda 55 bakım veren kişi katıldı. Bunların yirmisi (%36,4) yapılandırılmış sosyal destek programına (YSDP) katılırken 35'i (%63,7) bu programa katılmadan sadece ön test ve son testlere katıldı. YSDP uygulananların yaş ortalaması $49,6 \pm 10,1$ yıl iken YSDP uygulanmayanların yaş ortalaması $56,7 \pm 10,5$ yıldır ($p=0,018$). İki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. YSDP Uygulanan ve Uygulanmayan Bakım Veren Kişilerin Yaş özellikleri.

		n=55	Ortalama	Ortanca	Standart Sapma	Min.	Maks.	P
YSDP Uygulanan	Yaş (yıl)	20	49,6	47,5	10,1	36	75	0,018*
YSDP Uygulanmayan	Yaş (yıl)	35	56,7	58,0	10,5	35	74	

Çalışmaya katılan 55 bakım verenin 50'si kadın 5'i ise erkekti. Kadınların 19'u (%38) YSDP uygulanan grupta 31'i (%62) ise YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Erkeklerin ise sadece biri (%20) sosyal destek programına katılırken 4'ü (%80) YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Her iki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,643$).

Her iki gruptaki evli olanların oranları YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplarda sırası ile %31,1 ($n=14$) ve %68,9 ($n=31$) idi. Evli olmayanların oranları ise yine aynı sıra ile %60 ($n=6$) ve %40 ($n=4$). Her iki grubun medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,144$).

Bakım verenlerin eğitim düzeyleri ilköğretim ve altı ve ilköğretim ve üzeri olacak şekilde sınıflandırıldı. Her iki grupta da ilköğretim ve altı eğitime sahip olan 17 kişi vardı. Bununla beraber, ilköğretim ve üzeri eğitimi olanların 3'ü (%14,3) sosyal destek programında yer alırken 18'i (%85,7) bu programa katılmadı ($p=0,010$).

Katılımcıların 38'inin sosyal güvencesi varken 17'sinin herhangi bir sosyal güvencesi

yoktu. YSDP uygulanan ve uygulanmayanlarda, sosyal güvencesi olanların oranı sırası ile %36,8 (n=14) ve %63,2 (n=24) idi. Sosyal güvencesi olmayanların aynı gruplardaki oranları ise sırası ile %35,3 (n=6) ve %64,7 (n=11) idi. Her iki grup arasında sosyal güvence durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=1,000).

Bakım verenlerin 35'i ev hanımıydı ve bunların 16'sı (%45,7) YSDP uygulanan, 19'u (%54,3) ise YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Meslek sahibi olan 20 bakım verenin ise 4'ü (%20) YSDP uygulanan ve 16'sı (%80) YSDP uygulanmayan grupta yer aldılar (p=0,082). Bakım verenlerin yaşlıya olan yakınlık dereceleri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,022).

Yaşlıların 5'i oğullarından, 20'si kızlarından, 6'sı eşlerinden, 21'i gelinlerinden ve 3'ü diğer başka kişilerden bakım alıyordu. Bakım veren oğullardan 1'i (%30,8) YSDP uygulanan, 4'ü (%69,2) ise diğer grupta yer aldı. Kız çocuklarının ise 4'ü (%36,8) YSDP uygulanan, 16'sı (%63,2) ise uygulanmayan gruba dahil oldular. Eşlerin sadece biri (%16,7) YSDP uygulanan grupta yer aldı. Diğer 5 (%83,3) eş ise sosyal destek programına katılmadı.

YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplarda yer alan gelin bakım verenlerin sayısı sırasıyla 11 (%52,4) ve 10 (%47,6) idi. Yakınlık derecesi açısından "diğer"(torunu ve kardeşi) grubuna giren bakım verenlerin ise tamamı (n=3) YSDP uygulanan gruptaydı. Yakınlık dereceleri açısından anlamlı bir farklılık saptandı. Bu fark diğer kapsamında yer alan yakınlardan kaynaklanmaktaydı (p=0,022).

Her iki gruptaki bakım verenler kronik hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,223). Kronik hastalığı olan 39 bakım verenin 12'si (%30,8) YSDP uygulanan, 27'si (%69,2) uygulanmayan grupta yer aldı. Her iki gruptaki kronik hastalığı olmayanların sayısı (n=8) eşitti.

Bakım verenlerin 36'sında sürekli ilaç kullanımı öyküsü vardı. Bunların 11'i (%30,6) YSDP uygulanan, 25'i (%69,4) uygulanmayan gruptaydı. Sürekli ilaç kullanımı olmayanların ise 9'u (%47,4) YSDP uygulanan, 10'u (%52,6) ise uygulanmayan grupta yer aldı. İki grup arasında bakım verenlerin sürekli ilaç kullanımı öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,250). (Tablo 2)

Tablo 2. YSDP uygulanan ve Uygulanmayan Bakım Veren Kişilerin sosyo-demografik özellikleri.

Bakım Veren Kişiler		YSDP Uygulanan (n=20)	YSDP Uygulanmayan (n=35)	Toplam (n=55)	χ^2	P
Cinsiyeti	Kadın	19 (%38)	31 (%62)	50 (%100)	0,636	0,643
	Erkek	1 (%20)	4 (%80)	5 (%100)		
Medeni durum	Evli	14 (%31,1)	31 (%68,9)	45 (%100)	2,951	0,144
	Diğer (Bekar, Boşanmış)	6 (%60)	4 (%40,0)	10 (%100)		
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	17 (%50)	17 (%50)	34 (%100)	7,156	0,010*
	İlköğretim ve üzeri	3 (%14,3)	18 (%85,7)	21 (%100)		
Sosyal güvence	Var	14 (%36,8)	24 (%63,2)	38 (%100)	0,012	1,000
	Yok	6 (%35,3)	11(%64,7)	17 (%100)		
Meslek	Ev kadını	16 (%45,7)	19 (%54,3)	35 (%100)	3,637	0,082
	Meslek sahibi	4 (%20)	16 (%80)	20 (%100)		
Yakınlık Derecesi	Oğlu	1 (%30,8)	4 (%69,2)	5 (%100)	11,477	0,022*
	Kızı	4 (%36,8)	16 (%63,2)	20 (%100)		
	Eşi	1 (%16,7)	5 (%83,3)	6 (%100)		
	Gelini	11 (%52,4)	10 (%47,6)	21 (%100)		
	Diğer	3 (%100)	0 (%0,0)	3 (%100)		
Kronik hastalık	Var	12 (%30,8)	27 (%69,2)	39 (%100)	1,813	0,223
	Yok	8 (%50)	8 (%50)	16 (%100)		
Sürekli Kullanılan ilaç	Var	11 (%30,6)	25 (%69,4)	36 (%100)	1,519	0,250
	Yok	9 (%47,4)	10 (%52,6)	19 (%100)		
Toplam	n	20 (%36,4)	35 (%63,6)	55 (%100)		

Bakım veren kişilerin ekonomik durumları incelendiğinde 14'ünün (%25,5) 1500 TL / ay'dan daha düşük geliri olduğu saptanırken 35'inin (%63,6) 1500-5000 TL / ay, 6'sının (%10,9) ise 5000 TL / ay'dan daha fazla gelire sahip olduğu görüldü. Her iki grup arasında aylık gelirler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,047).

Bakım verenlere sorulan ve gelir düzeyi algısını belirlemeyi amaçlayan "Size göre gelir düzeyiniz nasıl?" sorusuna 7 (%12,7) kişi "iyi", 36 (%65,5) kişi "orta" ve 12 (%21,8) kişi "kötü" şeklinde cevap verdi. Gelir düzeyi algısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,052). Bakım verenlerin 16'sı (%29,1) bakım vermenin kendilerini maddi açıdan zorladığını beyan ederken 39'u (%70,9) zorlamadığını beyan ettiler. YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplarda maddi açıdan zorlanma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,334). Bakım verenlerin 13'ü (%23,6) bakım verme harici ek işte çalıştığını beyan ederken 42'si (%76,4) ek işte çalışmadığını beyan etti. Bakım verme harici ek işte çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,553). Bakım

verme karşılığında ücret alanların sayısı 7 (%12,7) almayanların ise 48 (%87,3) idi. Gruplar arasında bu açıdan da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,209). Bakım verenlerin yukarıda bahsedilen ekonomik durumlar ile ilgili özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 3’de gösterilmektedir.

Tablo 3. YSDP uygulanan ve Uygulanmayan Bakım Veren Kişilerin ekonomik durumları ile ilgili özellikleri.

Bakım Veren Kişiler	YSDP Uygulanan (n=20)	YSDP Uygulanmayan (n=35)	Toplam (n=55)	χ^2	P	
Aylık Gelir (TL/ Ay)	<1500	8 (57,1)	6 (%42,9)	14 (%100)	6,106	0,047*
	1500-5000	12 (%34,3)	23 (%65,7)	35 (%100)		
	>5000	0 (%0)	6 (%100)	6 (%100)		
Size göre gelir düzeyiniz nasıl?	İyi	2 (%28,6)	5 (%71,4)	7 (%100)	6,092	0,052
	Orta	10 (%27,8)	26 (%72,2)	36 (%100)		
	Kötü	8 (%66,7)	4 (%33,3)	12 (%100)		
Bakım vermek sizi maddi açıdan zorluyor mu?	Evet	7 (%43,8)	9 (%56,2)	16 (%100)	0,532	0,334
	Hayır	13 (%33,3)	26 (%66,7)	39 (%100)		
Bakım verme harici ek işte çalışıyor musunuz?	Evet	5 (%38,5)	8 (%61,5)	13 (%100)	0,032	0,553
	Hayır	15 (%35,7)	27 (%64,3)	42 (%100)		
Bakım verme karşılığında herhangi bir ücret alıyor musunuz?	Evet	4 (%45,7)	3 (%54,3)	7 (%100)	1,497	0,209
	Hayır	16 (%20)	32 (%80)	48 (%100)		
Toplam	n	20 (%36,4)	35 (%63,6)	55(%100)		

Altı aydan daha kısa süredir bakım veren 6 hastanın hiçbiri (%0), 6 ile 12 aydır bakım veren 7 hastanın ise biri (%14,3), 13-24 aydır bakım verenlerin 2’si (%28,6) ve 24 aydan daha uzun süredir bakım verenlerin ise 17’si (%48,6) YSDP uygulanan grupta yer aldı. Altı aydan kısa, 6-12 ay, 13-24 ay ve 24 aydan uzun süredir bakım verenlerin sırasıyla 6 (%100), 6 (%85,7), 5 (%71,4) ve 18 (%51,4) kişisi ise YSDP uygulanmayan grupta idi (p=0,062). Günlük bakım verme süresi 0-8 saat arası olan 18 hastanın 11’i (%32,4) sosyal destek programına katılırken 23’ü (%67,6) ise YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Yine günlük bakım verme süresi 9-16 saat arasında olan 8 hastanın 5’i (%62,5) YSDP grubunda 3’ü (%37,5) ise YSDP uygulanmayan gruptaydı. Bu sürenin 17-24 saat olduğu 13 hastanın ise 4’ü (%30,8) YSDP uygulanan ve 9’u (%69,2) YSDP uygulanmayan grupta yer aldı (p=0,250).

Günlük bakım verme süresi 32 kişi tarafından kendisi için “uygun” olarak belirtilirken, 6 kişi tarafından “kısa” ve 17 kişi tarafından da “uzun” olarak ifade edildi. Sürenin kendisi açısından uygun olduğunu beyan edenlerin 10’u (%31,3), “kısa olduğunu beyan edenlerin 2’si (%33,3) ve “uzun olduğunu beyan edenlerin ise 8’i (%47,1) YSDP uygulanan grupta yer aldı. Sürenin kendisi açısından “uygun”, “kısa” ve “uzun” olduğunu beyan edenlerin sırası ile 22’si (%68,8), 4’ü (%66,7) ve 9’u (%52,9) ise YSDP uygulanmayan gruptaydı (p=0,542). (Tablo 4)

Tablo 4. YSDP uygulanan ve Uygulanmayan Bakım Veren Kişilerin bakım verme süreleri ile ilişkili özellikleri.

Bakım Veren Kişiler		YSDP Uygulanan (n=20)	YSDP Uygulanmayan (n=35)	Toplam	χ^2	P
Yaşımıza ne kadar süredir bakım veriyor sunuz?	<6 ay	0(%0)	6 (%100)	6 (%100)	7,341	0,062
	6-12 ay	1 (%14,3)	6 (%85,7)	7 (%100)		
	13-24 ay	2 (%28,6)	5 (%71,4)	7 (%100)		
	>24 ay	17 (%48,6)	18 (%51,4)	35 (%100)		
Bakım verme süreniz günlük kaç saat?	0-8 saat	11 (%32,4)	23 (%67,6)	18 (%100)	2,774	0,250
	9-16 saat	5 (%62,5)	3 (%37,5)	8 (%100)		
	17-24 saat	4 (%30,8)	9 (%69,2)	13 (%100)		
Günlük bakım verme süreniz sizin için uygun mu?	Uygun	10 (%31,3)	22 (%68,8)	32 (%100)	1,226	0,542
	Kısa	2 (%33,3)	4 (%66,7)	6 (%100)		
	Uzun	8 (%47,1)	9 (%52,9)	17 (%100)		
Toplam	n	20 (%36,4)	35 (%63,6)	55(%100)		

Bakım verenlerin 31’i ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verdiğini beyan etti. Bunların 12’si (%29,3) YSDP programındaki bakım verenlerden iken 29’u (%70,7) YSDP uygulanmayan gruptaydı. Ekonomik katkı sağlamak amacı taşıyan 2 bakım verenin her ikisi (%100) de YSDP uygulanan grupta yer aldı. Yaşlısına bakacak başka birinin olmaması nedeniyle bakım verdiğini söyleyen 12 kişinin 6’sı (%50) sosyal destek programına katılırken diğer 6’sı (%50) katılmayarak diğer grupta yer aldı. Her iki grup arasında yaşlıya bakım nedenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,069). Bakım verme konusunda yardım aldığını beyan eden 15 kişinin 6’sı (%40), YSDP uygulanan grupta diğer 9’u (%60) ise uygulanmayan gruptaydı. Bakım verme konusunda yardım almadıklarını beyan eden 40 kişinin ise 14’ü (%35) YSDP uygulanan 26’sı (%65) ise uygulanmayan grupta yer aldı (p=0,761). Bakım verenlerin 43’ü acil durumda yaşlısını bırakabileceği birinin olduğunu beyan ederken 12’si böyle birinin olmadığını beyan etti. Bırakacak birinin olduğunu beyan edenlerin 17’si (%39,5) YSDP uygulanan, 26’sı (%60,5) ise YSDP uygulanmayan grupta yer

aldı ($p=0,502$). Otuz yedi bakım veren bakım verirken zorlandığını beyan ederken 18'i zorlanmadığını bildirdi. Bakım verirken zorlananların 12'si (%32,4) YSDP grubunda, 25'i (%67,6) YSDP uygulanmayan grupta yer alırken, zorlanmayanların bu gruplardaki sayıları sırası ile 8 (%44,4) ve 10 (%55,6) olarak saptandı ($p=0,551$). Buna rağmen bakım verenlerin sadece 3'ü yaşlısını bakım evine yatırmak isteyeceğini belirtti ve bu üç kişinin tamamı (%100) YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Diğer 52 katılımcı ise yaşlısını bakım evine yatırmayı istemediğini beyan etti. Bunların 20'si (%38,5) YSDP uygulanan, 32'si (%61,5) ise uygulanmayan grupta idi ($p=0,293$). Yaşamının bu döneminde yaşlı birine bakması gerekeceğini hiç düşünmeyen 31 katılımcınının 6'sı (%19,4) sosyal destek programına katılırken 25'i (%80,6) katılmadı. Bu olasılığı düşündüğünü beyan eden 24 kişinin ise 14'ü (%58,3) YSDP uygulanan, 10'u (%41,7) ise uygulanmayan grupta çalışmaya katıldı ($p=0,005$). Gruplardaki bakım verenlerin bakım süreçleri ile ilgili gruplar arası karşılaştırılması Tablo 5'de gösterilmektedir.

Tablo 5. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin bakım süreçleri ile ilişkili durum ve düşünceleri.

Bakım Veren Kişiler		YSDP Uygulanan (n=20)	YSDP Uygulanmaya n (n=35)	Toplam	χ^2	P
Yaşlıya bakma nedeni	Ailevi sorumluluk	12 (%29,3)	29 (%70,7)	31 (%100)	5,356	0,069
	Ekonomik katkı	2 (%100)	0 (%0,0)	2 (%100)		
	Bakacak başka birinin olmaması	6 (%50)	6 (%50)	12 (%100)		
Bakım verme konusunda yardım alıyor musunuz?	Evet	6 (%40,0)	9 (%60,0)	15 (%100)	0,118	0,761
	Hayır	14 (%35,0)	26 (%65,0)	40 (%100)		
Acil bir durumda yaşınızı bırakabileceğiniz bir var mı?	Evet	17 (%39,5)	26 (%60,5)	43 (%100)	0,857	0,502
	Hayır	3 (%25)	9 (%75)	12 (%100)		
Bakım verirken zorlanıyor musunuz?	Evet	12 (%32,4)	25 (%67,6)	37 (%100)	0,755	0,551
	Hayır	8 (%44,4)	10 (%55,6)	18 (%100)		
Yaşınızı bakım evine yatırmak ister miydiniz?	Evet	0 (%0,0)	3 (%100)	3 (%100)	1,813	0,293
	Hayır	20 (%38,5)	32 (%61,5)	52 (%100)		
Yaşamınızın bu döneminde yaşlı birine bakmanız gerekeceğini hiç düşünmüş müydünüz ?	Evet	14 (%58,3)	10 (%41,7)	24 (%100)	8,882	0,005*
	Hayır	6 (%19,4)	25 (%80,6)	31 (%100)		
Toplam	n	20 (%36,4)	35 (%63,6)	55 (%100)		

Otuz bir bakım verenin fiziksel düzeyde sorun yaşadıkları tespit edildi. Bunların 11'i (%35,5) YSDP uygulanan grupta iken 20'si (%64,5) YSDP uygulanmayan grup içerisindeydi. Fiziksel sorun yaşamayan 24 kişinin ise gruptaki dağılımı sırası ile 9 (%37,5) ve 15 (%62,5) olarak saptandı. İki grup arasında fiziksel sorun yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=1,000).

Bakım verenler psikolojik düzeyde sorun yaşama açısından sorgulandığında 35'i sorun yaşadığını, 20'si ise yaşamadığını bildirdi. Psikolojik düzeyde sorun yaşayanların 13'ü (%37,1) YSDP uygulanan, 22'si (%62,9) ise uygulanmayan grupta yer alıyordu. Psikolojik

düzeyde sorun yaşamayanların ise 7'si (%35) sosyal destek programında 13'ü ise (%65) ise programa katılmayanların grubunda yer aldı. İki grup arasında psikolojik düzeyde sorun yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=1,000$).

Bakım verenlerin 30'u sosyal yaşantıda sorun yaşarken 25'i sorun yaşamadığını belirtti. Sosyal yaşantısında sorun yaşayanların 10'u (%33,3) YSDP uygulanan, 20'si (%66,7) ise uygulanmayan gruptaydı. Sosyal yaşantıda sorun yaşamayanların ise bu gruplardaki dağılımı sırası ile 10 (%40) ve 15 (%60) idi ($p=0,779$).

Bakım verenlerin çoğu ($n=47$) yaşlısına bakım verme açısından kendini yeterli hissederken 8'i bu konuda kendini yeterli hissetmediğini beyan etti. Yeterli hissedenlerin ve hissetmeyenlerin sırası ile 17'si (%36,2) ve 3'ü (%37,5) YSDP uygulanan grupta, yine aynı sıra ile 30'u (%63,8) ve 5'i (%62,5) YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Bakım için kendini yeterli hissetme açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=1,000$).

Bakım verenlerin 29'u ev ve aileleri ile yeteri kadar ilgilenebildiklerini beyan ederken bunların 9'u (%31) YSDP grubunda ve 20'si (%69) YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Ev ve aile ile bakım verirken yeteri kadar ilgilenmeyen 26 kişinin ise 11'i (%42,3) sosyal destek programı uygulanan 15'i (%57,7) ise uygulanmayan grupta idi ($p=0,415$).

Gruplar arasında bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar ve karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin sorun yaşama durumları.

Bakım Veren Kişiler		YSDP	YSDP	Toplam	χ^2	P
		Uygulana n n=20	Uygulanmaya n n=35			
Fiziksel düzeyde sorun yaşama	Evet	11 (%35,5)	20 (%64,5)	31 (%100)	0,024	1,000
	Hayır	9 (%37,5)	15 (%62,5)	24 (%100)		
Psikolojik düzeyde sorun yaşama	Evet	13 (%37,1)	22 (%62,9)	35(%100)	0,025	1,000
	Hayır	7 (%35,0)	13 (%65,0)	20 (%100)		
Sosyal yaşantıda sorun yaşama	Evet	10 (%33,3)	20 (%66,7)	30 (%100)	0,262	0,779
	Hayır	10 (%40,0)	15 (%60,0)	25 (%100)		
Bakım verirken zorlanıyor musunuz?	Evet	12 (%32,4)	25 (%67,6)	37 (%100)	0,755	0,551
	Hayır	8 (%44,4)	10 (%55,6)	18 (%100)		
Yaşınızı bakım için kendini yeterli hissetme?	Evet	17 (%36,2)	30 (%63,8)	47 (%100)	0,005	1,000
	Hayır	3 (%37,5)	5 (%62,5)	8 (%100)		
Yaşlıya bakım verirken ev ve aile ile yeterli ilgilenme	Evet	9 (%31,0)	20 (%69,0)	29 (%100)	0,753	0,415
	Hayır	11 (%42,3)	15 (%57,7)	26 (%100)		
Toplam		20 (%36,4)	35 (%63,6)	55 (%100)		

YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin fiziksel sorunları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Bakım verenlerin 26'sı yorgunluk ve halsizlik açısından herhangi bir değişim olmadığını bildirdi. Bu yirmi altı kişinin 9'u (%34,6) sosyal destek programına katılırken 17'si (%65,4) katılmadı. Yalnızca bir bakım veren yorgunluk ve halsizlikte azalma olduğunu

beyan etti ve bu kişi YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Yorgunluk ve halsizlikte artış olduğunu bildiren 28 bakım verenin ise 11'i (%39,3) YSDP uygulanan ve 17'si (%60,7) uygulanmayan grupta yer aldı (p=0,701).

YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplarda, iştahta değişim olmadığını beyan edenler sayısı ile 15 (%34,1) ve 29 (%65,9) kişi idi. Bununla beraber, iştahta azalma olduğunu beyan edenlerin sayısı yine aynı sıra ile 1 (%33,3) ve 2 (%66,7) idi. Gruplardaki iştah artışı beyan edenlerin sayısı ise her iki grupta da 4 olarak saptandı (p=0,686).

Katılımcılar kas iskelet sistemi ağrısı açısından sorgulandıklarında 30'u herhangi bir değişiklik olmadığını beyan ettiler. Bunların da 11'i (%36,7) YSDP uygulanan grupta iken diğer 19'u (%63,3) YSDP uygulanmayan grupta idi. Kas iskelet sistemi ağrılarında azalma olduğunu sadece bir bakım veren (YSDP uygulanmayan grupta) beyan ederken, 24 bakım veren artma olduğunu bildirdi. Artış bildiren bakım verenlerin 9'u (%37,5) sosyal destek programı uygulanan, 15'i (%62,5) ise uygulanmayan grupta yer aldı (p=0,746).

Uykusunda değişim olmayan 33 bakım verenin 13'ü YSDP uygulanan, 20'si (%60,6) ise uygulanmayan gruptaydı. Uykuda azalma bildirenlerin ise 3'ü (%27,3) YSDP uygulanan ve 8'i (%72,7) uygulanmayan grupta yer aldı. Uykuda artış olan 11 bakım verenin ise 4'ü (%36,4) sosyal destek programına katılırken 7'si (%63,6) bu programa katılmadı (p=0,770).

Otuz sekiz bakım verenin (13'ü (%34,2) YSDP uygulanan, 25'i (%65,8) uygulanmayan grupta) dikkatlerinde herhangi bir değişim yokken, 10'unda (5'i (%50) YSDP uygulanan, 5'i (%50) uygulanmayan grupta) azalma ve 7'sinde (2'si (%28,6) YSDP uygulanan, 5'i (%71,4) uygulanmayan grupta) artma olduğu saptandı (p=0,588).

Gruplardaki bakım verenlerin fiziksel sorunlarının karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmektedir.

Tablo 7. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin fiziksel sorunlarının karşılaştırılması.

Bakım Veren Kişilerde		YSDP Uygulana n (n=20)	YSDP Uygulanmaya n (n=35)	Toplam	χ^2	P
Yorgunluk halsizlik	Değişim yok	9 (%34,6)	17 (%65,4)	26 (%100)	0,709	0,701
	Azalma	0 (%0,0)	1 (%100)	1 (%100)		
	Artma	11 (%39,3)	17 (%60,7)	28 (%100)		
İştah	Değişim yok	15 (%34,1)	29 (%65,9)	44 (%100)	0,753	0,686
	Azalma	1 (%33,3)	2 (%66,7)	3 (%100)		
	Artma	4 (%50,0)	4 (%50,0)	8 (%100)		
Kas, iskelet sistemi ağrısı	Değişim yok	11 (%36,7)	19 (%63,3)	30 (%100)	0,586	0,746
	Azalma	0 (%0,0)	1 (%100)	1 (%100)		
	Artma	9 (%37,5)	15 (%62,5)	24 (%100)		
Uyku	Değişim yok	13 (%39,4)	20 (%60,6)	33 (%100)	0,524	0,770
	Azalma	3 (%27,3)	8 (%72,7)	11 (%100)		
	Artma	4 (%36,4)	7 (%63,6)	11 (%100)		
Dikkat	Değişim yok	13 (%34,2)	25 (%65,8)	38 (%100)	1,063	0,588
	Azalma	5 (%50,0)	5 (%50,0)	10 (%100)		
	Artma	2 (%28,6)	5 (%71,4)	7 (%100)		
Toplam		20 (%36,4)	35 (%63,6)	55 (%100)		

Bakım verenlerin ümitsizlik, korku, sıkıntı hissi, konuşmak istememe ve ağlama isteği gibi psikolojik sorunları irdelendi.

Otuz iki bakım veren (%31,3'ü YSDP uygulanan, %66,8'i YSDP uygulanmayan) ümitsizlik açısından herhangi bir değişim olmadığını bildirdi. Sadece 3 kişi (%33,3'ü YSDP uygulanan, %66,7'si YSDP uygulanmayan) ümitsizlik ile ilgili azalma tanımladı. Diğer 20 kişi ise (%45'i YSDP uygulanan, %55'i uygulanmayan) ümitsizliklerinde artış olduğunu beyan ettiler. Gruplar arasında fark yoktu ($p=0,601$).

Yirmi dokuz bakım veren (%37,9'u YSDP uygulanan, %62,1'i YSDP uygulanmayan) korku açısından herhangi bir değişim olmadığını bildirdi. Toplam 5 kişi (%20'si YSDP uygulanan, %80'i YSDP uygulanmayan) korku ile ilgili azalma tanımladı. Diğer 21 kişi ise (%38,1'i YSDP uygulanan, %61,9'u uygulanmayan) korkuda artış olduğunu beyan ettiler. Gruplar arasında fark yoktu ($p=0,727$).

Yirmi yedi bakım veren (%33,3'ü YSDP uygulanan, %66,7'si YSDP uygulanmayan) sıkıntı hissi açısından herhangi bir değişim olmadığını bildirdi. Sadece 1 kişi (%100'ü YSDP uygulanmayan) sıkıntı hissi ile ilgili azalma tanımladı. Diğer 27 kişi ise (%40,7'si YSDP uygulanan, %59,3'ü uygulanmayan) sıkıntı hissinde artış olduğunu beyan ettiler. Gruplar arasında fark yoktu ($p=0,637$).

Otuz beş bakım veren (%28,6'sı YSDP uygulanan, %71,4'ü YSDP uygulanmayan) konuşmak istememe açısından herhangi bir değişim olmadığını bildirdi. Beş kişi (%80'i YSDP uygulanan, %20'si YSDP uygulanmayan) konuşmak istememe ile ilgili azalma tanımladı. Diğer 15 kişi ise (%40'ı YSDP uygulanan, %60'ı uygulanmayan) konuşmak istememe durumlarında artış olduğunu beyan ettiler. Gruplar arasında fark yoktu ($p=0,077$).

Otuz sekiz bakım veren (%34,6'sı YSDP uygulanan, %65,4'ü YSDP uygulanmayan) ağlama isteği açısından herhangi bir değişim olmadığını bildirdi. Dört kişi (%25'i YSDP uygulanan, %75'i YSDP uygulanmayan) ağlama isteği ile ilgili azalma tanımladı. Diğer 25 kişi ise (%40'ı YSDP uygulanan, %60'ı uygulanmayan) ağlama isteği durumlarında artış olduğunu beyan ettiler. Gruplar arasında fark yoktu ($p=0,819$).

Her iki grup arasında bu sorunlar ile ilişkili istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 8).

Tablo 8. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin psikolojik sorunlarının karşılaştırılması.

Bakım Veren Kişilerde		YSDP Uygulana n (n=20)	YSDP Uygulanmaya n (n=35)	Toplam	χ^2	P
Ümitsizlik	Değişim yok	10 (%31,3)	22 (%66,8)	32 (%100)	1,018	0,601
	Azalma	1 (%33,3)	2 (%66,7)	3 (%100)		
	Artma	9 (%45,0)	11 (%55,0)	20 (%100)		
Korku	Değişim yok	11 (%37,9)	18 (%62,1)	29 (%100)	0,637	0,727
	Azalma	1 (%20,0)	4 (%80,0)	5 (%100)		
	Artma	8 (%38,1)	13 (%61,9)	21 (%100)		
Sıkıntı hissi	Değişim yok	9 (%33,3)	18 (%66,7)	27 (%100)	0,902	0,637
	Azalma	0 (%0,0)	1 (%100)	1 (%100)		
	Artma	11 (%40,7)	16 (%59,3)	27 (%100)		
Konuşmak istememe	Değişim yok	10 (%28,6)	25 (%71,4)	35 (%100)	5,118	0,077
	Azalma	4 (%80,0)	1 (%20,0)	5 (%100)		
	Artma	6 (%40,0)	9 (%60,0)	15 (%100)		
Ağlama isteği	Değişim yok	9 (%34,6)	17 (%65,4)	38 (%100)	0,400	0,819
	Azalma	1 (%25,0)	3 (%75,0)	4 (%100)		
	Artma	10 (%40,0)	15 (%60,0)	25 (%100)		
Toplam		20 (%36,4)	35 (%63,6)	55 (%100)		

Gruplar arasında bakım verenlerin komşuluk ilişkileri, çevredeki insanlarla görüşme, kültürel ve sosyal aktivitelere katılma, geceleri sosyal aktivitelere katılma ile ilgili yaşadıkları sosyal sorunlar açısından anlamlı fark yoktu.

Yirmi sekiz bakım veren (%35'i YSDP uygulanan, %64,3'ü YSDP uygulanmayan) komşuluk ilişkilerinde ve çevredeki insanlarla görüşmede değişim olmadığını bildirdi.

Komşuluk ilişkilerinde ve çevredeki insanlarla görüşmede azalma ve artış bildiren bakım verenlerin sayısı sırası ile 22 (%40,9'u YSDP uygulanan, %59,1'i YSDP uygulanmayan) ve 5 (%20'si YSDP uygulanan, %80'i YSDP uygulanmayan) idi ($p=0,677$; $p=0,0677$).

Bakım verenlerin 30'u (%33,3'ü YSDP uygulanan, %66,7'si uygulanmayan) kültürel ve sosyal aktivitelere katılımlarında azalma olmadığını beyan etti.

On dokuz kişi (%47,4'ü YSDP uygulanan, %52,6'sı YSDP uygulanmayan) bu tür aktivitelere katılımda azalma ve 6 kişi (%16,7'si YSDP uygulanan, %83,3'ü YSDP uygulanmayan) ise artma olduğunu bildirdi ($p=0,347$).

Gece sosyal aktivitelere katılımında değişiklik olmayan 32 (%34,4'ü YSDP uygulanan, %65,6'sı YSDP uygulanmayan) bakım veren vardı.

On dokuz (%44,4'ü YSDP uygulanan, %55,6'sı YSDP uygulanmayan) bakım veren gece sosyal aktivitelere katılımlarında azalma, 5 (%20'si YSDP uygulanan, %80'i YSDP uygulanmayan) bakım veren ise bu aktivitelerinde artma olduğunu bildirdi ($p=0,565$).

YSDP uygulanan ve YSDP uygulanmayan gruplardaki bakım verenlerin yaşadıkları sosyal sorunların karşılaştırılması Tablo 9'da gösterilmektedir.

Tablo 9. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin sosyal sorunlarının karşılaştırılması.

Bakım Veren Kişilerde	YSDP Uygulanan n (n=20)	YSDP Uygulanmaya n (n=35)	Toplam	χ^2	P
Komşuluk ilişkileri	Değişim yok	10 (%35,7)	18 (%64,3)	28 (%100)	0,780 0,677
	Azalma	9 (%40,9)	13 (%59,1)	22 (%100)	
	Artma	1 (%20,0)	4 (%80,0)	5 (%100)	
Çevredeki insanlar ile görüşme	Değişim yok	10 (%35,7)	18 (%64,3)	28 (%100)	0,780 0,677
	Azalma	9 (%40,9)	13 (%59,1)	22 (%100)	
	Artma	1 (%20,0)	4 (%80,0)	5 (%100)	
Kültürel ve sosyal aktivitelere katılım	Değişim yok	10 (%33,3)	20 (%66,7)	30 (%100)	2,119 0,347
	Azalma	9 (%47,4)	10 (%52,6)	19 (%100)	
	Artma	1 (%16,7)	5 (%83,3)	6 (%100)	
Gece sosyal aktivitelere katılım	Değişim yok	11 (%34,4)	21 (%65,6)	32 (%100)	1,141 0,565
	Azalma	8 (%44,4)	10 (%55,6)	19 (%100)	
	Artma	1 (%20,0)	4 (%80,0)	5 (%100)	
Toplam	n	20 (%36,4)	35 (%63,6)	55 (%100)	

Çalışmaya alınan bakım verenlerin sadece birisi (YSDP uygulanmayan grupta) bakım verme ile ilgili eğitim almıştı. Bu konuda eğitim almayan 54 kişinin 20'si (%37) YSDP programına katılırken 34'ü (%63) YSDP uygulanmayan grupta yer aldı (p=1,000). Bununla beraber 35 (%45,7'si YSDP uygulanan, %54,3'ü YSDP uygulanmayan) bakım veren eğitim almak istediğini beyan ettiler. YSDP uygulanan grupta 4 (%20), YSDP uygulanmayan grupta

16 (%80) olmak üzere toplam 20 bakım veren eğitim almak istemediklerini beyan ettiler. Her iki grup arasında eğitim alma isteği açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=0,082$). (Tablo 10).

Tablo 10. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerde bakım verme ilişkili eğitim ile ilgili özellikleri.

Bakım Veren Kişiler		YSDP Uygulana n (n=20)	YSDP Uygulanmaya n (n=35)	Toplam	χ^2	P
Bakım verme ile ilgili eğitim alma	Evet	0 (%0,0)	1 (%100)	1 (%100)	0,582	1,000
	Hayır	20 (%37,0)	34 (%63)	54 (%100)		
Daha önce eğitim talep etmiş olma	Evet	16 (%45,7)	19 (%54,3)	35 (%100)	3,637	0,082
	Hayır	4 (%20,0)	16 (%80,0)	20 (%100)		
Toplam	n	20 (%36,4)	35 (%63,6)	55 (%100)		

Bakım Alan Yaşlılara Ait Özellikler

YSDP uygulanan gruptakilerin bakım verdikleri yaşlıların yaş ortalaması $82,1 \pm 10,5$ yılı idi. YSDP uygulanmayan gruptakilerin bakım verdikleri yaşlıların yaş ortalaması ise $81,1 \pm 10,2$ yıldır. Bakım alan yaşlıların, yaşları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,806$). (Tablo 11).

Tablo 11. Bakım alan yaşlıların gruplardaki yaşlarının karşılaştırılması.

Bakım Alan Yaşlı	n	Ortalama	Ortanc a	SS	Min.	Maks.	p
YSDP Uygulanan kişilerce bakılan	Yaş 2	0	82,1	81,0	10,5	69	119
YSDP Uygulanmayan kişilerce bakılan	Yaş 3	5	81,1	83,0	10,2	65	98
							0,806

Bakım alan yaşlıların 38'i (%39,5'i YSDP grubunda, %60,5'i YSDP uygulanmayan grupta) kadın iken 17'si (%52,9'u YSDP uygulanan, %70,6'sı YSDP uygulanmayan) erkekti (p=0,555). Evli olan 20 bakım alan yaşlının 3'ü (%15)YSDP uygulanan, 17'si (%85) YSDP uygulanmayan gruptaydı. Evli olmayan 35 bakım alan yaşlının ise 17'si (%48,6) YSDP uygulanan, 18'i (%51,4) ise YSDP uygulanmayan grupta yer aldı (p=0,019). Bakım alan yaşlıların eğitim durumları arasında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,076). Kırk dokuz yaşlı (%40,8'i YSDP uygulanan, %59,2'si YSDP uygulanmayan grupta olmak üzere) ilkokul ve altında eğitim düzeyine sahipti. Eğitim durumu ilköğretim ve üzeri olan bakım alan 6 yaşlının tamamı YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Bakım alan yaşlıların sosyal güvence durumları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,124). Sosyal güvencesi bulunan 39 bakım alan yaşlının 17'si (%43,6) YSDP uygulanan, 22'si (%56,4) YSDP uygulanmayan grupta yer aldı. Sosyal güvencesi olmayan 16 bakım alan yaşlının ise 3'ü (%18,8) YSDP uygulanan, 13'ü (%81,3) YSDP uygulanmayan gruptaydı. Bakım alan yaşlıların 53'ünde (%35,8'i YSDP uygulanan, %64,2'si YSDP uygulanmayan grupta) kronik hastalık vardı. Her iki grupta da birer adet olmak üzere toplam 2 adet kronik hastalığı olmayan ancak (femur kırığı nedeniyle opere olması nedeniyle) bakım alan yaşlı vardı. Bakım alan yaşlılarda kronik hastalık varlığı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=1,000).

Yaşlıların bakım alma süreleri incelendiğinde her ikisi de YSDP uygulanmayan grupta olmak üzere 2 yaşlının 6 aydan daha kısa süredir bakım aldığı belirlendi. Toplam 9 yaşlının (%11,1'i YSDP uygulanan, %88,9'u YSDP uygulanmayan grupta) 6-12 aydır bakım aldığı görüldü. Kırk iki bakım alan yaşlı ise (%42,9'u YSDP uygulanan, %57,1'i YSDP uygulanmayan grupta) 13-24 aydır bakım almaktaydı. Yirmi dört aydan daha uzun süredir bakım alan her biri farklı grupta olmak üzere toplam 2 yaşlı vardı. İki grup arasında bakım alan yaşlıların bakım alma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,208).

Bakım alan yaşlılardan sadece birinde (YSDP uygulanmayan grupta) sürekli ilaç kullanımı yoktu. Buna karşın sürekli ilaç kullanımı olan 54 bakım alan yaşlının 20'si (%37) YSDP uygulanan, 34'ü (%63) ise YSDP uygulanmayan grupta yer aldı.

Yaşlıların 30'unda (%46,7'si YSDP uygulanan, (%63,6'sı YSDP uygulanmayan grupta) çoklu ilaç kullanımı vardı. Çoklu ilaç kullanımı olmayan 25 yaşlının 6'sı (%24) YSDP uygulanan, 19'u (%76) YSDP uygulanmayan grupta yer aldı.

İki grup arasında sürekli kullanılan ilaç ve çoklu ilaç kullanımını açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p değerleri sırasıyla 1,000 ve 0,099).

Bakım alan yaşlıların 5'inde bası yarası vardı ve bu 5 hastanın tamamı YSDP uygulanmayan gruptaydı. İki grup arasında bası yarası açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,147).

Bakım alan yaşlıların 31'inde (%35,5'i YSDP uygulanan, %64,5'i YSDP uygulanmayan grupta) uyku sorunu varken 24'ünde (%37,5'i YSDP uygulanan, %62,5'i YSDP uygulanmayan grupta) uyku sorunu olmadığı tespit edildi (p=1,000).

KATZ skoruna göre bakım alan yaşlıların 29'u (%37,9'u YSDP uygulanan, %62,1'i YSDP uygulanmayan grupta) tam bağımlı iken 26'sı (%34,9'u YSDP uygulanan, %65,4'ü YSDP uygulanmayan grupta) yarı bağımlı olarak tespit edildi (p=1,000). Bakım alan yaşlıların sosyo-demografik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 12. Bakım alan yaşlıların YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplardaki sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

Bakım Alan Yaşlılar	YSDP Uygulanan (n=20)	YSDP Uygulanmayan (n=35)	Toplam	χ^2	P	
Cinsiyeti	Kadın	15 (%39,5)	23 (%60,5)	38 (%100)	0,514	0,555
	Erkek	5 (%29,4)	12 (%70,6)	17 (%100)		
Medeni durum	Evli	3 (%15,0)	17 (%85,0)	20 (%100)	6,199	0,019*
	Diğer (Bekar, Boşanmış)	17 (%48,6)	18 (%51,4)	35 (%100)		
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	20 (%40,8)	29 (%59,2)	49 (%100)	3,848	0,076
	İlköğretim ve üzeri	0 (%0,0)	6 (%100)	6 (%100)		
Sosyal güvence	Var	17 (%43,6)	22 (%56,4)	39 (%100)	3,025	0,124
	Yok	3 (%18,8)	13 (%81,3)	16 (%100)		
Kronik hastalık	Var	19 (%35,8)	34 (%64,2)	53 (%100)	0,167	1,000
	Yok	1 (%50,0)	1 (%50,0)	2 (%100)		
Bakım alma süresi (ay)	< 6	0 (%0,0)	2 (%100)	2 (%100)	4,549	0,208
	6-12	1 (%11,1)	8 (%88,9)	9 (%100)		
	13-24	18 (%42,9)	24 (%57,1)	42 (%100)		
	>24	1 (%50,0)	1 (%50,0)	2 (%100)		
Sürekli Kullanılan İlaç	Var	20 (%37,0)	34 (%63,0)	54 (%100)	0,582	1,000
	Yok	0 (%0,0)	1 (%100)	1 (%100)		
Çoklu İlaç kullanımı	Var	14 (%46,7)	16 (%63,6)	30 (%100)	3,028	0,099
	Yok	6 (%24,0)	19 (%76,0)	25 (%100)		
Bası yarası	Var	0 (%0,0)	5 (%100)	5 (%100)	3,143	0,147
	Yok	20 (%40,0)	30 (%60,0)	50 (%100)		
Uyku sorunu	Var	11 (%35,5)	20 (%64,5)	31 (%100)	0,024	1,000
	Yok	9 (%37,5)	15 (%62,5)	24 (%100)		
KATZ göre bağımlılık durumu	Tam Bağımlı	11 (%37,9)	18 (%62,1)	29 (%100)	0,065	1,000
	Yarı Bağımlı	9 (%34,6)	17 (%65,4)	26 (%100)		
Toplam	n	20 (%36,4)	35 (%63,6)	55 (%100)		

YSDP Uygulanan ve Uygulanmayan Grupların Yaşının ve Bakım Verenin

Özellikleri ile İlişkisi

YSDP uygulanan grupta, bakım verenlerin ÇBASDÖ ön test skoru ortancası $67,5 \pm 14,34$ iken YSDP uygulanmayan grupta bu değerler $65 \pm 16,21$ idi. Bakım verenlerin ÇBASDÖ ön test skorları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($z = -0,963$; $p = 0,336$). ÇBASDÖ son test skorları ise YSDP uygulanan ve

uygulanmayan gruplarda sırası ile $73,5\pm 11,43$ ve $64\pm 15,60$ olarak hesaplandı. ÇBASDÖ son test skorları YSDP grubunda diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($z=-2,776$; $p=0,006$). Her iki gruba ait ÇBASDÖ skorlarının karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmektedir.

Tablo 13. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBASDÖ skorlarının karşılaştırılması.

Ölçek	YSDP	N	Ortalama	Ortanca	SS	Min.	Maks.	%25	%75	Z	P
ÇBASDÖ Skoru (ön test)	Uygulanan	20	65,40	67,50	14,34	29,00	84,00	58,25	75,75	0,963	0,336
	Uygulanmayan	35	60,74	65,00	16,21	32,00	84,00	47,00	72,00		
ÇBASDÖ Skoru (son test)	Uygulanan	20	70,40	73,50	11,43	42,00	84,00	66,00	79,50	2,776	0,006*
	Uygulanmayan	35	59,09	64,00	15,60	32,00	81,00	46,00	71,00		

YSDP uygulanan grupta, bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile alt boyutu ön test skoru ortancası $26\pm 5,56$ iken YSDP uygulanmayan grupta bu değerler $25\pm 6,18$ idi. Bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile alt boyutu ön test skorları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($z=-0,829$; $p=0,407$). ÇBASDÖ Aile alt boyutu son test skorları ise YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplarda sırası ile $26,5\pm 4,90$ ve $25\pm 5,90$ olarak hesaplandı. ÇBASDÖ Aile alt boyutu son test skorları YSDP grubunda diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($z=-2,513$; $p=0,012$). Her iki gruba ait ÇBASDÖ Aile alt boyutu skorlarının karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmektedir.

Tablo 14. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBASDÖ Aile Alt Boyutu skorlarının karşılaştırılması.

Ölçek	YSDP	N	Ortalama		SS	Min.	Maks.	%25	%75	Z	P
			ma	a							
ÇBASDÖ										-	
Aile Alt Boyutu	Uygulanan	20	23,55	26,00	5,56	10,00	28,00	19,25	28,00	0,829	0,407
Skoru (ön test)	Uygulanmayan	35	22,23	25,00	6,18	11,00	28,00	16,00	28,00		
ÇBASDÖ										-	
Aile Alt Boyutu	Uygulanan	20	24,65	26,50	4,90	11,00	28,00	23,25	28,00	2,513	0,012*
Skoru (Son test)	Uygulanmayan	35	21,46	25,00	5,90	10,00	27,00	16,00	27,00		

YSDP uygulanan grupta, bakım verenlerin CBASDÖ Arkadaş alt boyutu ön test skoru ortancası $22 \pm 6,16$ iken YSDP uygulanmayan grupta bu değerler $22 \pm 7,38$ idi.

Bakım verenlerin ÇBASDÖ Arkadaş alt boyutu ön test skorları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($z=-0,737$; $p=0,461$).

ÇBASDÖ Arkadaş alt boyutu son test skorları ise YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplarda sırası ile $23 \pm 5,95$ ve $21 \pm 7,19$ olarak hesaplandı.

ÇBASDÖ Arkadaş alt boyutu son test skorları YSDP grubunda diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($z=-1,404$; $p=0,160$). Her iki gruba ait ÇBASDÖ Arkadaş alt boyutu skorlarının karşılaştırılması Tablo 15'te gösterilmektedir.

Tablo 15. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBASDÖ Arkadaş Alt Boyutu skorlarının karşılaştırılması.

Ölçek	YSDP	N	Ortalama	Ortanca	SS	Min.	Maks.	%25	%75	Z	P
ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyutu Skoru (ön test)	Uygulanan	20	21,10	22,00	6,16	10,00	28,00	18,25	26,50	-0,737	0,461
	Uygulanmayan	35	19,31	22,00	7,38	4,00	28,00	13,00	26,00		
ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyutu Skoru (Son test)	Uygulanan	20	21,75	23,00	5,95	10,00	28,00	20,00	26,50	-1,404	0,160
	Uygulanmayan	35	18,91	21,00	7,19	4,00	28,00	13,00	25,00		

YSDP uygulanan grupta, bakım verenlerin CBASDÖ özel insan alt boyutu ön test skoru ortancası $23 \pm 7,88$ iken YSDP uygulanmayan grupta bu değerler $19 \pm 6,57$ idi.

Bakım verenlerin ÇBASDÖ özel insan alt boyutu ön test skorları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($z = -0,962$; $p = 0,336$).

ÇBASDÖ özel insan alt boyutu son test skorları ise YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplarda sırası ile $26 \pm 5,11$ ve $18 \pm 6,26$ olarak hesaplandı.

ÇBASDÖ özel insan alt boyutu son test skorları YSDP grubunda diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($z = -3,100$; $p = 0,002$).

Her iki gruba ait ÇBASDÖ özel alt boyutu skorlarının karşılaştırılması Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBASDÖ Özel İnsan Alt Boyutu skorlarının karşılaştırılması.

Ölçek	YSDP	N	Ortalama	Ortanca	SS	Min.	Maks.	%25	%75	Z	P
ÇBASDÖ Özel İnsan Alt Boyutu Skoru (ön test)	Uygulanan	20	20,75	23,00	7,88	4,00	28,00	16,00	27,75	-0,962	0,336
	Uygulanma yan	35	19,20	19,00	6,57	4,00	28,00	14,00	27,00		
ÇBASDÖ Özel İnsan Alt Boyutu Skoru (Son test)	Uygulanan	20	24,00	26,00	5,11	11,00	28,00	22,25	28,00	-3,100	0,002*
	Uygulanma yan	35	18,66	18,00	6,26	4,00	28,00	14,00	25,00		

YSDP uygulanan grupta, bakım verenlerin BVYÖ ön test skoru ortalaması $39,3 \pm 16,44$ iken YSDP uygulanmayan grupta bu değerler $34,51 \pm 13,44$ idi. Bakım verenlerin BVYÖ ön test skorları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($t=1,171$; $p=0,247$). BVYÖ son test skorları ise YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplarda sırası ile $38,55 \pm 15,35$ ve $35,66 \pm 13,30$ olarak hesaplandı. BVYÖ son test skorları YSDP grubunda diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($t=-0,734$; $p=0,466$). Her iki gruba ait BVYÖ skorlarının karşılaştırılması Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin BVYÖ skorlarının karşılaştırılması.

Ölçek	YSDP	N	Ortalama		SS	Min.	Maks.	%25	%75	t	P
			a	Ortanca							
BVYÖ Skoru (ön test)	Uygulanan	20	39,30	40,50	16,44	15,00	67,00	25,50	51,50	1,171	0,247
	Uygulanma yan	35	34,51	32,00	13,44	12,00	58,00	24,00	48,00		
BVYÖ Skoru (son test)	Uygulanan	20	38,55	39,50	15,35	14,00	75,00	26,25	50,75	0,734	0,466
	Uygulanma yan	35	35,66	33,00	13,30	14,00	59,00	25,00	48,00		

YSDP uygulanan grupta ÇBASDÖ ön test skoru $65,40 \pm 14,34$ iken son test skoru $70,40 \pm 11,43$ olarak saptandı.

YSDP uygulanan grubun kendi içerisinde ÇBASDÖ ön test skorları ile son test skorları karşılaştırıldığında, son test skorunun istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,001$).

Benzer şekilde aile alt ölçeğinde de sosyal destek programı sonrasında ölçülen skor ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde $23,55 \pm 5,56$ 'dan $24,65 \pm 4,90$ 'a yükseldi ($p=0,011$).

Arkadaş alt ölçeğinin ortalama skoru da istatistiksel olarak anlamlı şekilde $21,10 \pm 6,16$ 'dan $21,75 \pm 5,95$ 'e yükseldi ($p=0,046$).

Özel insan alt boyutunun skoru da sosyal destek programından sonra $20,75 \pm 7,88$ 'den $24,00 \pm 5,11$ 'e yükseldi. Özel insan alt boyutundaki bu yükseliş de istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,003$).

Sosyal destek programının BVYÖ üzerine etkisi incelendiğinde ise ön test ($39,30 \pm 16,44$) ve son test ($38,55 \pm 15,35$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmadığı saptandı ($p=0,545$).

Sonuç olarak YSDP uygulanan grupta BVYÖ dışında tüm diğer ölçeklerde ön test ve son test skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Yapılandırılmış sosyal destek programına alınan bakım verenlere ait hesaplanan ölçek skorlarının karşılaştırılması Tablo 18'de gösterilmektedir.

Tablo 18. YSDP uygulanan bakım verenlere uygulanan ölçeklerin ön ve son test skorlarının karşılaştırılması.

ÖLÇEK		N	Ortalama Ortanca		SS	Min.	Maks.	Z veya t değeri	P
			a	a					
CBASDÖ	Ön test	20	65,40	67,50	14,34	29,00	84,00	-3,334 ^z	0,001*
	Son test	20	70,40	73,500	11,43	42,00	84,00		
AİLE (CBASDÖ)	Ön test	20	23,55	26,00	5,56	10,00	28,00	-2,555 ^z	0,011*
	Son test	20	24,65	26,50	4,90	11,00	28,00		
ARKADAŞ (ÇBASDÖ)	Ön test	20	21,10	22,00	6,16	10,00	28,00	-1,994 ^z	0,046*
	Son test	20	21,75	23,00	5,95	10,00	28,00		
ÖZEL İNSAN (ÇBASDÖ)	Ön test	20	20,75	23,00	7,88	4,00	28,00	-2,941 ^z	0,003*
	Son test	20	24,00	26,00	5,11	11,00	28,00		
BYYÖ	Ön test	20	39,30	40,50	16,44	14,00	75,00	0,617 ^t	0,545
	Son test	20	38,55	39,50	15,35	14,00	75,00		

z. Nonparametrik test Z değeri t. Parametrik test t değeri

YSDP uygulanmayan gruptaki bakım verenlerin ÇBASDÖ ön test (65±16,21) skoru son test (64±15,60) skorundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,000). Aile alt ölçeğinde de benzer şekilde son test skoru (25±5,90) ön test (25±6,18) skorundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu (p=0,000). Arkadaş alt ölçeğinde ön test (22±7,38) ve son test (21±7,19) saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,058). Özel insan alt boyutu skoru istatistiksel olarak anlamlı şekilde ise 19±6,57'den 18±6,26' ya düştü (p=0,001). YSDP uygulanmayan grupta BYYÖ son test skoru

(35,66±13,30) ön test skoruna (34,51±13,44) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,001). Yani bakım verme yükü artmıştı. YSPD uygulanmayan grupta ölçeklerin ön test ve son testleri arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19. YSDP uygulanmayan bakım verenlere uygulanan ölçeklerin ön ve son test skorlarının karşılaştırılması.

ÖLÇEK		N	Ortalama	Ortanca	SS	Min.	Maks.	Z	P
CBASDÖ	Ön test	35	60,74	65,00	16,21	32,00	84,00	-4,440	0,000*
	Son test	35	59,09	64,00	15,60	32,00	81,00		
AİLE (CBASDÖ)	Ön test	35	22,23	25,00	6,18	11,00	28,00	-4,062	0,000*
	Son test	35	21,46	25,00	5,90	10,00	27,00		
ARKADAŞ (ÇBASDÖ)	Ön test	35	19,31	22,00	7,38	4,00	28,00	-1,895	0,058
	Son test	35	18,91	21,00	7,19	4,00	28,00		
ÖZEL İNSAN (ÇBASDÖ)	Ön test	35	19,20	19,00	6,57	4,00	28,00	-3,346	0,001*
	Son test	35	18,66	18,00	6,26	4,00	28,00		
BVYÖ	Ön test	35	34,51	32,00	13,44	12,00	58,00	-7,690	0,001*
	Son test	35	35,66	33,00	13,30	14,00	59,00		

YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin ÇBASDÖ ve BVYÖ skorlarındaki değişimlerin gruplar arasında farklılık gösterip göstermediği analiz edildi.

ÇBASDÖ skorunda YSDP uygulanan ve uygulanmayan gruplardaki ÇBASDÖ skorundaki değişim sırası ile 4±5,06 ve -2±1,74 olarak saptandı. Sosyal destek programına katılanların ÇBASDÖ skorları katılmayanlara nazaran istatistiksel olarak daha fazla artış gösterdi (p=0,000).

Bu ölçeğin aile alt boyutundaki değişimler karşılaştırıldığında YSDP uygulananlardaki değişimin, uygulanmayan gruba göre pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha

yüksek olduğu saptandı ($p=0,000$).

Arkadaş alt boyutu skorundaki değişim YSDP uygulanan grupta $0,00\pm 1,39$ iken YSDP uygulanmayan grupta $0,00\pm 1,35$ idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,012$).

Özel insan alt boyutu skorundaki değişim de YSDP uygulanan grupta ($2,00\pm 4,09$) YSDP uygulanmayan gruptakine ($0,00\pm 0,82$) oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönde daha yüksek bulundu ($p=0,000$).

Gruplar arasında BVYÖ skorlarındaki değişim miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,001$). YSDP uygulanan gruptaki BVYÖ skorundaki değişim $0,00\pm 5,44$ iken YSDP uygulanmayan grupta $1,00\pm 0,88$ idi.

YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin oluşturduğu gruplardaki, CBSDÖ ve BVYÖ skorlarında gerçekleşmiş olan değişimlerin karşılaştırılması Tablo 20'de gösterilmektedir.

Tablo 20. YSDP uygulanan ve uygulanmayan bakım verenlerin CBSDÖ ve BVYÖ skorlarındaki değişimlerin karşılaştırılması

Ölçek	YSDP	N	Ortalama	Ortanca	SS	Min.	Maks.	%25	%75	Z	P
ÇBASDÖ Skoru değişimi	Uygulanan	20	5,00	4,00	5,06	-1,00	13,00	,00	10,75	-5,553	0,000*
	Uygulanmayan	35	-1,71	-2,00	1,74	-8,00	,00	-2,00	,00		
BVYÖ Skoru değişimi	Uygulanan	20	-0,75	,00	5,44	-12,00	12,00	-4,25	1,00	-3,178	0,001*
	Uygulanmayan	35	1,14	1,00	,88	-1,00	3,00	1,00	2,00		
ÇBASDÖ Aile Alt Boyutu Skoru değişimi	Uygulanan	20	1,10	,00	1,94	,00	6,00	,00	1,00	-4,833	0,000*
	Uygulanmayan	35	-0,77	-1,00	,84	-3,00	1,00	-1,00	,00		
ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyutu Skoru değişimi	Uygulanan	20	0,65	,00	1,39	-1,00	4,00	,00	1,00	-2,499	0,012*
	Uygulanmayan	35	-0,40	,00	1,35	-7,00	1,00	-1,00	,00		
ÇBASDÖ Özel İnsan Alt Boyutu Skoru değişimi	Uygulanan	20	3,25	2,00	4,09	,00	13,00	,00	4,75	-4,821	0,000*
	Uygulanmayan	35	-0,54	0,00	0,82	-3,00	1,00	1,00	0,00		

Gruplar arasında anlamlı farklılık gösteren tüm verilerin skorlarla olan korelasyonuna bakıldığında yalnızca bakım verenin eğitim durumu ile ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyutu Skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptandı (korelasyon katsayısı: 0,289; p=0,033). Diğer değişkenler ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

5. TARTIŞMA

Yaşlı nüfusun artışı ile birlikte, bakıma muhtaç yaşlı sayısında da bir artış görülmektedir. Bu yaşlılara bakım verenlerin üzerinde ciddi bir bakım verme yüküne ve sosyal destek algısında bozulmaya neden olmaktadır. Bakım verme yükünü azaltma ve algılanan sosyal desteğin iyileştirilmesine katkı sağlamak için tasarladığımız yapılandırılmış sosyal destek programının uygulanması sonucunda sosyal destek algısında anlamlı bir artış olduğu görüldü. YSDP almayan grupta ise bakım verme yükünde anlamlı bir yükselme olduğu saptandı. Elde ettiğimiz bu sonuçlar uyguladığımız programın olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Tartışma bölümümüzde yapılandırılmış sosyal destek programının bakım verme yükü ve sosyal destek algısı üzerindeki etkileri sırası ile irdelendi.

5.1. Yapılandırılmış Sosyal Destek Programının Bakım Verme Yükü Üzerine Etkisi

Yaşlıya bakım verenlerin bakım verme yükleri ile ilişkili pek çok çalışma mevcuttur. Çalışmamızda YSDP uygulanan ve YSDP uygulanmayan gruplardaki bakım verenlerin BVYÖ ön test skoru ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Başlangıçta ve son testlerde her iki grupta bakım verme skorları “hafif orta” ve “orta ileri” yük düzeyinde idi. BVYÖ son test skorları ise YSDP uygulanmayan grupta yükselmişti.

Khzaeipour ve arkadaşları (2017) spinal kord hasarı olan hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada bakım verme yükü skorunun hafif orta düzeyde (38.9 ± 15.2) olduğunu bildirdiler. Bu değerler bizim çalışmamızdaki değerler ile benzerdi. Bu çalışmada bakım verme süresi, spinal kord hasarının süresi, bakım verenin yaşı ile bakım verme yükü arasında pozitif bir ilişki olduğu ve bakım verenin eğitim düzeyi ile bakım yükü arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Adelman ve arkadaşları (2014) ise yaptıkları klinik derlemede bakım veren yükü için risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, bakım alan kişinin yanında ikamet etme, bakım için harcanan sürenin fazla olması, depresyon, sosyal izolasyon, finansal stres ve bakıcı olma konusunda seçim yapamamanın yer aldığını bildirmiştir. Bizim çalışmamızda ise yalnızca bakım verenin eğitim durumu ile ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyutu Skoru arasında pozitif bir ilişki mevcuttu. Diğer değişkenler

ile ölçek skorları arasında bir korelasyon saptanmadı. Dolayısı ile YSDP'nin gruplar üzerindeki etkisinin bu risklerden bağımsız olduğu düşünülebilir.

Chen ve arkadaşları (2015) demanslı yaşlıya bakım veren 57 kişi üzerinde yaptığı randomize kontrollü çalışmasında bakım verenleri iki gruba randomize ederek bir gruba problem çözme becerisi, demans ile ilgili eğitim, sosyal destek, duygusal destek gibi 2 haftalık seri girişimlerden oluşan başa çıkma stratejileri uyguladılar. Çalışmalarındaki iki grup arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık yoktu. İki haftalık girişim sonrasında olgu grubunda bakım verme yükünde azalma saptarken kontrol grubunda artış olduğunu bildirdiler. Buna benzer şekilde, bizim çalışmamızda kontrol grubunda BVYÖ skorunda anlamlı artış vardı. Çalışmamızda uyguladığımız stresle başa çıkma teknikleri, iletişim ağı, eğitim ve egzersizlerin olgu grubumuzda bakım verme yükünde istatistiksel olarak böyle bir artış yaşanmasını engellediği düşünülebilir. Bu durum sosyal destek programının bakım verme üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Shiba ve arkadaşları (2016), Japonya'da, 2003 yılında, elektronik posta anketi ile 2998 bakım verenin verilerini kullanarak yaptıkları çalışmada resmi olan (hekimler, ev hemşireleri) ve olmayan (aile bireyleri, akraba, arkadaşlar) sosyal desteğin uzun süreli bakımda bakım verenin yükü üzerine etkisini incelediler. Bakım verenin birlikte yaşayan ailesinden ve akrabalarından aldığı informal sosyal desteğin daha düşük bakım verme yükü ile ilişkili olduğunu bildirdiler. Resmi sosyal destekte ise bu şekilde anlamlı bir azalma olmadığını ortaya koydular. Bununla birlikte aynı çalışmada resmi sosyal desteğin ancak aile hekimlerinden geliyor olması durumunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bakım verme yükü sağladığını bildirdiler. Sonuçta formal desteğin olup olmamasından bağımsız olarak samimi yakın sosyal çevreden gelen sosyal desteğin bakım verme yükü üzerine olumlu etkisi olduğunu ortaya koydular Bizim çalışmamızda ise bakım verme yükünde YSDP uygulanmayan grupta anlamlı bir yükselme saptanması da sosyal desteğin olumlu etkisinin varlığını ortaya koymaktadır. Uyguladığımız programda stres ile baş etme stratejileri, egzersiz ve eğitimler sonucunda bakım verenlerin kendilerine daha fazla zaman ayırabilmelerine olanak sağlanırken diğer yandan da sosyalleşmelerine katkı sunulmuş ve hem bedensel hem de ruhsal olarak kendilerini iyi hissetmelerine katkı sağlanmaya çalışılmıştır. Bu girişimler sırasında kişinin ailesi, arkadaşları ile iletişimlerinin artması yanında, bizim çalışmamıza özel olarak bu destek programının yürütülmesinin aile hekimi tarafından koordine edilmiş olması bakım verme yükündeki olası artışı engellenmiş olabilir.

Price ve arkadaşları (2020), birden fazla hastalığı olanlara bakım verenlerin

deneyimleri ve destek ihtiyaçları hakkında 2015 yılından itibaren yayınlanmış olan 2674 yayından kriterleri karşılayan 34 makaleyi inceleyerek kapsamlı literatür derlemesi yayınlamışlar ve bakım verenlerin deneyimleri ve destek ihtiyaçları ile ilişkili beş ana başlık tanımlamışlardır. Bu başlıklar; farklı sağlık bakım ekipleri arasındaki iletişim ve koordinasyondaki eksiklikler, bakım veren rolündeki çok yönlü sorumluluklar ve sorunlar, bakım verenlerde emosyonel ve psikososyal yük, bakım verilenlerin medikal tanıları ile ilgili bilgi ve farkındalığın olmaması ve bakım veren desteği ve yardımcı hizmetlere ulaşımında yaşanan sıkıntılar olarak belirtilmiştir. Bakım verenlerin en sık yaşadıkları sorunlardan birisi farklı sağlık bakım ekipleri arasında iletişim ve koordinasyonun olmaması olarak ortaya konmaktadır. Ayrıca sağlık bakımında rol alan kişilerin sürekli değişmesinin de iletişim ve koordinasyonda sorunlara yol açtığı belirtilmektedir. Farklı ilaçların uygun şekilde verilmesi, bakıma ayrılan zamanın çokluğu, farklı sağlık bakım vericiler arasında koordinasyonun sağlanmasındaki güçlükler ve bakım verilenin hastalıkları ile ilgili bilgi eksikliklerinin giderilmesine yönelik girişimlerin gerekliliği aşikardır. Gelecekteki çalışmalarda bakım verenlerin yükünü azaltmak için çevrimiçi ve dijital sağlık hizmetleri konsültasyonu ve psikososyal programların fayda sağlayabileceğini öne sürülmektedir. Çalışmamızda uyguladığımız yapılandırılmış sosyal destek programı bu başlıklarda ortaya koyulan sorunlara yönelik girişimlerden oluşuyordu. Bakım verenlerin kendi arasında kurulan iletişim ağı ile emosyonel ve psikososyal destek sağlanmaya çalışılarak sosyal destek programında kullanılan telefon iletişim ağı ile bakım verenlerin kendi içlerinde sosyalleşmesi ve destek alabilecekleri kurum ve kişilere ulaşabilmeleri sağlanmıştır. Bu desteği almamış olan grupta grupta ortaya çıkan bakım yükü artışı sosyal destek alan grupta ortaya çıkmamıştır. Yapılan eğitimler ile bakım verdikleri hastaların karşılaşacakları medikal sıkıntılarda neler yapılması gerektiği konusunda bilgiler verilmiş olup karşılaşacakları stres durumları ile nasıl başa çıkabilecekleri hangi tekniklerle bu streslerini azaltabilecekleri de öğretildi. Sağlık hizmetlerinden nasıl doğru bir şekilde faydalanacakları konusunda bakım verenler bilgilendirildi. Yine bakım verme sırasında yardım alabilecekleri sosyal hizmetlere erişim konusunda da hastalara bilgilendirme yapıldı. Sonuç olarak bizim çalışmamızda bakım verenlerin bu sorunlarına yönelik kapsayıcı ve çok yönlü bir program uygulanmış oldu.

Bilgehan ve arkadaşları (2021) hastanede yatan palyatif hastalara bakım verenlerde yaptıkları tanımlayıcı-kesitsel araştırmada bakım verme süresi, bakım verenin yaşı, aylık gelir durumu, bakım verenin destek alma durumu, bakım verilen hastaya yakınlık durumu ile

bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki buldular. Palyatif hastalara bakım verenlere yönelik psikolojik, sosyal destek sağlanmasını ve sağlık hizmeti verenlerin de bu konuda bilinçlendirilmesinin bakım yükü açısından önemli olabileceğini bildirdiler. Çalışmamızda da uygulanan sosyal destek, bakım verenler arasında ve bakım verenler ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki iletişimi ve koordinasyonu iyileştirerek bakım verme yükü üzerine olumlu etki sağlamıştır.

Soner ve arkadaşları (2017) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin en çok psikolojik ve ekonomik yardıma ihtiyaç duyduklarını, hastalarının bakımı konusunda uzman kişilerden destek almak istedikleri ve kurum bakımını ilk seçenek olarak tercih etmedikleri belirlemiştir. Bizim çalışmamızda da katılımcı bakım verenlerin de büyük çoğunluğu yaşlısını bakım evine yatırmayı düşünmediklerini beyan etmişlerdi. Bu kişilerin çoğu bakım verme ile ilgili eğitim almamış kişilerdi ve eğitim almak istediklerini beyan etmişlerdi. Bu da bakım verenlere verilecek sosyal desteğin içinde bakım verme ile ilgili eğitimin bulunmasının ihtiyaca yanıt olabileceğini göstermektedir.

Del-Pino Casado ve arkadaşları (2018) yaptıkları metaanaliz çalışmalarında, algılanan sosyal desteğin artmasının bakım veren yükünü azalttığını ama bu etkinin çok hafif olduğunu bildirdiler. Yine aynı çalışmada alınan sosyal desteğin de bakım veren yükünde azalma sağladığını ama bu azalmanın algılanan sosyal desteğe göre çok daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle bakım verenlere yönelik algılanan sosyal desteği artırmaya yönelik çalışmaların faydalı olabileceğini öngörmüşlerdir. Bununla birlikte sübjektif bakım verme yükünün yüksek olmasının algılanan sosyal desteğin azalması ile ilişkili olabileceği şeklindeki hipotezin de ekarte edilemeyeceğini bildirdiler. Yine sosyal desteğin artırılmasının, özellikle “iletişim” ve “bağlılık hissinin” iyileştirilmesi üzerine yapılacak girişimlerden oluşan desteğin bakım verme yükü üzerine daha etkili olacağı ortaya konuldu. Bizim çalışmamızda buna yönelik olarak hem yeni ilişkiler kurulmasını hem de bağlılık hissiyatını sağlayan yapılandırılmış sosyal destek programı uygulanmıştır. Bakım verenin bakım verme süreci ve sonrası dönemde zamanını aile bireyleri ve sevdikleri ile kaliteli bir şekilde geçirmesini sağlayabilecek eğitim ve uygulamalar yapılmıştır. Kurulan telefon ağı ile kişilerin sosyalleşmesi ve üzerlerindeki stresi azaltmalarına olanak sağlanmıştır. Algılanan sosyal desteğin yükselmesi ve bakım yükünde istatistiksel olarak anlamlı artışın engellenmiş olması bunun bir sonucu olarak görülebilir. Bu çalışmada, tıpkı bizim çalışmamızda olduğu gibi, algılanan sosyal desteği artırmaya yönelik girişimlerin bakım verme yükünü azaltmada etkili olabileceği ortaya konmaktadır.

Guay ve arkadaşları (2017) de yaptıkları derlemede sosyal destek, davranış değişikliği ve problem çözme ile ilişkili etkinliklerin olduğu İnternet tabanlı müdahalelerin yaşlılara bakım veren kişilerde olumlu sonuçlara neden olabileceğini bildirdiler. Fakat bu etkinin kesin olarak ortaya konması için ek çalışmalar yapılması gerektiğini ve bu yapılacak çalışmalarda her bir girişimin etkinliklerinin ayrı ayrı irdelenmesi gerektiğini bildirdiler. Bizim çalışmamızda da bakım verenler çok boyutlu sosyal destek sağlanması için eğitim, egzersiz, sosyal ağ oluşturulması gibi bileşenler kullanılmıştır. Çalışmanın kısa süreli olması, Covid-19 pandemi döneminde uygulanmış olması bu girişimlerin doğrudan bakım verme yükü üzerindeki etkisinin net olarak belirlenmesinin önünde bir engel teşkil etmiş olabilir.

5.2. Yapılandırılmış Sosyal Destek Programının Sosyal Destek Algısı Üzerine Etkisi

Bakım verenlerin yaşamış oldukları fiziksel ve ruhsal stresin azaltılmasında sosyal destek algısının olumlu yönde etkili olacağı yönünde görüşler öne sürülmüştür. Sosyal desteğin ne şekilde sağlanabileceği konusu bu nedenle ilgi çekmektedir. Biz çok boyutlu bir yaklaşımın sergilendiği; eğitim, stresle baş etme yöntemleri, egzersiz, sosyal etkileşimi sağlamak için telefon iletişim ağı kurulmasını içeren bir sosyal destek programı oluşturduk. Bu programın çok boyutlu algılanan sosyal destekte artış sağladığını saptadık. YSDP uygulanan grupta ÇBASDÖ skorlarında anlamlı artış mevcuttu. Oluşturduğumuz sosyal destek programının sosyal destek algısının tüm alt gruplarında benzer şekilde bir iyileşme sağladığı görüldü.

Ong ve arkadaşları (2018) Singapur'da yaşayan fiziksel veya ruhsal sağlık problemi olan 60 yaş üzeri hastalara bakım verenlerde (n=285) yaptıkları kesitsel çalışmada ÇBASDÖ skorunu 62.2 ± 12.2 olarak bildirdiler. Aile, arkadaşlar ve özel insanlardan (hekim, nişanlı vb.) gelen sosyal desteği algılamanın bakıcılara olumlu etki sağladığını bu nedenle yaşlı bakımı verenlerin, aile üyeleriyle düzenli temas eden sağlık uzmanları tarafından tanınması gerektiğini vurguladılar. Bu öneriyi destekleyecek şekilde, çalışmamızda da yapılandırılmış sosyal destek programı sonrası en fazla artış özel insan alt boyutu skorlarında saptandı. Bunun araştırmacının kendisinin aile hekimi olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Dolayısı ile aile hekimlerinin sosyal destek programlarının uygulanmasında aktif rol almasının olumlu etkileri olmaktadır.

Oliver ve arkadaşları (2017) huzurevinde kalan yaşlılara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada hem probleme dayalı hem de duygusal tabanlı başa çıkma becerilerini güçlendirmeye odaklanan müdahalelere ihtiyaç olduğunu bildirmektedir. Çalışmamızda bakım verenlere stresle başa çıkmaya yönelik eğitimler, nefes teknikleri ve egzersiz uygulanması algılanan sosyal desteğin artmasının nedenleri arasında olabilir.

Wittenberg ve arkadaşları (2018) yaptıkları pilot bir çalışmada kanser hastalarına bakım veren kişilere yönelik bakıcının iletişime olan güvenini artırmayı ve psikolojik sıkıntıyı azaltmayı amaçlayan bir iletişim koçluğu telefon müdahalesinin fizibilitesini ve yararını araştırdılar. Telefon koçluğu (bu konuda eğitim almış hemşire tarafından yapılan) esnasında bakıcılara nasıl yardım isteyeceklerini, başkalarıyla nasıl bilgi paylaşacaklarını, hastanın sözel olmayan davranışlarını nasıl değerlendirebileceklerini ve öz bakım ihtiyacını nasıl karşılayabileceklerini öğretmenin kaliteli kanser bakımı için gerekli olduğunu bildirdiler. Biz de bakım verenler ve sağlık hizmeti sunucuları arasında bir telefon ağı oluşturduk. Böylelikle bakım verenler hem birbirleri ile sosyal etkileşime geçme hem de sağlık hizmetleri ile iletişim şanslarını artırarak daha kapsamlı bir hizmet alma şansını yakalamış oldu ve dolaylı olarak bakım verenlerin psikososyal streslerinin azalmasına etkisi olduğu yorumunu yapabiliriz. Çalışmamızda bakım verenler arasında, aile hekiminin liderliğinde kurulan telefon ağının ortaya çıkan sosyal destek algısındaki iyileşmeye katkı sağlamış olabileceği düşünülebilir. Sosyal destek algısında aile hekimi özel insan alt boyutunda yer almaktadır. Bu da YSDP uygulanan bakım verenlerde algılanan sosyal destek skorlarında en büyük değişimin özel insan ve aile alt skorlarında olmasını açıklayabilir. YSDP uygulanmayan grupta algılanan desteğin arkadaş alt boyutunda herhangi bir anlamlı değişiklik yok iken, YSDP uyguladığımız grupta Arkadaş alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme saptandı. Bu bulgumuz da kurulan iletişim ağının ve yeni bir sosyal ortamın oluşturulmuş olmasının olumlu bir sonucu olarak yorumlanabilir. YSDP uygulanmayan gruptaki aile ve özel insan alt ölçeklerindeki istatistiksel olarak anlamlı düşme de yapılandırılmış sosyal destek programının algılanan sosyal destek üzerine olumlu etkisini destekler niteliktedir.

Xian ve Xu (2020) demanslı kişilere bakım verenlerin kişisel sağlık algıları ve sosyal desteğin bakım yükü ile ilişkilerini inceledikleri çalışmada bakım verenlerin sosyal ağlarının iyileştirilmesinin olumlu etkileri olabileceğini ortaya koydular. Bizim çalışmamızda da bakıcıların kendi aralarında ve sağlık hizmeti profesyoneli ile oluşturulan sosyal ağın olumlu etkileri olduğu görüldü. Sosyal ağ algılanan çok boyutlu sosyal destek

algısında anlamlı artış sağlanmasına katkı sağladı. Sosyal ağın eksikliği ise bakım verme yükünde artış ile ilişkiliydi. YSDP uygulanması sonucunda meydana gelen alt ölçek skorlarındaki değişimler olumlu yönde idi. Yine YSDP uygulanan grupta bakım verme yükü skorunda meydana gelen değişim uygulanmayan grupta gözlemlenen artışa nazaran daha düşüktü. Hem algılanan sosyal destek hem de bakım verme yükündeki bu değişikliklerin, yapılan müdahalenin daha uzun süre ve daha kapsamlı şekilde devam ettirilmesi halinde olumlu yönde artışın devam edip etmeyeceğine yönelik prospektif çalışmaların yapılması konuya netlik getirebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşlıya bakım verenlerin yaşadıkları en büyük sorunlardan birisi kendi kişisel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen bakım verme yüküdür. Literatürde algılanan sosyal destekteki artış ile bakım verme yükünde azalma sağlanabileceği bildirilmiştir.

Çalışmamızda yapılandırılmış sosyal destek programı ile algılanan sosyal desteğin tüm alt skorlarında artış mevcuttu. Bu programın uygulanmadığı grupta ise bakım verme yükünde ve algılanan sosyal desteğin aile ve özel insan alt ölçeklerinde azalma bulundu. Bu nedenle bakım verenlere yönelik uygulanacak programlarda aile ve özel insan durumundaki kişilerin programda etkili şekilde kullanılmaları olumlu sonuçlara yol açacaktır. Bizim programımızda özel insan rolündeki aile hekiminin aktif olarak programda yer alması bu olumlu sonucu destekler niteliktedir.

Bakım verenler için, eğitim, egzersiz, stresle baş etme stratejileri ve sosyal ağı içeren yüz yüze ve dijital ortamda kapsamlı bir iletişim ağının organize edildiği bir sosyal destek programı geliştirdik ve uyguladık. Benzer şekilde uygulanan programların bakım verme yükünün azaltılması ve algılanan sosyal desteğin artırılmasına destek sağlayacağı kanaatindeyiz.

Uyguladığımız programda bakım verenin baktığı kişinin sağlık durumunu değerlendirme ve iyilik halini idame ettirme becerisini artırmayı, acil durumları belirleyebilmelerini, doğru kişi ve kurumlara zamanında ulaşarak hizmet alabilmelerini kolaylaştıracak eğitimleri uygulamıştık. Benzer şekilde kurulan iletişim ağı bakım verenin bilgilenmesini sağlayarak bakım yükü ile daha kolay başedebilmesine destek olacaktır.

Programımızda fiziksel egzersiz yer almaktaydı. Bakım verenlerin kendi fiziksel, ruhsal sağlıklarının korumaları için düzenli egzersiz yapmaları ve stresle başa çıkma tekniklerini öğrenmeleri sağlanmalıdır. Bu egzersizlerdeki amaç vücudu rahatlatmak ve kaygıdan kaynaklı fiziksel belirtileri (ağrı, kalp çarpıntısı, nefes darlığı, titreme vb.) yatıştırmaktır. Fiziksel olarak sağlanan rahatlama zihinsel rahatlamayı da kolaylaştıracaktır. Bu egzersizlerin faydalı olabilmesi için kişinin isteği ve kararlılığı çok önemlidir. Egzersizlere başlamadan önce konuya ciddiyetle bakmak ve tekniği uygulamaya istekli olmak gerekir. Bunu sağlamak için gruplar halinde egzersizlerin yapılması fayda sağlayabilir.

Bakım verenlere yönelik oluşturulacak yeni sosyal ağ çalışma modelleri, sosyal hizmet programlarına entegre edilerek bireylerin hem sorunla baş etme kapasitesini artırma hem de sosyal işlevselliklerin iyileştirilmesi konusunda katkı sağlaması mümkündür. Özellikle pandemi döneminde gördüğümüz üzere, yüz yüze görüşme imkanı olmadığı durumlarda telefon ve veya çevrimiçi ağlarla desteklenmiş sosyal destek programları hem hizmetin devamlılığını sağlayarak hem de kişinin sosyalleşmesine katkıda bulunarak algılanan sosyal destek ve bakım verme yükü açısından olumlu sonuçlar sağlayabilir.

Bununla birlikte, yaşlıya bakım verenlerin ev ziyaretleri ile kendi ortamlarında değerlendirilmesi, bakım sorumluluğunun diğer aile üyeleriyle paylaşılması sağlanmalıdır. Bakım verenin kendisine ait bir zaman dilimi oluşturmasına yönelik girişimler yapılmalıdır. Yaşlının belirli zamanlarda kısa süreli gündüz bakımlarının sağlanacağı mekanlar, kısa süreli evde bakımda yardımcı elemanlar, grup çalışmalarının yapılabileceği fiziksel mekanların temini için aile bireyleri ile sağlık profesyonelleri ve resmi kurumlar arasında işbirliği sağlanmalıdır.

Yaşlıya bakım verenlerin bakım yükü ve sosyal destek algıları zaman içinde değişim gösterir. Bakım yükündeki olası artışı engellemek veya azaltmak için özellikle yaşlılık alanında çalışan profesyoneller (aile hekimi, hemşire, gerontolog, sosyal hizmet uzmanı vb.) tarafından belirli aralıklarla değerlendirme yapılmalı ve gerekli sosyal destek uygulamaları organize edilmelidir. Bu değerlendirmelerde çok boyutlu algılanan sosyal destek ve bakım verme yükü değerlendirme ölçekleri kullanılabilir. Bu ölçeklerin düzenli aralıklarla uygulanması uygulanan programın etkinliğinin değerlendirilmesi ve sonraki yapılacak girişimlerin belirlenmesi açısından önemli katkı sunabilir.

Sonuç olarak çalışmamızda uyguladığımız; eğitim, egzersiz, stresle baş etme stratejileri ve sosyal ağ desteği bileşenlerden oluşan yapılandırılmış sosyal destek programı algılanan sosyal desteği arttırmakta ve bakım verme yükü üzerine olumlu katkı sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

- Açıksöz, S., Uzun, Ş. (2007). Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Evde Bakımda Karşılaşılan Güçlükler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 8–16.
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Akça Kılıç, N., Taşçı, S. (2005). 65 Yaş üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 30–36.
- Akdemir, N. (2003). Yaşlılık ve Sorunları .N. Akdemir (Ed.), *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı içinde* (2. baskı, ss. 165–189).
- Akın,S.(2015).*Yaşlılarda Üriner İnkontinans*.<https://www.uroturk.org.tr/urolojiData/Books/242/yaslılarda-uriner-inkontinans.pdf> adresinden erişildi
- Akyıl Çevik, R. (2020). Evde Bakımda Temel İlkeler. G. Dişçigil (Ed.), *Yaşlı sağlığına çok yönlü yaklaşım* içinde (1. bs., ss. 308–316).Ankara: Gazi Kitabevi.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68–75.
- Atagun, M., Balaban, O., Atagun, Z., Elagoz, M., & Ozpolat, A. (2011). Caregiver Burden in Chronic Diseases. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 3(3), 513. <https://doi.org/10.5455/cap.20110323>
- Atalay M Devlet Planlama Teskilati (Turkey)., Sosyal Planlama Genel Müdürlüğü, Araştırma Dairesi., B. (1992). *Türk Aile Yapısı Arastirmasi*. T.C. Basbakanlik, Devlet Planlama Teskilati.
- Bacanlı, H., Terzi, Ş. I. (2016). *Yetişkinlik ve yaşlılık gelişimi ve psikolojisi* (4. baskı). Pagem Akademi.

- Balcı, A. (2014). *Çalışanlarda Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ve Sağlık Sektörü*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Barbour, A. (2003). *Social Support and Depression* The 15th International Congress of the International Association of Group Psychotherapy.. Istanbul, Turkey.
- Berwig, M., Heinrich, S., Spahlholz, J., Hallensleben, N., Brähler, E., & Gertz, H.-J. (2017). Individualized support for informal caregivers of people with dementia - effectiveness of the German adaptation of REACH II. *BMC Geriatrics*, 17(1), 286. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0678-y>
- Bilgehan, T., ve İnkaya, B. (2021). PALYATİF Hastalarına Bakım VereBireylerin Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 24(1), 51–58. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.748923>
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 458–475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.3.458>
- Bozbiyik, N. (2018). *Sağlıklı kadınlarda ev egzersiz eğitiminin fiziksel aktivite düzeyine etkisi : Yoga egzersizleri*. Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyarbakır
- Catak, B., Oner, C., Kilinc, A. S., Sutlu, S., & Senbayram, S. (2012). Frequency and affecting factors of psychiatric symptoms of caregivers of elderly people. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 2(3), 105–108. <https://doi.org/10.5505/kjms.2012.15238>
- Chen, H.-M., Huang, M.-F., Yeh, Y.-C., Huang, W.-H., & Chen, C.-S. (2015). Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics : The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 15(1), 20–25. <https://doi.org/10.1111/psyg.12071>
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5). https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. İçinde *The American psychologist* (C. 59, Sayı 8, ss. 676–684). <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>

- Cruz-Jentoft, A. J., Landi, F., Topinková, E., & Michel, J.-P. (2010). Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e328333c1c1>
- Çapan Eraslan, B. (2016). Yaşlı ile Birlikte Yaşamak : Stres ve Başa Çıkma (Living with elderly : Stres and coping). *Yaşlı Sorunlarını Araştırma Dergisi* ,9,33–47.
- Çeken, S., Mert, D., Yapar Toros, G., Kolukısa, Y., Gedik, H., İskender, G., & Ertek, M. (2021). Epidemiology of Geriatric Infections and Factors Affecting Mortality. *Turkish Bulletin of Hygien and Experimental Biology*, 78(4), 0. <https://doi.org/10.5505/TurkHijyen.2021.57704>
- Çohaz, A. (2010). Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri. *Akademik Geriatri*, 122–126.
- Del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., Ruzafa-Martínez, M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2018). Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189874>
- Delibaş, K. (2020). Psikolojik Bir Bulgu Olarak Yaş. Yaşlanma ve Yaşlılık. G. Dişçigil (Ed.), *Yaşlı Sağlığına Çok Yönlü Yaklaşım* içinde (1bs., ss.87-106). Ankara: Gazi Kitabevi
- Demir Barutcu, C. (2019). Relationship between Caregiver Health Literacy and Caregiver Burden. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 38(3), 163–169.
- Dillehay, R. C., & Sandys, M. R. (1990). Caregivers for Alzheimer’s patients: what we are learning from research. *International Journal of Aging & Human Development*, 30(4), 263–285. <https://doi.org/10.2190/2P3J-A9AH-HHF4-00RG>
- Dişçigil, G. (2020). *Yaşlı Sağlığına Çok Yönlü Yaklaşım* (G. Dişçigil (Ed.)). Gazi Kitabevi.
- Drouin, H., Walker, J., McNeil, H., Elliott, J., & Stolee, P. (2015). Measured outcomes of chronic care programs for older adults: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 15, 139. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0136-7>
- Eker, D., ARKAR, H., Yıldız, H., & YALDIZ, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17–25.

- Eyigör, S., Durmaz, B., & Şahin, S. (2012). *Düşmeler ve Önlenmesi* (1. baskı). Ege Üniversitesi Sağlık Serisi 3
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 19(2), 113–147. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
- Gibson Hunt, G., Reinhard, S., Feinberg, L. F., Choula, R., Green, J., & Houser, A. (2014). *Executive Summary: Caregiving in the U.S. - AARP*.
- Giesbrecht, M., Crooks, V. A., Williams, A., & Hankivsky, O. (2012). Critically examining diversity in end-of-life family caregiving: implications for equitable caregiver support and Canada's Compassionate Care Benefit. *International Journal for Equity in Health*, 11, 65. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-65>
- Goldberg, A., & Rickler, K. S. (2011). The role of family caregivers for people with chronic illness. *Medicine and health, Rhode Island*, 94(2).
- Gresswell, I., Lally, L., Adamis, D., & McCarthy, G. M. (2018). Widening the net: exploring social determinants of burden of informal carers. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 43–51. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.36>
- Guay, C., Auger, C., Demers, L., Mortenson, W. Ben, Miller, W. C., Gélinas-Bronsard, D., & Ahmed, S. (2017). Components and outcomes of internet-based interventions for caregivers of older adults: Systematic review. İçinde *Journal of Medical Internet Research* (C. 19, Sayı 9). JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/jmir.7896>
- Halil, M.G. (2006). Geriatrik sendromlar. S. Arıoğul (Ed.). *Geriatri ve Gerontoloji içinde*. (ss.393-401). Ankara: Nobel Kitabevi.
- Hirsch, B. J. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 8(2), 159–172. <https://doi.org/10.1007/BF00912658>
- Horowitz, L., Krasnoperova, E., Tatar, D., Hansen, M., Person, E., Galvin, K., & Nelson, K. (2001). The Way to Console May Depend on the Goal: Experimental Studies of Social Support. *Journal of Experimental Social Psychology - J EXP SOC PSYCHOL*, 37, 49–61. <https://doi.org/10.1006/jesp.2000.1435>

- House, W. C. (1981). Outpatients' attributions of the causes of their psychological problems. *The Journal of Psychology*, 108(1st Half), 81–84. <https://doi.org/10.1080/00223980.1981.9915248>
- Işık, A. T. (2010). *Geriatrik Olgularda Üriner İnkontinans* (E. Bozoğlu (Ed.)). SOM KİTAP.
- Işık, A. T. (2014). *Yaşlılık hakkında her şey demans (bunama) - bakıcı tükenmişliği el kitabı* (A. T. Işık (Ed.))
- İnci, F. H. (2006). *Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli
- Kalınkara, V., Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19–39. <http://dergipark.gov.tr/yasad>
- Karabulutlu, E. Y., Turan, G. B., & Yanmış, S. (2021). Evaluation of care burden and preparedness of caregivers who provide care to palliative care patients. *Palliative and Supportive Care*, May. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000213>
- Karahan, A., & Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. *Türk Geriatri Dergisi*, 5(4), 155–159.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function Downloaded From: by a University of Adelaide Library User on 10/08/2017 Table 1.—Index of Independence in Activities of Daily Living. *Jama*, 185(12), 914–919.
- Khazaeipour, Z., Rezaei-Motlagh, F., Ahmadipour, E., Azarnia-Ghavam, M., Mirzababaei, A., Salimi, N., & Salehi-Nejad, A. (2017). Burden of care in primary caregivers of individuals with spinal cord injury in Iran: Its association with sociodemographic factors. *Spinal Cord*, 55(6), 595–600. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.195>
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>

- Konerding, U., Bowen, T., Forte, P., Karampli, E., Malmström, T., Pavi, E., Torkki, P., & Graessel, E. (2019). Do Caregiver Characteristics Affect Caregiver Burden Differently in Different Countries? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 34(3), 148–152. <https://doi.org/10.1177/1533317518822047>
- Koruç, Z., & Arsan, N. (2009). Derleme: Egzersiz davranışını izleyen etmenler: Egzersiz bağıllığı ve egzersiz bağımlılığı. *Spor Hekimliği Dergisi*, 44(2), 105–113.
- Latkin, C. A., & Knowlton, A. R. (2015). Social Network Assessments and Interventions for Health Behavior Change: A Critical Review. *Behavioral Medicine*, 41(3), 90–97. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1034645>
- Leipzig, R. M., Cumming, R. G., & Tinetti, M. E. (1999). Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(1), 30–39. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb01898.x>
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(2), 108–119.
- Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivelä, S.-L., & Isoaho, R. (2002). Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(8), 809–817. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(02\)00411-0](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(02)00411-0)
- Montgomery, R. J. V, Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34(1), 19–26. <https://doi.org/10.2307/583753>
- Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawkins, K., & Wicker, E. (2017). Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 38(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.017>
- Mustafa Altındış. (2013). Yaşlanmanın Fizyolojisi ve Anatomisi. İçinde Mustafa Altındış (Ed.), *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı* (s. 11). İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Nacır, B., Kudaş, S., Borman, P., Can, F., Erden, Z., Kırdı, N.,...Varlı, M. (2014). Yaşlılarda Fiziksel Aktivite. İçinde *Türkiye Fizikse Aktivite Rehberi* (2. baskı, ss. 57–81). Kuban Matbaacılık.<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli->

hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf

- Njoku, G. U. (2015). The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level. *Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level*, 124 p-124 p. <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109828466&site=ehost-live>
- Oliver, D. P., Demiris, G., Washington, K. T., Clark, C., & Thomas-Jones, D. (2017). Challenges and Strategies for Hospice Caregivers: A Qualitative Analysis. *Gerontologist*, 57(4), 648–656. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw054>
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M. E., Chong, S. A., Goveas, R. R., Chiam, P. C., & Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: Moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 4(5), 35–40.
- Öğüt, S. (2020). Sağlıklı Beslenme İlkeleri. G. Dişçigil (Ed.), *Yaşlı Sağlığına Çok Yönlü Yaklaşım Sağlıklı Beslenme İlkeleri* içinde (ss. 107–127). Ankara: Gazi Yayınevi.
- Özmen, M., Önen, B. (2005). *Stresle Başa Çıkma Yolları*. 171–180.
- Özyeşil, Z., Oluk, A., Çakmak, D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluksürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 39–44. <https://doi.org/10.5455/apd.39820>
- Parmar, J., Jette, N., Brémault-Phillips, S., & Holroyd-Leduc, J. (2014). Supporting people who care for older family members. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 186(7), 487–488. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131831>
- Price, M. L., Surr, C. A., Gough, B., & Ashley, L. (2020). Experiences and support needs of informal caregivers of people with multimorbidity: a scoping literature review. *Psychology & Health*, 35(1), 36–69. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1626125>
- Rowshan, A. (2014). *Stres Yönetimi*. Sistem Yayıncılık.

- Ruisoto, P., Ramírez, M., Paladines-Costa, B., Vaca, S., & Clemente-Suárez, V. J. (2020). Predicting Caregiver Burden in Informal Caregivers for the Elderly in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph17197338>
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010"
- Salin, S., & Astedt-Kurki, P. (2007). Women's views of caring for family members: use of respite care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(9), 37–45. <https://doi.org/10.3928/00989134-20070901-07>
- Salin, S., Kaunonen, M., & Astedt-Kurki, P. (2009). Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 492–501. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02550.x>
- Savaş, S. (2015). Sarkopeniden korunma. *Ege Tıp Dergisi*, 54(0), 46–50. <https://doi.org/10.19161/etd.344148>
- Shelkey, M., & Wallace, M. (2001). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. *Home Healthcare Nurse*, 19(5), 323–324. [sci-hub.se/10.1097/00004045-200105000-00020](https://doi.org/10.1097/00004045-200105000-00020)
- Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and Formal Social Support and Caregiver Burden: The AGES Caregiver Survey. *Journal of Epidemiology*, 26(12), 622–628. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20150263>
- Shieh, S.-C., Tung, H.-S., & Liang, S.-Y. (2012). Social Support as Influencing Primary Family Caregiver Burden in Taiwanese Patients With Colorectal Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3). <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01453.x>
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. İçinde *Journal of Social Issues* (C. 40, Sayı 4, ss. 11–36). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>
- Soner, S., & Aykut, S. (2017). Alzheimer Hastalığı Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet Alzheimer ' s Disease-Processed Caregiver Family Members Difficulties and Social Work Giriş. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375–387.

- Sorias, O. (1989). Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II, Toplumdan Seçilmiş Örneklemde, Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri İle Algılanan Destek. *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi*, 6(7), 27–40.
- Sorrell, J. M. (2014). Moving beyond caregiver burden: identifying helpful interventions for family caregivers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(3), 15–18. <https://doi.org/10.3928/02793695-20140128-05>
- The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. (1984). İçinde *World Health Organization - Technical Report Series* (C. 706, ss. 1–84).
- Tinetti, M. E., Doucette, J., Claus, E., & Marottoli, R. (1995). Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(11), 1214–1221. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb07396.x>
- Toseland, R. W., McCallion, P., Smith, T., Huck, S., Bourgeois, P., & Garstka, T. A. (2001). Health education groups for caregivers in an HMO. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 551–570. <https://doi.org/10.1002/jclp.1028>
- Türk Dil Kurumu (2018), <https://sozluk.gov.tr> adresinden ulaşılabilir
- Ulutaşdemir, N. (2019). Yaşlı Bireylerde Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi. Ümran Sevil (Ed.), *Geriatrye Disiplinler Arası Yaklaşım* içinde(ss.5-25).İstanbul: Güven Plus Grup Danışmanlık A.Ş.
- Vellone, E., Fida, R., Cocchieri, A., Sili, A., Piras, G., & Alvaro, R. (2011). Positive and negative impact of caregiving to older adults: a structural equation model. *Professioni Infermieristiche*, 64(4), 237–248.
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Koczywas, M., Del Ferraro, C., & Ruel, N. H. (2018). Pilot study of a communication coaching telephone intervention for lung cancer caregivers. *Cancer Nursing*, 41(6), 506–512. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000535>
- WHO. (2020). *Ageing*. <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>
- Xian, M., & Xu, L. (2020). Social support and self-rated health among caregivers of people with dementia: The mediating role of caregiving burden. *Dementia*, 19(8), 2621–2636. <https://doi.org/10.1177/1471301219837464>

- Yiğit, H. (2009). *Yaşlıların Sosyal Yaşam Desteğini Algılamaları*No Title [Beykent Üniversitesi]. <https://www.ulusaltezmerkezi.net/yaslilarin-sosyal-yasam-destegini-algilamalari/>
- Yıldırım, B., Özkahraman, Ş., & Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 19–23.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Eğitim Dergisi*, 6(6), 175–189.
- Yılmaz Karabulutlu, E., Akyıl, R., Karaman, S., & Karaca, M. (2013). Investigation of sleep quality and psychological problems in cancer caregivers. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1), 1–9. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2013.807>
- Yılmaz, D., Rakıçioğlu, N. (2012). *Yaşlılık Döneminde Obezite Obesity in the Elderly*. 40(1), 79–87.
- Zabalegui, A., Giménez, M., Díez, M., Cabrera, E. (2016). INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study: *Geriatric Nursing*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.001>.