

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLIYA EVDE BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Yüksek Hemşire
Esra Koyuncu YAŞAR

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayla Bayık TEMEL

İZMİR

2009

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın her aşamasında desteği ve değerli katkılarıyla beni destekleyen tez danışmanın Prof.Dr. Ayla Bayık TEMEL'e

Katkılarını gördüğüm Yard.Doç.Dr Aynur Uysal ve Yard.Doç.Dr Gönül ÖZGÜR 'e

Zaman ayırarak çalışmaya katılan bireylere,

Her zaman yanımda olan arkadaşım Renginar Öztürk'e

Tez döneminde süresince ihmal ettiğim annem, babam ve kardeşime;

Sevgili eşim Oktay Yaşar'a her konuda verdiği destek ve gösterdiği sabır için,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.....

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	Sayfa No iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	x

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	3
1.4. Hipotezler	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.6. Tanımlar	5
1.7. Genel Bilgiler	7
1.7.1. Yaşlılık	
1.7.2. Bakım Verme	8
1.7.2.1. Yaşlıya Bakım Verenlerin Özellikleri	10
1.7.2.2. Yaşlıya Bakım Verme Nedenleri	11
1.7.2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlıya Bakım Verme Durumu	12
1.7.2.4. Bakım Verme Yüğü	14
1.7.2.5. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler	15
1.7.2.6. Bakım Verme Güçlüğünün Etkileyen Faktörler	17
1.7.2.7. Bakım Verme Güçlüğünde Hemşirenin Rolü	18

1.8.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri	21
1.8.3.1. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Tanımı	21
1.8.3.2. Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	23
1.8.3.3. Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Kapsamı	30
1.8.3.4. Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Hedefi	32
1.8.3.5. Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Olumlu Ve Olumsuz Yönleri	32
1.8.3.6. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Gerekliliği	36
1.8.3.7. Evde Bakım Hemşireliği	38

BÖLÜM II

GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi	41
2.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	41
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
2.4. Veri Toplama Araçları	43
2.4.1. Sosyo Demografik Veri Formu (yaşlıya ve bakım verene yönelik)	43
2.4.2. Günlük Yaşam Aktivitelerini Değerlendirme Formu (EK-2)	43
2.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview) (EK 3)	44
2.4.4. Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Bakımda Yaşadıkları Sorunları Belirleme Formu	45
2.5. Veri Toplama yöntemi	45
2.6. Araştırmanın Zamanlaması	46
2.7. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri	48
2.8. Verilerin Analizi	48
2.9. Süre ve Olanaklar	49
2.10. Etik Açıklamalar	49
2.11. Araştırmadan Elde Edilen Deneyimler	50

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	51
3.2. Yaşlı Bireylere İlişkin Tanıtıcı Bilgilerin	56
3.3. Yaşlıların Günlük Ve Enstürümental Yaşam Aktivitelerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	60
3.4. Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Bakımda Yaşadıkları Sorunlarına İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	61
3.5. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü	62
3.5.1. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	63
3.5.2. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Sağlığı Algılama Ve Hastalık Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması	65
3.5.3. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Ekonomik Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması	66
3.5.4. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Birlikte Yaşam Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması	67
3.5.5. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yüğü İle İlişkisi	68
3.5.6. Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Ekonomik Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yüğü İle İlişkisi	69
3.5.7. Yaşlı Bireylerin Sosyal Yaşantısı Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yüğü İle İlişkisi	70
3.6. Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Yordanmasında Bazı Değişkenlerin Rolü	70

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerine İlişkin Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi	72
4.2. Yaşlı Bireylere İlişkin Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi	76
4.3. Yaşlı Bireylerin Günlük Ve Enstürümental Yaşam Aktivitelerine İlişkin Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi	79
4.4. Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Bakımda Yaşadıkları Sorunlarına İlişkin Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi	81
4.5. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi	84
4.6. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	86
4.6.1. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	86
4.6.2. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Sağlığı Algılama Ve Hastalık Durumu Özelliklerinin İncelenmesi	87
4.6.3. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Ekonomik Durumu Özelliklerinin İncelenmesi	88
4.6.4. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Birlikte Yaşam Durumu Özelliklerinin İncelenmesi	89
4.7. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yüğü İle İlişkisinin İncelenmesi	91
4.7.1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yüğü İle İlişkisinin İncelenmesi	91
4.7.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Ve Ekonomik Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yüğü İle İlişkisinin İncelenmesi	92

4.7.3. Yaşlı Bireylerin Sosyal Yaşantısı Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yükü İle İlişkisinin İncelenmesi	93
4.8.Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Yordanmasında Bazı Değişkenlerle İlişkilerin İncelenmesi	94

BÖLÜM V

5.1. SONUÇ	96
5.2. ÖNERİLER	99

BÖLÜM VI

ÖZET	101
ABSTRACT	103

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR	105
EKLER	
EK 1 : Sosyo Demografik Veri Formu (yaşlıya ve bakım verene yönelik)	113
EK 2: Günlük Yaşam Aktivitelerini Değerlendirme Formu	115
EK 3: Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview)	116
EK 4: Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Bakımda Yaşadıkları Sorunları Belirleme Formu	117
EK 5: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurul İzin Yazısı	118
EK 6: Muğla Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	119
EK 7: Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview): Hatice İnci'den alınan yazılı izin	120
ÖZGEÇMİŞ	121

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Ula Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Mahallelere Göre Dağılımı	42
Tablo 2. Zamanlama Tablosu-1	46
Tablo 3. Zamanlama Tablosu-2	47
Tablo 4 . Yaşlıya Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Tablo 5. Yaşlıya Bakım Verenlerin Yakınları ile İlişkili Özelliklerin Dağılımı	52
Tablo 6. Yaşlıya Bakım Verenlerin Yaşadığı Konutun Özelliklerinin Dağılımı	53
Tablo . 7 Yaşlıya Bakım Verenlerin Sosyal Yaşantısı Ve Ekonomik Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	54
Tablo . 8 Yaşlıya Bakım Verenlerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	55
Tablo . 9 Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	56
Tablo . 10 Yaşlı Bireylerin Ekonomik Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	57
Tablo . 11 Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	58
Tablo . 12 Yaşlı Bireylerin Yaşam Alanlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	59
Tablo . 13 Yaşlı Bireylerin Günlük ve Enstürümental Yaşam Aktivitelerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	60
Tablo . 14 Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakımda Yaşadıkları Sorunlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	62
Tablo 15. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü İle Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	63
Tablo 16. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü İle Sağlığı Algılama Ve Hastalık Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması	65
Tablo 17. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü İle Ekonomik Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması	66

Tablo 18. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü İle Birlikte Yaşam Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması	67
Tablo19. Yaşlı Bireyin Sosyo-Demografik özelliklerin Bakım Yüğü ile İlişkisi	68
Tablo 20. Yaşlı Bireyin Sağlık ve Ekonomik Özelliklerin Bakım Yüğü ile İlişkisi	69
Tablo 21. Yaşlı Bireyin Sosyal Yaşantısı Özelliklerin Bakım Yüğü ile İlişkisi	70
Tablo 22. Bakım Verme Yüğüünün Yordanmasında Değişkenlerin Rolü	71

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Yirminci yüzyılda yaşlı nüfusun, kronik hastalıkların, ruhsal hastalıkların, yaralanmaların sayısının artması, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve maliyetini artırmıştır. Bu sağlık sorunlarına bağlı olarak yataklı tedavi kurumlarının yatakları daha fazla kullanılmış, hastane yatak işgal süreleri uzamıştır. Günümüzde, yataklı tedavi kurumlarının yataklarına dönük talep artışı hastaların daha erken ya da tam olarak iyileşmeden taburcu edilmelerine neden olmaktadır(62).

Oysa yukarıda belirtilen sorunları yaşayan bireylerin gerek duyduğu bakım ve sağlık hizmeti genelde uzun sürelidir; gerek duyulan hizmetlerin sürekli olarak yataklı kurum ortamında karşılanmaya çalışılması hem sağlık sistemi için, hem de bireyler ve aileleri için önemli sorunlar yaratmaktadır. Bu değişiklikler, hasta odaklı yaklaşım yanında sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri için farklı bir çok yaklaşımı gerektirmektedir. Bu demografik ve epidemiyolojik değişikliklerden kaynaklanan tek bir ortak payda, fonksiyonel bağımlılık ve günlük yaşamı idare edebilmek için bakım ihtiyacının artmasıdır(45,62).

Dünyanın her yerinde sağlık hizmeti kullanımının ve dolayısıyla maliyetlerin artması, hastaları evde tedavi etme eğiliminin ve gerekliliğinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bakımın yükü temel olarak, ihtiyaç duyulan kaynaklara ulaşımı sınırlı olan veya bu kaynakların kontrolüne sahip olmayan kadınların üzerindedir. Ancak, iyi yönetilen ve desteklenen evde bakım, tüm yaşlardaki hastaların ve aynı şekilde bakıcıların da yaşam kalitesini geliştirebilir(44).

Tüm ülkelerde, aile her zaman uzun dönemli bakımın en önemli sağlayıcısı olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Bu durum yaşlı insanların bakımı kadar,

kronik olan hastaların bakımı için de doğrudur. Ancak, bakımın ağır yükünü aileler tek başlarına taşıyamamaktadırlar. Çeşitli sosyal, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik faktörler (göç, kırsal ve kentsel sosyal çevrelerin değişimi, yoksulluk, aile üyelerinin yaşlı veya hasta olması, vb. gibi) nedeniyle, aile kaynakları azalmaktadır. Ayrıca, aile içinde bakıcılık rolünü üstlenenler, genellikle karmaşık bakım hizmetini yürütebilmek için rehberliğe, desteğe ve beceriye ihtiyaç duyarlar (44).

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda yaşlı bakımını üstlenen primer bakım verenlerin emosyonel stres, fiziksel hastalık, sosyal etkinliklere katılımda azalma, aile üyeleri ile ilişkilerde, ekonomik ve iş yaşamında pek çok güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (31,43).

Evde bakım hizmeti henüz dünyanın bütün ülkelerinde gereksinim duyan kişilere uygun şekilde sunulabilen bir hizmet değildir. Türkiye’de, sağlık sistemi içinde yapılandırılmış bir evde bakım hizmet sistemi bulunmayan ülkelere birisidir. Oysa epidemiyolojik olarak Türkiye bulaşıcı hastalıkların yanı sıra kronik hastalıkların da giderek daha fazla görüldüğü, “çifte yük” olarak tanımlanan sağlık sorunlarını yaşayan ülkelere birisidir. Türkiye nüfusunun %5.6’sı 65 yaş üzerindedir, bu dağılımın 2025 yılında %10’a, 2050’de ise %19’a ulaşılacağı tahmin edilmektedir (4,62).

İngiltere'de ise, yaşlıların 1/6' sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Japonya' da yaşlıların büyük bir bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri ve aile içinde de kadınlar tarafından bakılırken, sadece %39.3' ü yalnız ya da eşleriyle birlikte yaşamaktadır. Ancak zaman içinde kadınların çalışma yaşamına daha fazla katılmaları ve yaşlı nüfusun giderek artması , evde bakım hizmetlerine gereksinimin artacağını göstermektedir(47). Ülkemizde birkaç özel kurum dışında evde bakım hizmeti sunan resmi bir kurum bulunmamaktadır(31). Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin gelişmemesi nedeniyle toplumumuzda yaşlıların bakımı sadece aile üyeleri özellikle de kadınlar tarafından yürütülmektedir(1,6).

Aksayan ve Çimete(1998)' nin çalışmasında yaşlıların %62.9' unun evde bakımı tercih ettikleri , evde bakım tercih nedeni olarak %86,5' inin aile üyelerinin yanında bulunmayı tercih ettiği gösterdiği belirlenmiştir. Her ne kadar yaşlılar kendi evlerinde ve kendi aile üyeleri tarafından bakım almayı tercih etse de, evde bakım hizmetlerinin aile üyeleri tarafından verilmesi gittikçe güçleşmektedir(21).

Önümüzdeki 25 yılda ülkemizde, 65 yaş üstü yaşlı nüfusun %88.0 oranında, çalışan nüfusun da % 45.0 oranında artacağı tahmin edilmektedir. Bu durum giderek azalan bir nüfus katmanının, giderek artan nüfusa bakması gerçeğini ortaya koymaktadır (47).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, yaşlıya bakım veren bireylerin bakım yükünü ve bakım yükünü etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Hemen her ülkede, ister gelişmiş ister gelişmemiş sayılsın, ortalama yaşam beklentisi ve buna bağlı olarak nüfus içindeki yaşlı sayısının ve oranının artması,

beraberinde pek çok sorunu da getirmektedir. Bu sorunların en önemlilerinden biri yaşlı bireyin evde bakımının sağlanmasıdır. Ülkemizde ise, yaşlı bireylerin bakımı genellikle aileler tarafından verilmekte ve bu bakım, aile içinde yerine getirilmesi gereken bir sorumluluk olarak algılanmaktadır (19). Yapılan araştırmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu belirlenmiştir (12, 40,41,43).

Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretleri sırasında sıklıkla, yaşlı ve yaşlıya bakım veren bireylerle karşılaşabilmektedir. Hemşirenin evlerde yaşlının bakım sorumluluğunu üstlenmiş ailelere karşı duyarlı olması, bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü farkında olması, desteklemesi, bakım verme rollerini tanımlaması, değişen duruma uyum sağlama becerilerini belirlemesi, geliştirmesi; verilen bakımın etkisini ve kalitesini artırarak, ailedeki tüm bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini yükseltecektir (31,43).

Bu amaca ulaşabilmek için öncelikle bireylerin bakım vermeye bağlı yaşadığı güçlüklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Literatür incelendiğinde yurtdışında aile bireylerinin bakım verme yükünü belirlemeye yönelik yapılmış pek çok çalışma bulunmasına rağmen Türkiye’de bu konuda yapılmış çalışmalar çok az sayıdadır. Türkiye’de yaşlılara bakım veren bireylerin yaşadığı sıkıntıları belirleyen çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir(12,15,21,22,31).

Bakım verenlerin kendi sağlığını ve refahını tehlikeye atmamaları, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamaları ve bu rol nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için tüm aile üyelerinin bakım yeteneklerinin artırılması gerekmektedir.Evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesinde bu verilerden yararlanılabilir.

1.4. Hipotezler

Yaşlıya bakım veren bireylerin bakım yükü ve bakım yükünü etkileyen faktörler nelerdir? sorusundan hareketle aşağıdaki farksızlık hipotezleri bu araştırmada sınanmıştır.

H1:Bakım veren bireyin yaşı ile yaşadığı süre(yıl) bakım yükünü etkiler.

H2:Bakım veren bireyin öğrenim durumu ile bakım yükü arasında ilişki yoktur.

H3:Bakım veren bireyin yaşı ile gün içinde geçirdiği süre(saat) bakım yükünü etkiler.

H4:Yaşlı bireyin yaşı ile bakım yükü arasında ilişki yoktur.

H5:Yaşlının günlük yaşam aktivite bağımlılık durumu ile bakım veren bireyin bakım yükü arasında ilişki yoktur.

H6:Yaşlının enstrümental aktivite bağımlılık durumu, ile bakım veren bireyin bakım yükü arasında ilişki yoktur.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma; Muğla ili Ula ilçesinde Ayazkırı, Demirtaş, Köprübaşı, Alparslan mahallelerinde yaşayan , evde 65 yaş üstü yaşlılara bakım veren araştırmaya gönüllü olan bireylerde yürütüldüğü için elde edilen bulgular ancak bu gruba genellenebilir.

1.6. Tanımlar

Bu araştırmada kullanılan temel kavramlar aşağıda açıklanmıştır;

Yaşlı Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşlılık dönemi başlangıcı olarak, 65 yaş kabul edilmektedir. Buna göre 65–74 genç yaşlılık, 75–84 orta yaşlılık, 85 ve üzeri yaşlar ise ileri yaşlılık dönemi olarak adlandırılmaktadır (17,43,65).

Bakım verme yükü; yaşlı, kronik hastalığı olan, yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilir (43).

Evde bakım;özürlü, yaşlı, süregelen hastalığı olan veya nekahat dönemindeki bireyleri bulundukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleştirebilmelerini gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (26).

1.7. Genel Bilgiler

1.7.1. Yaşlılık

Yaşlanma, normal ve kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir. Organizmanın molekül hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan, yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşlılık dönemi başlangıcı olarak, 65 yaş kabul edilmektedir. Buna göre 65–74 genç yaşlılık, 75–84 orta yaşlılık, 85 ve üzeri yaşlar ise ileri yaşlılık dönemi olarak adlandırılmaktadır (17,43,65).

Gelişmiş toplumlarda, 19. yüzyılda özellikle en önemli demografik hareket yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının giderek artmasıdır. Bazı sanayileşmiş ülkelerde bu değer, % 12-18 arasında değişmektedir. Toplumda 2050' li yıllarda 65 yaş üstü nüfusun 15-64 yaş nüfusuna göre gelişmiş ülkelerde iki kat ve gelişmekte olan ülkelerde ise üç kat daha hızlı artacağı ve 2025 yılında dünyadaki yaşlı insan sayısının 800 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir. Örneğin 2030 yılında ABD' de toplam nüfusun %20.0' sinin yaşlı olması beklenmektedir(47,29).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlılıkla ilgili yayınladığı raporlarda ve ülkemizde yaşlılığın başlangıcı 65 yaş olarak belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 1996 yılında yapmış olduğu nüfus projeksiyonlarında, ülkemizde 65 yaş ve üstü nüfusun 2010 yılında %6,7, 2020 yılında %8,5, 2030 yılında ise %12,1 olacağı tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) genel popülasyonu içinde 2030 yılına kadar 65 yaş ve üzeri nüfusun 65- 69 milyon, 2050 yılına kadar ise 80 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Hollanda'da 2020 yılında yaşlı nüfus oranının %22'ye ulaşacağı bildirilmiştir (29). Dünya genelinde 60 yaş üzerindeki nüfusun 2025

yılında 1,2 milyara, 2050 yılında 2 milyara ulaşması beklenmektedir. Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre yaşlı nüfus oranı %4,3 iken, 2000 yılında bu oran %5,6'ya yükselmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre, ülkemizdeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı 6,9'dur(15,34).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte yaşlı bireyde belirli bir hastalık olmadığı halde fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden bazı değişimler görülmektedir. Bu değişikliklere uyum sağlama, yaşlı bireyin yaşantısını etkilediği gibi, bakımları da özel bir yaklaşım gerektirmektedir (19). Yaşı 65 ve üzeri olan bireylerin giyinme, yemek yeme, tuvaleti kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) bir ya da bir kaçını yerine getirmede zorlandıkları, 75 yaşın üzerinde ise hastalıklar ve sakatlıkların görülme sıklığının arttığı açıklanmaktadır (56). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun % 90'ında bir, % 35'inde iki, % 23'ünde üç, % 15'inde dört ve daha fazla kronik hastalık olduğu tahmin edilmektedir. Yaşam kalitesini düşüren kronik hastalıklar, yaşlı bireyin sosyal sağlığını etkilerken, tedavi ve bakım gereksinimleri yaşamın diğer dönemlerine göre daha fazladır (39). Yaşlı bireyin GYA'nden en az birinde zorlanma durumu fiziksel yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel yetersizlik nedeni ile GYA'nden bir ya da bir kaçını yerine getiremeyen yaşlılar, uzun süreli sağlık bakımına ihtiyaç duymaktadır (39,43).

1.7.2. Bakım Verme

Bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamaktadır (53). Diğer yardım çeşitleri ise sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb) ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmadır (40).

Cingil'in aktardığına göre Barer ve arkadaşları bakımı; bir defalık yardımdan, sürekli uzun dönem yardıma kadar geniş bir periyodu kapsayan, aile desteğinden profesyonel yardıma kadar uzanan çok yönlü bir kavram olarak tanımlamışlardır (23).

Bakım verme formal ya informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. *Formal bakım verme*; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır(10,38,47). Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır (20).

İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir (Kasuya vd 2000). İnformal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (38,47). Kronik ve akut fonksiyonel yetersizlikler nedeniyle artan informal bakım verme; banyo yapmasına yardım etmek, beslemek gibi süregelen bakımdan trakeostomi bakımı, intravenöz ilaç uygulaması gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da kapsamaktadır (39,43). Bakım gereksinimi olan yaşlıların yaklaşık dörtte üçünün aile üyeleri ya da diğer kaynaklardan ücret ödemeksizin evde bakım aldığı tahmin edilmektedir (43).

1.7.2.1. Yaşlıya Bakım Verenlerin Özellikleri

Yaşlıların bakımına karar verme geleneksel değerlere dayanmakta olup, sıklıkla tercih edilen kız çocuklarıdır. Eşler, yaşam boyu ev halkına bağlı akraba kadınlar, kız çocuğu, gelin, erkek çocuk, diğer akraba ve akraba olmayan kadınlar bunu izlemektedir (31,53). Yapılan araştırmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur (12, 30,35,41,43). Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olabilir (6,27). Ayrıca kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi mücadele edebilecekleri görüşü, onların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin nedeni olarak belirtilmektedir (19).

Yaşlıya bakım verme sorumluluğu, aile üyeleri arasında nadir olarak eşit paylaşılır. Ailede genellikle bir primer (yaşlı bakımının ana sorumluluğunu üstlenen birey), bir ya da daha fazla sekonder bakım veren (primer bakım vereni destekleyen, aile üyesi, akraba ya da arkadaş) bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda primer bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın, evli, ortalama 40–59 yaşlarında, yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bakım verenler genellikle yaşlının yetişkin kızı ya da gelini olup, % 40'ının evinde 18 yaş altında çocuğu olduğu ve % 64'ünün çalıştığı saptanmıştır (43). Bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi; günlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi, destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması, götürülecek hizmetin planlamasında kaynakların saptanması, sağlık

kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir.

Bakım verme güçlüğü; yaşlı, kronik hastalığı olan, yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilir. Bakım verme güçlüğü, bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir tepkidir (20,43).

Bakım verme güçlüğü objektif ve subjektif olarak iki farklı şekilde de tanımlanabilir (31). Objektif bakım verme güçlüğü; bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Subjektif bakım verme güçlüğü ise; bakım verenin bu rol ile ilişkili emosyonel duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb) olarak tanımlanmaktadır (23,31).

1.7.2.2. Yaşlıya Bakım Verme Nedenleri

Bakım verenler becerikli, duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun birey oldukları için değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı bakım sorumluluğunu üstlenirler. Bakım verme genellikle sevgi sonucu yapılabilen bir davranıştır (31). Bakım verme gibi büyük bir sorumluluğu üstlenmede ve sonuçlarına katlanmada etkili olan faktörler aşağıda verilmektedir:

Ailenin yaşlıdan beklentisinin olması; ana-babalarla çocukları arasındaki ilişkide yardım ve destek beklentisi tek taraflı olmayıp, ana-babalar ve yetişkin çocuklar birbirlerine karşılıklı olarak yardım etmektedir (64). Çocuklara verilen yardımla,

çocukların ana babalarına verdikleri ekonomik, psiko-sosyal ve hizmet konularındaki yardımlar (Örneğin çocuklarla ilgilenme, el işleri yapma, kışlık yiyecek hazırlamaya yardım etme, günlük alışveriş yapma v.b uğraşlar) benzerlik göstermektedir. Yaşlıların bilgi birikimleri ve deneyimleri çocuklar, gençler ve yetişkinler için önemli kaynak olurken, bu tür paylaşımlar da yaşlı bireyi mutlu etmektedir (64).

Yaşlı bakımında aile üyelerini güdüleyen eden diğer nedenler; duygusal yakınlık veya bağlılık, empati kurma, sevme gibi başkalarını düşünmeyi gerektiren nedenler, kişisel doyumunu artırmaktan daha çok suçluluk duygusundan kurtulma isteği, bakım verenin değerleri ve inançları, yaşlı bireyden geçmişte aldığı destek ve yardımın geri ödenmesi ya da minnettarlık duygusu, bakım alanın hasta rolünde olması nedeniyle gereksinimlerini karşılayamaması, “aile dayanışması” ve “evlat olma sorumluluğu” gibi toplumsal değerler nedeniyle bireyler, yaşlı bakım sorumluluğunu üstlenirler (43).

1.7.2.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıya Bakım Verme Durumu

Genel olarak tüm dünyada yaşlılara bakım ev ortamında ve ağırlıklı olarak kadınlar tarafından verilmektedir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda yaşlıların % 5 ile % 17’si evde bakım almaktadır. Bu bakımın yarısından fazlası ise, yaşlı bireyin yakınları ve bakıcılar tarafından sağlanmaktadır. Yaşlı bakımının boyutunu etkileyen temel faktörler arasında ülkelerdeki sosyal ve ekonomik etkenler ile yaşlı bireyin yaşadığı ortamın koşulları gösterilmektedir. Yalnız yaşayan yaşlılar resmi ve özel kuruluşların sunduğu bakım hizmetlerine ailesi ve yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılardan daha fazla gereksinim duymaktadır (62).

Amerikada yaşlıların 2.4 milyonu bakım evlerinde kalmasına rağmen yaklaşık olarak % 90’ ı aile, arkadaş ve komşuları tarafından bakılmakta, bakım verenlerin ise

% 20'si yaşı ile aynı evi paylaşmaktadır (10). Amerika'da 18 milyon bakım verenden çoğunluğunun kadın olduğu tahmin edilmektedir (10).

Clark ve Chia tarafından 2002 yılında yapılan bir çalışmada, Afrika kökenli Amerikalılarda yaş ortalaması 48 olan bakım verenlerin % 96'sının kadın, % 61'inin evli olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada Kafkasyalılarda yaş ortalaması 59 olan bakım verenlerin % 88'inin kadın, % 78'inin evli olduğu ve yorgunluk, depresyon gibi güçlük belirtileri yaşadıkları belirlenmiştir (24). Vedhara ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir araştırmada bakım verenlerle vermeyenler arasında anksiyete, depresyon ve stres görülme durumu açısından ileri derecede fark olduğu bulunmuştur (68).

Ülkemizde evde profesyonel bakım hizmetlerinin gelişmemesi nedeniyle toplumumuzda yaşlıların bakımı, çoğunlukla aile üyeleri, özellikle de kadınlar tarafından yürütülmektedir (47). Atalay ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptığı Türk Aile Yapısı Araştırmasında, yaşlıların % 63'ünün kendi ortamlarında, % 36'sının çocuklarının yanında, % 1'inin huzurevinde yaşadığı saptanmıştır (14).

Akça'nın 2003 yılında "65 yaş üstü bireylerde bakım verenlerin yaşadığı sorunların belirlenmesi" isimli yüksek lisans tezinde bakım verenlerin % 96.9'unun kadın, % 81.3'ünün evli, yarıdan fazlasının ilkokul mezunu (% 56.3), % 71.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin bakım verme nedeni ile sosyal iletişimde bozulma, ev içi organizasyon yapmada güçlük, baş ağrısı, mide şikayetleri gibi fiziksel, çabuk öfkelenme, ev içinde rahatsızlık duyma gibi ruhsal sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (3).

Bilgili'nin 2000 yılında yapmış olduğu "Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi" isimli doktora tezinde bakım verenlerin büyük

çoğunluğunun (% 91.7) kadın, % 83.4'ünün evli, % 61.7'sinin ilkokul mezunu % 86.6' sının ev hanımı, % 70'inin orta yaşta (30–59 yaş) olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada yaşlıya bakım verenlerin % 63.3'ünün yaşlı ile birlikte yaşamaya ilişkin düşüncelerinin olumsuz olduğu saptanmıştır (19).

Cingil'in 2003 yılında yapmış olduğu "Aile içi bakım vericileri eğitmenin bağımlı yaşlıların evde bakım kalitesine etkisi isimli" yüksek lisans tezinde bakım verenlerin % 93.8'inin kadın, % 70.8'inin evli, % 54.2'sinin ilkokul mezunu, % 41.7'sinin yaşlının kızı olduğu bulunmuştur (23).

Arpacı ve Arlı'nın 2001 yılında yapmış olduğu "Aile ortamında demanslı yaşlı bakımında karşılaşılan sorunlar" isimli çalışmasında yaşlıya bakım verenlerin % 74.5' inin kadın olduğu belirlenmiştir ve bu kadın grubu içinde bakım verenlerin % 49' unun yaşlının kızı olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada araştırmacı bakım verenlerin % 59' unun evli olduğunu, bakım nedeniyle duygusal, fiziksel, sosyal, ekonomik alanlarda sorun yaşadıklarını saptamışlardır (13).

1.7.2.4. Bakım Verme Yüğü

Bakım verme güçlüğü; yaşlı, kronik hastalığı olan, ve buna bağlı yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, kendini baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmiş hissetmesi olarak tanımlanabilir (29). Bakım verme güçlüğü, bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir tepkidir (2,29)

1.7.2.5. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler

Bakım verenin güçlük algısı, verdiği bakımın kendi yaşamını etkilenmesi olarak tanımlanabilir. Bu algı diğer aile üyeleri ya da sağlık profesyonellerinin algısından oldukça farklıdır (18,43). Bakım verme, bakım verenin sağlığını ve iyilik halini olumsuz etkileyebilir. Bakım alanın asla bitmeyen gereksinimleri nedeniyle yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel problemler görülebilir. Fiziksel bitkinlik ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyetede artışa neden olmaktadır. Eski unutulmuş çatışmalar, hayal kırıklıklarının yeniden canlanması ile psikolojik distres görülebilir (2,3,43).

Yaşlı bakımını üstlenen primer bakım verenler, fiziksel, emosyonel, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda pek çok güçlük yaşamaktadır (10,12,43).

Fiziksel Güçlükler

Bakım verme nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler artabilmektedir. Ayrıca kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık ve bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmektedir (30,43). Bakım verenlerin vermeyenlere göre daha fazla hastalık, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıkları saptanmıştır (43).

Emosyonel güçlükler

Emosyonel alanda; huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, iğneleyici davranışlar, alkol ve ilaç kullanımında artış ve

problem çözmede güçlük yaşanmaktadır. (19,43). En yaygın görülen belirtiler ise stres ve anksiyetede artma olmasıdır (21,43). Birey, bakımdan kaynaklanan anksiyete duygusunu tüm yaşamına genelleyebilir. Stres ya da engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyenlerde daha fazla depresyon belirtileri görülebilir. Yaşanan problemlerin tartışılması, bakım verme ile ilgili baskı ve kaygıları azaltmada önemlidir (58).

Bakım verenler kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybettikleri düşüncesi ile güçsüzlük, beklentilerini karşılamadaki başarısızlık nedeniyle suçluluk duygusu yaşayabilirler (4,19,43). Kızgınlık, hayal kırıklığı, aile üyeleri ve yaşlıya karşı dürüst olmadığı için suçluluk, eğer yaşlı ile birlikte yaşıyorsa mahremiyetin kaybı, kendini ayıplama, zorlanma, keder, yarımsızlık, umutsuzluk yaşanan diğer emosyonel problemler arasındadır (4,19,27). Yaşlı birey için gerekli olan ya da önerilen diyet yaşlı ve bakım veren arasındaki çatışma ve gerginlik nedeni ihmal edilebilir. Bu ihmal sonuç olarak her iki tarafın da yaşadığı stresi artırabilmektedir(43).

Sosyal güçlük

Yaşlıya bakım verme, sosyal ve kişilerarası problemlere de yol açmaktadır (21). Bakım verenler yaşamlarını genellikle sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme yapması beklenebilir (52). Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık eden primer bakım verenin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır (25,43).

Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler

Evde bakım sağlamanın ekonomik maliyeti, informal bakım verenlerin güçlük yaşamasında önemlidir (43). Bu ekonomik sorunlar için de en sık yaşananlar, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması ya da işin sonlandırılmasıdır (20,43). Bakım verme nedeni ile işleri ayarlamak zorunda kalan bireyler genellikle daha yüksek düzeyde zorlanma yaşadıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler (43).

1.7.2.6. Bakım Verme Güçlüğü Etkileyen Faktörler

Yaşlıya bakım verenlerin hepsinin bakım verme güçlüğü yaşamadıkları gibi güçlük yaşayanların ise, güçlük yaşama düzeyleri birbirinden farklıdır. Bakım verme güçlüğüne etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler;

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb),
- Yaşlı ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Yaşlı ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi,
- Ambivalan duygular yaşaması,
- Yaşlının bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması,
- Bakım verenin sağlığının bozuk ya da yaşının ilerlemiş olması,
- Bakım verenin yaşlı bakımı dışında da sorumluluklarının olması,
- Yaşlıya sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.),

- Yaşlı bireyin, bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması,
- Hafıza bozukluğu ve bağımlılığı olan yaşlı bireye bakım verme,
- Dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve yaşlıya ayıracabilecekleri bir mekanın olmaması,
- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli yaşlılarla aile içi uyumsuzluklar,

Ekonomik zorunluluklardan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle yaşlıya bakacak ya da eşlik edecek evde bir kişinin bulunmaması, bakım verme güçlüğüne etkileyen faktörlerdendir (12,15,19,31).

1.7.2.7. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü

Hemşire hem sağlıklı hem hasta bireye yaşamın tüm dönemlerinde bakım vermektedir. Bakım verme, hemşirelerin bağımsız olarak uyguladığı, geleneksel ve en eski rollerinden olup çağdaş mesleki rolleri içinde de ağırlığını korumaktadır (43). Bakım gereksinimin en çok arttığı dönemlerden biri olan yaşlılıkta, hemşire bakım verme rolünü gerçekleştirirken birey, aile ya da toplumu bütüncül değerlendirmelidir. Bu nedenle hemşire, yaşlı bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarda bulunmanın yanı sıra, yaşlının iyilik halini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek olan bakım verenleri de ele almalıdır(34).

Halk sağlığı hemşireleri bakım verenlere uygun yaklaşımda bulunarak, onların bakımı başarılı bir şekilde yönetmelerine yardım edebilir (10). Bakım verenin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında yaşlı, bakım veren ve diğer aile üyelerini birlikte ele almak, bütün hemşirelik girişimlerinde yaşlı ve bakım verenin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri ve güç kazanma yolları bulma konusunda yardım etmek, hemşirenin

profesyonel sorumluluklarındandır (10,12). Hemşire ayrıca bakım verenin yaşlılıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemlemeli, bakım verme rolü ve yaşlı bireyin sağlık durumu ile ilgili yaşayabileceği hayal kırıklıklarının farkında olmalı, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir. Bakım verenlerin kendi sağlığını ve refahını tehlikeye atmamaları, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamaları ve bu rol nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için tüm aile üyelerinin bakım yeteneklerinin artırılması gerekmektedir (13).

Hemşirenin bakım verenlerin gereksinim duyduklarında gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı danışmanlık, bakım verenin yardım arama çabasını destekleyerek ona yararlı olabilir. Bireye yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim verilmesi yararlı olmaktadır. Aynı zamanda hemşire bireye yaşadığı problemleri çözülebilir basamaklara ayırması, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleyebilmesi konusunda yardım edebilir. Bakım verenin sevdiği birine sağlayacağı bakımla ilgili bilgi ve deneyime ihtiyacı olabilir. Örneğin hastalık, ilaç kullanımı, tehlike belirtileri, uygun teknoloji kullanımı hakkında eğitim, onların yeterlilik ve memnuniyet duygularını artırmaktadır (12, 49).

Bakım verenlerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak özbakımın önemi üzerinde durulmalı, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi ihtiyaçlarının karşılanmış olmasının gerekli olduğu vurgulanmalıdır. Bakım verenler, alkol ve reçete edilmemiş ilaç kullanımı, üzüntü ve anksiyete, iştahta artma ya da azalma, uyku düzeninde değişim, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri açısından izlenmeli ve kendini bu yönde izlemesi sağlanmalıdır. Bakım verenin destek

gruplarına üye olması, ara verdiği hobilerine devam etmesi; bakım verme güçlüğü ile baş etmesine yardım edebilir (49). Sosyal desteğin bilgi sağlama, dayanışma ve normallik duygusunu destekleme gibi pek çok işlevi bulunmaktadır. Bireylerin yakın arkadaşlarından ve ailelerinden duygusal destek alması, kendilerine değeri verildiğini hissettirerek bireyleri rahatlatmada çok önemlidir (43). Sosyal desteği fazla olan kişilerin daha az oranda psikolojik sıkıntı yaşadığı, çok stresli olaylar karşısında bile psikolojik ya da fiziksel sağlıklarının bozulma olasılığının düşük olduğu belirlenmiştir (43).

Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretleri sırasında yaşlıya bakım verenleri belirleyebilir, bakım verenin güçlük yaşıyıp yaşamadığını saptayarak, uygun hemşirelik girişimleri ile bireylerin bakım verme sürecinden zarar görmesini engelleyebilir. Bakım veren bireyle görüşme yaparken, alınan cevapların dürüst olması için bakım alanın olmadığı bir ortamda görüşme yapılması, bakım verenin en çok kaygı duyduğu alanlar ile ilgili soruların yargılamadan, açık bir şekilde sorulması, bakım veren bireyin ek masraflar ya da iş kaybı nedeniyle oluşan önemli ekonomik sorunlar hakkında konuşmak istemeyebileceğinin farkında olunması, bakım verme aktivitesini etkileyeceğı için bakım verenin fiziksel ve emosyonel sınırlılıklarını tanımlanması, düzenli olarak yürütülmesi gereken görüşmelerin bakım verenin gereksinim duyduğu zamanlarda da sürdürülmesi, mümkün olduğunca yaşlının diyet ya da tedavi yönetiminin basitleştirilmesi, sosyal izolasyon nedeniyle bakım verenin depresyon belirti ve bulguları yönünden izlenmesi; hemşirenin özellikle dikkat etmesi gereken konulardır (49) .

1.8.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

1.8.3.1. Evde Bakım Hizmetleri Tanımı

Evde bakım;özürlü, yaşlı, süregelen hastalığı olan veya nekahat dönemindeki bireyleri bulundukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (1,26).

Evde bakımın diğer bir boyutu da, tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek hastanın yaşam ortamında sunulması, bu yolla ilgili hastalık ve sakatlıkların etkisinin en aza indirilip, hastaların bağımsızlık düzeylerinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin insancıl niteliğinin güçlendirilmesi olanağını yaratmaktadır (21).

Evde bakım, ev hastanesi, ev hospilitizasyonu, tıbbi evde bakım veya duyarsız hastane olarak bilinen, hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelmektedir (10,18). Evde bakım kavramı çeşitli ülkelerde farklı terimlerde ifade edilmektedir. İsrail’de ev hastanesi (hospital at home), Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım (home care), ev hemşireliği (home nursing), Batı Avrupa’da ise evde sağlık bakımı (home health care) ve ev ziyareti (home visiting) sık kullanılan terimlerdir (25).

Evde bakım hizmetlerinin temeli ev ziyaretleridir. Ev ziyaretçileri evde bakım hizmetlerini sunan kişilerdir. Yirminci yüzyıl ile birlikte ev ziyaretçiliği kavramı içerisinde hemşirelik hizmetleri yalnızca bir hizmet türü olarak kalmış ve

diğer medikal ve sosyal hizmetler de ev ziyareti kavramı ile birlikte algılanmaya başlamıştır (13,25).

Evde bakım, profesyonel bir kişinin, hastaya ve ailesine, hastanın evinde yardım sağlama girişimidir. Evde sunulan yardım sosyal, duygusal, bilişsel ve tıbbi gereksinimler üzerine odaklanmaktadır. Evde bakım, evde bulunan tüm bireylere, çocuklardan kronik hastalığı olan yaşlılara kadar herkese hizmet sunmak için kullanılmaktadır. Evde bakım hizmetleri uygulamaları sırasında özellikle de kronolojik hastalıkların bakımında, hastanın ve hasta yakınının bakım sırasında katılımcı olması beklenmektedir. Evde bakım hizmetlerinde ailenin katılımcı olması, amaca ulaşmada kolaylaştırıcı rol üstlenirken, hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli arasındaki eşgüdümü de arttırmaktadır (44).

Oğlak'ın aktardığına göre evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım, yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamları çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve altı aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumundaki verilen hizmetleri içermektedir. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care)(54).

Karadağ'ın aktardığına göre Erdoğan evde bakım hizmetlerini, gelişmiş sağlık bakımının alt grubudur. Akut, kronik yada kalıcı yetersizliği olan kişiler ve ailelerine kendi ortamlarında; bağımsızlıklarını en üst düzeyde tutan; hastalık ve yetersizlikleri en aza indiren; sağlığı koruyan, sürdüren ve rehabilite eden; hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre planlanan bir hizmettir(45).

Avrupa ve ABD'de çeşitli evde bakım sistemi örgütlenmelerinden baskın olanı 'hastane temelli evde bakım hizmetleridir'. Hastane temeline dayanan; kronik bakım gerektiren yatan ve ayakta tedavisi yapılan hastalar için alternatif olarak doğmuş ve yayılan bir bakım türüdür (32,44).

Evde bakım olgusu, Dünya Sağlık Örgütü tarafından; 'Profesyonel sağlık çalışanları gibi formal yada hasta bakıcı gibi informal türde yetişmiş bireylerce hastaya kendi ev ortamında bakım hizmetinin verilmesi' olarak tanımlanmıştır. Ülkemizde 2005 yılında çıkan 'Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği' ise bu tanımdan farklı bir yaklaşımla evde bakımı 'hekim önerisi doğrultusunda ..' yürütülen bakım hizmetleri olarak sınırlamıştır (37).

1.8.3.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimini, bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilecek olan doğumun evde mi yoksa ev dışında mı yapılması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Hititler ve sonrasında Romalılar döneminden başlatmak yerinde olabilir. Soranus, "Gynaecology" başlıklı eserinde, Roma'da doğumun genelde gebe kadının evinde gerçekleştirildiğinden ve doğum başladığında ebeğin gerekli alet ve malzemeyi yanına alarak gebenin evine gittiğinden söz eder (25).

Ortaçağ Avrupası'nda evde sağlık hizmeti uygulamaları, hastanın diğer hastalara hastalığını bulaştırmamasını sağlamak amacı ile yapılmıştır. Burada sunulan hizmetin içeriği tıbbi boyuttan öte (özellikle barınma ve yemek taşıma gibi) sosyal hizmetleri içermektedir. Bu çağda uygulanan evde sağlık hizmetleri uygulamaları daha sonra uygulanacak olan "evde ayırım" ve "evde sağlık hizmeti uygulamaları"nın temelini oluşturmuştur (6.25).

Evde bakım hizmetleri 1700'lerin sonunda, dini gereklilik nedeniyle fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretler şeklinde başlamıştır. Amerika'da 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri, evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş olmuştur(21,42).

Enfeksiyon hastalıklarının yaygın, ölüm oranlarının yüksek olduğu 1800'lü yıllar dönemidir. Bu yıllardan itibaren tıp ve toplum sağlığı alanında belirgin gelişmeler olmuş, modern hastanelerin sayısı artmaya başlamıştır. Ancak aynı yıllarda hastaların çoğunluğu evlerinde bakım almaya devam etmiştir. Eğitimli hemşirelerin evde hasta bakımı sunmaları ve ailelere bakım konusunda eğitim vermeleri, bu sorumlulukları olan aileleri rahatlatmıştır. Hemşireler yalnızca hasta bireylerle ilgilenmeyip, anne adaylarına doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım vermiş, bebek bakımı konusunda eğitim yapmışlardır. Hemşirelerin bakım ücretleri ise gönüllü gruplar tarafından karşılanmıştır (history of home health care int).

Avrupa'da, demografik ve ekonomik temelli yaklaşımlar 19.yüzyılın ortalarından itibaren bakım gereksinimi olan bireylere yardım etmek için, organize resmi girişimlerin oluşturulması ve hızlanmasında aktif rol oynamıştır. Demografik ve ekonomik hazırlayıcılar, kentlerde yaşayan ve sayıları gittikçe artan fakir ve özellikle hasta kişilerin, hastanelerdeki bakım için gerekli parayı bulamamaları ve bu

nedenle evde tedavilerinin ve gerekli desteğin sağlanması olarak belirtebilir. Yirminci yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış, buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı da beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı arttırmıştır (44). ABD’de, 1890 yılında kentlerde yaşayan nüfus %15.3 iken, bu oran 1938 yılına gelindiğinde %45.1 olmuştur (25).

Bu dönemde ziyaretçi hemşirelerin yanısıra, eğitilmiş ve eğitimsiz bir çok hemşire serbest çalışarak, akut ve kronik hastalıklı hastaların evlerinde günde 24 saat, haftada 7 gün süreyle bakım sunmaya başlamıştır. Eğitilmiş hemşireler (halk sağlığı hemşireleri) hasta bakımının yanısıra, fakirlerin okulları ve evlerinde hijyen, hastalıklardan korunma ve yayılmasını önleme yolları, sağlıklı yaşam becerileri kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır. Evde hasta bakımı kilisenin önderliğinde, geliştirme konularında eğitimler düzenleyerek, toplum sağlığına katkıda bulundukları için, toplum sağlığı hemşireliğine ilgi de artmıştır (52,59).

Evde bakım hizmetleri ile ilgili felsefi boyutta değişiklikler olurken, eğitilmiş ev ziyaretçileri yoluyla İngiltere’de, evde bakım hizmeti verilmesi için gönüllü kuruluşlar tarafından uzun yıllardır temel bir hizmet sunma yöntemi olarak benimsenmesine rağmen, dini gruplar dışında evde hasta bakımı hizmeti, 1859 yılına kadar yapılmamıştır. Gerçek anlamda ziyaretçi hemşirelik hizmeti bu tarihte William Rathbone adlı bir İngiliz antropolog tarafından oluşturulmuştur. Rathbone, esine, evde bir hemşire tarafından verilen bakımdan etkilenecek fakir hastalar için gönüllü bir ziyaretçi hemşire servisi oluşturmuştur. Mary Robinson, Liverpool’da evde hasta bakımı veren ilk ziyaretçi hemşiredir. Robinson, ev ziyaretleri sırasında sadece hasta bakımı yapmamış aynı zamanda, aile üyelerine evde hasta bakımını ve genel hijyen kurallarını da öğretmiştir. Böylece İngiltere’de bölge hemşirelik sisteminin temeli atılmıştır (25).

Metropolitan Yaşam Sigortası 1909 yılında kurularak, evde bakım hizmetlerini poliçeleri kapsamı içinde, hastaların evlerine ziyaretçi hemşireler göndermeye başlamıştır. Böylece işçi sınıfından poliçe sahiplerinin hastalığa bağlı ölüm oranlarının azaltılması hedeflenmiştir.

Avrupa’da 1937 yılında, Danimarka’da başlatılan ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka’daki ileri düzeyde gelişmiş evde bakım sistemi, evli olmayan annelerin çocuklarının ve terkedilmiş ya da yetim öksüz kalmış, sıklıkla kötü muamele gören çocukların, özel ailelerde yetiştirilmesi uygulamasına dünya çapında bir ilginin uyandığı, 19. yüzyılın sonlarına dayanır. Danimarka’da, dört coğrafik bölgede uygulanan altı yıllık bir pilot çalışmanın olumlu sonuçları, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi, evde bakım ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasını büyük oranda hızlandırmıştır. Danimarka’da altı yıl süren çalışmalar sonucunda, tüm ülkede çocuk haklarını savunan ve ev ziyaretleri gerçekleştirerek evde bakım sağlayan sivil toplum örgütlerinin oluşumunun desteklenmesi kararlaştırılmıştır. Çocuk haklarını savunan gruplar, ‘Çocuk Ve Gençlik Komiteleri ‘ (Child And Youth Committees) olarak adlandırılmıştır. Komitelerin görevi koruma, destekleme ve engellemedir. Komitelerde daha çok, sosyal hizmet çalışanları ve aile yardımcıları bulunmaktadır. Aile yardımcılarının yardımcı çalışan olarak kullanılmasının nedeni, gerekli hizmetleri sağlamada sosyal hizmet çalışanlarının sayısının yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Danimarka’nın, bazı bölgelerinde bir sosyal hizmet çalışanı, on ile yirmi aile yardımcısına rehberlik ve denetleme hizmeti vermiştir. Bir aile yardımcısı, aile ihtiyaçlarına göre günlük, haftalık veya ayda bir ziyaret etmekle görevlendirilmiştir. Burada öncelik, problemin aile bağlamı içerisinde çözülmesine verilmiştir (44).

Sözü edilen tüm bu hizmetlerin 1924-1954 yıllarında, ciddi boyuttaki katkısı ile ölüm hızı düşmeye, enfeksiyon hastalıkların yerine kronik, dejeneratif hastalıklar almaya başlamıştır. Bu yılları izleyen dönemde hastanelerin de popülerlik kazanması ile, tüm sosyal sınıftan hastalar, hastanede bakım almaya yönelmişlerdir. Evde bakım talebinin azalmasıyla, metropolitan yaşam sigortası şirketi evde bakım hizmeti poliçesini iptal etmiş, Kızılhaç ulusal hemşirelik hizmetini sonlandırmıştır.

Evde bakım hizmetlerinin yeniden doğuş dönemi 1955-64 yıllarıdır. Kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusun hızla artması, hastane hizmeti maliyetlerinin yükselmesi, evde bakım hizmetinin daha düşük maliyetli daha uygun bakım ortamı olarak eski statüsünü tekrar kazanmasını sağlamıştır. Evde bakım sistemi; hastaneye dayalı evde bakım, topluma dayalı evde bakım ve ev hizmetleri şeklinde üç farklı boyutta gelişmiştir. Bu kuruluşların hizmetleri özel yardımlar, bireylerin kendi ödemeleri ve yerel sağlık departmanı gibi farklı kaynaklardan finanse edilmiştir.

ABD’de, yaşlı nüfusun, kronik hastalık ve sakatlıkların artması nedeniyle, sağlık hizmetlerine ulaşabilmeyi kolaylaştırıcı bir sigorta sisteminin kurulması yönünde toplumsal baskı artmaya başlamıştır. Medicare ve Medicaid 1965’de yasalaştırılmıştır. Medicare genel olarak 65 yaşın üstündeki bireylerin sağlık harcamalarını finanse eden federal bir sigorta sistemidir. Medicaid ise; yaşı dikkate almaksızın fakir insanların sağlık harcamalarını karşılayan sağlık sistemidir. Evde bakım hizmetleri 1966 yılında Medicare kapsamına alınmıştır.

Evde sağlık bakımı 1960’lardan önceki yıllarda bir toplum hizmeti olarak görülmüştür. Toplum sağlığı ve evde bakım hemşireliğinin odaklandığı alan; sağlığın geliştirilmesi, düzeltilmesi ya da rahat bir ölümün sağlanması olmuştur. Ziyaretçi Hemşireler Birliği, gibi kuruluşlar, sağlık bakımı hizmetlerinin ilkelerini oluşturmuşlardır. Bu tür kuruluşların temel misyonu, hizmeti finanse etme gücünü

dikkate almadan, gereksinimi olan tüm bireylere hizmet götürmektir. Kısacası, evde bakım hizmetleri hemşire tarafından güçlü bir şekilde etkilenmiş, yönetilmiş, koordine edilmiştir. Medicare'in yasalaşmasını izleyen Amerikan Tıp Birliği'nin baskısı ile, Medicare ve Medicaid'in ödeme yapabilmesi için evde hizmet alacak bireylerin hekim kontrolü ve onayından geçirilmesi zorunlu hale getirilmiş, bu uygulama ise evde bakım hizmetlerinin sağlığı geliştirici uygulamalardan çok, tedavi edici uygulamalara kaymasına zemin hazırlamıştır (21).

Evde sağlık bakımı hizmetinin 1990-97 yıllarında kapsamının genişlemesiyle (laboratuvar testleri, diş tedavisi, x-ray olanakları da evde bakım kapsamına girmiştir), ilerleyen teknoloji ve sayıları hızla artan evde bakım kuruluşları nedeniyle, çok sayıda insan evde bakım hizmeti alabilmektedir. Hizmet ödemeleri, doğrudan hasta ve ailesi tarafından ya da kamu ve özel sigorta kuruluşlarınca karşılanmaktadır. Yine bazı toplum kuruluşları da evde bakım hizmetleri için ödenek yardımı yapmaktadırlar. Evde bakım hizmetlerinin en büyük ödeyicisi olan Medicare, toplam ödemelerin üçte birinden fazlasını finanse etmektedir. Evde bakım hizmetleri sektörü, sağlık bakımı alanının en hızlı gelişen bölümü, ABD'nin ikinci hızla gelişen endüstri alanı olmuştur. Evde bakım endüstrisi aracılığıyla 1992-2005 yılları arasında yarım milyon insana yeni iş olanağı yaratılması hedeflenmiştir (21).

Avrupa'da evde sağlık bakımı yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Hollanda, İsveç, Danimarka ve İngiltere, İskoçya gibi ülkelerde merkezi hükümetler evde sağlık bakım hizmetlerini sunarken bir yandan da kaliteli hizmetlerin verilmesini sağlayacak programları desteklemektedirler (44).

Evde bakım hizmetlerini ve sağlık sistemlerine bütünleştirmiş ülkelerden biri olan Hollanda'da, evde bakım hizmetleri medikal hemşirelik hizmetleri ve hastanın kişisel bakım ve sosyal desteğin baskın olduğu hizmetler olmak üzere ikiye ayrılır.

Hollanda’da yaşlılarda geropsikiyatrik ve psikomatik rahatsızlıklar için 300’den fazla evde bakım kuruluşu bulunmaktadır (44).

Bugün Kanada, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Japonya, Endonezya ve Suudi Arabistan gibi birçok ülkede evde bakım hizmeti yürütülmektedir. Avrupa Topluluğuna üye olan tüm ülkelerde evde bakım hizmeti bulunmaktadır.

Bilindiği gibi Temel Sağlık Hizmetlerinin felsefesine göre; birey ve ailelere kendi sağlıklarına yönelik sorumluluğu üstlenme bilinci kazandırılmalı, sağlık alanında toplum katılımı sağlanmalı ve her şey devletten beklenmemelidir. Bu anlayışla bakıldığında evde bakım hizmetleri topluma, aileye ve bireylere katılım bilincini kazandırmada uygun bir modeldir (6,56).

Ülkemizde 1961 yılında çıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Yasa’nın 154 sayılı yönergesinde” evde sağlık bakımının halk sağlığı hemşiresinin sorumluluğunda olduğuna yer vermiştir. Ayrıca, 224 sayılı Yasada kronik hastalıkların bakımı ve izlenmesi, sağlık ocağının sorumluluğunda belirtilmiştir. Anne, çocuk ve yaşlının sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlık ocağındaki hemşire, ebe ve hekimin işlevi arasında yer almaktadır. Anayasa’nın 41’inci maddesi ailenin korunmasına, 56’ncı maddesi herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğuna, 60’ncı maddesi herkesin sosyal güvenlik hakkına, 61’nci maddesi de sakatların ve yaşlıların devletçe korunmasına yer vermektedir. Görüldüğü gibi ülkemizde evde bakımın yasal dayanakları bulunmaktadır. Ancak, yasaların uygulanmasından kaynaklanan sorunlar nedeniyle evde bakım hizmetleri etkin bir biçimde hayata geçirilememektedir(6).

Evde bakıma yönelik yasal dayanakların dışında, Dünya Sağlık Örgütü’nün 21 inci yüzyılda herkes için sağlık hedefleri kapsamında yer alan 21 hedef arasında;

beşinci hedefte yaşlıların sağlığı ve 13'ncü hedefte sağlıklı çevrelerin oluşturulması ile ilgili maddeler yer almıştır. Ülkemiz de bu hedefleri gerçekleştirmek üzere imza atmıştır. Ayrıca Devlet Planlama Teşkilatı'nın öneri niteliğinde her beş yılda bir yayınladığı kalkınma planlarından sekizinci planda 734 nolu hüküm (ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirilecektir.) ile evde bakım modelinin geliştirilmesi önerilmiştir (6).

Ancak ülkemizde devlet bu sektöre ait 2005 yılında bir yönetmelik çıkarmış olup, konunun amaç, kapsam ve dayanakları belirlenmiştir. Bu tip kurumların açılması, personeli ve hizmet sunumu gibi konularda esasları belirlemiştir. Daha sonra 2005 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Yasası incelendiğinde; evde bakımın yürütülmesi ile ilgili açıklamaların istenilen düzeyde yer almadığı görülmektedir. Madde 4'te aile hekimliğinin tanımı yapılmış ve (d) ve (e) bendinde hizmet alanlarını belirtmiş olmasına rağmen ayrıntılı bir şekilde açıklanma getirilmemiştir ve her iki yönetmelikte geri ödemeler konusunda bir açıklık bulunmamaktadır (19,27,36).

1.8.3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Evde bakım hizmetlerinde hedef nüfus çok önemli olmakla birlikte, homojen değildir. Her yaş ve hastalıktan hizmet alanlara rastlanmakta, bu farklılık ise evde bakım hizmetlerinin kapsamını değiştirmektedir(45).

Evde bakım hizmetlerinin kapsamı konusunda alınacak kararın çok dikkatli alınması ve topluma oldukça anlaşılır biçimde açıklanması gerekmektedir. Toplamlar gereksinimlerinin karşılanmasında, ekonomik koşulların dikkate alınmasında, kişisel ve topluluğa ait tercihlerde, hizmet alan ve hizmet sunanın hareketlilik olanağında ve

ulaşım olanaklarının sağlanabilirliği ölçüsünde alternatif yolları göz önüne almasını isteyebilir (44).

Gelecekte, yaşlanma temel demografik değişim olacağından, yaşlılar evde bakım hizmetinin en büyük kullanıcısı olmaktadır.Yaş ilerledikçe işlevsel rahatsızlıklar gelişmekte ve evdeki günlük yaşam etkinliklerini sürdürmek için desteğe gereksinim duyulmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin diğer hedef kitlesi, tedavi edilemeyen ve kronik hastalığı olan kişilerdir. İngiltere ve ABD’de yapılan çalışmalara göre tedavi edilemeyen kronik hastalığı olanlar, ölümlerine kadar evde kalarak bakım almayı tercih etmektedir (45).

Çalışmaların tümünde, evde bakım ile ilgili planlama ve uygulamaların bireysel gereksinimlere ve bunların belirleyicilerine dayanması gerektiğine ilişkin bir düşünce vardır. Bunlar, fiziksel, psikososyal, sosyal ve bilişsel gereksinimlerdir. Bu nedenle evde bakım, hastaneden taburcu olunduğunda hastanın hizmet gereksinim düzeylerinin belirlenmesi ve profesyonel olarak değerlendirilmesine dayanmalıdır (45) .

Ülkelerin sosyal güvenlik sistemleri, evde bakım hizmetleri kapsamının belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri kapsamında evde bakım hizmetlerine yer verilmesi, bu hizmetlerin ulaşılabilirliğini artırmakta, kapsamını genişletmektedir. Sosyal güvenlik sistemlerinde evde bakım hizmetleri kapsamında hangi bireylere hizmet sunulacağı konusunda ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır(38).

ABD sosyal güvenlik sisteminde, Medicare tarafından evde bakım hizmetinin finansmanının sağlanması için aşağıda belirtilen kriterlere yer verilmiştir.

1. Evde tedavinin gerektiğine hekim tarafından karar verilmeli ve tedavi planı hazırlanmalıdır.

2. Hastalık aralıklı veya sürekli olarak profesyonel bakımı gerektirmelidir.
3. Hastanın eve bağımlı olması gerekmektedir.
4. Evde bakım hizmeti verecek birimin Medicare tarafından onaylanmış olması gerekmektedir(37,38).

1.8.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Hedefi

Hedeflerin bir kısmı bakım alanların, bir kısmı da toplumun ve sağlık bakım sisteminin yararınadır. Evde bakımın genel hedefi olan, evde bakım alanların sonuçları; “hastaların bağımsızlığa ulaşmaları ve yaşam kalitelerini geliştirmeleri veya devam ettirmeleri amacıyla hizmeti alanlar için en iyi alternatif olduğu” görüşüne dayanmaktadır. Bu hizmetlerin hedefinde; yaşam kalitesini artırmak, hizmeti alanların iyi olma durumunu en üst düzeyde korumak ve sürdürmek utkusu bulunmaktadır. Evde bakım, hastane bakımı ile karşılaştırıldığında, en etkili bakım türü olarak kabul edilmekte olup, evde kalmak, kendi içinde olumlu bir amaç olarak düşünülmektedir. Kronik hastalığı olanlar için evde bakımın hedefleri açıkça tanımlanmıştır. Ancak, son dönemdeki hastalar için hedefler, terminal dönemin etkilerine rağmen, kalan yaşamı değerli kılmak için fiziksel ve zihinsel rahatlık sağlamak ve hastaların büyük bölümünün yeğlediği gibi ölümün ev ortamında gerçekleşmesini sağlamaktır. Evde bakımın diğer bir hedefi, hastanın günlük yaşam etkinliklerini yapabilmesine olanak sağlamaktır(34).

1.8.3.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu Yönleri

- Evde bakım hizmetlerinin bireyler için en yüksek özgürlük düzeyine ulaşmasına izin vermesi

Dr. Leighton’un, Navaro Kızılderelileri üzerine yapmış olduğu çalışmadan alınan şu metin insanların hastanelere olan duygularını oldukça açık ifade etmektedir.

‘Saatle yatağa gitmeye ve yaşamaya, etrafta dolaşmadan bir odada çakılıp kalmaya alışık değilim’”(25). Hastanede yatan hastanın özgürlüğü hastalığın doğası dışında hastanenin yapısı nedeniyle de kısıtlanır.Yasaklamaların bazıları hastanın kendi iyiliği için olmakla birlikte, bazıları diğer hastaların özgürlüğünü korumak, tedavi ekibinin rahat hareket etmesini sağlamak ve hastanenin düzenli işlemlerini gerçekleştirmek içindir. Evde bakım hizmetleri hastalar için elde edebilecekleri özgürlüğün en yüksek düzeyine izin vermektedir (25).

- Hastanede kalışta hasta için her zaman bir enfeksiyon riski söz konusu iken, evde bakımda enfeksiyona yakalanma olasılığı daha azdır.
- Uzun süreli bakım gerektiren hastalıkların bakımı evde daha kolaydır. Bu tür hastalar ihtiyaç duydukları psikolojik desteği evde daha rahat bulabilirler.
- Hastaların evde bakım maliyetleri, kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşüktür. Sadece hastalar ve ödeme kaynakları için değil, hastaneler için de bu önemli bir faktördür
- Evde bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine erişebilirliği artırmaktadır (44) . Koruyucu sağlık hizmetlerinin başarısı için bağışıklama hizmetlerinde hedef kitlenin bütününe ulaşmak gerekmektedir. Evde bakım hizmetleri uygulamaları ile, bağışıklama, gebe- bebek izlemi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin taşıyıcısı olan iki temel hizmetin etkinliği artırmaktadır. Danimarka’da 1980 yılında 277 ilçeden 259’unda ziyaretçi hemşire programı uygulanması ile birlikte bebeklerin %88’inin bebek sağlığı konusunda uzman bir hemşire tarafından düzenli olarak görülmesi sağlanmıştır. Danimarka’da bazı bölgelerde yüksek risk altındaki bebekler okul başlayıncaya kadar izlenmekte, toplumun yalnızca %2’sinden daha azı bu hizmeti kabul

etmemektedir. Ebeler ve doktorlar yasal olarak tüm doğumları ev ziyaretçisine bildirmekle yükümlüdür (25,27).

- Evde bakım hizmeti tanımında yer verilen bakım kavramını yalnızca hastayı değil aileyi de içerir.
- Evde bakım hizmeti sağlık bakımının en verimli biçimidir.
- Evde bakım hizmetleri diğer hizmetlerden daha ucuzdur.
- Evde bakım hizmetleri hastanın ve ailenin stresini azaltır.
- Evde bakım hizmetlerinde kötüye kullanma oranı düşüktür.
- Evde bakım hizmeti sağlık bakımının en etkili biçimi olması,
- Evde bakım hizmetleri yaşam kalitesini artırır.
- Evde bakım hizmetleri gereksiz hastane kullanımını azaltır. Landi ve arkadaşlarının İtalya’da yaptıkları bir çalışmada, evde bakım programlarının uygulanması ile birlikte hastaneye başvurularda, hastanede kalış süresinde ve hastane enfeksiyonlarında azalma olduğu saptanmıştır. Hastane enfeksiyonları, maliyetleri oldukça artırmaktadır (25).
- Evde bakım hizmetlerinin hastane hizmetlerine göre daha güvenlidir.
- Evde bakım bazı bireylere ulaşmanın tek yoludur.
- Evde bakım hizmetlerinde bireye ve aileye özgü olarak bakım planlanabilmektedir .
- Evde bakım hizmetleri ile bireylerin kendi ortamında bakılması tedavi sürecini hızlandırmaktadır(4)..

Riccio’nun gönüllü ve kar amacı gütmeyen bir evde bakım kuruluşunda hasta, hemşire ve doktorlar ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %70’inin verdikleri hemşirelik hizmetlerinden memnun oldukları, %20’ sinin fikrinin olmadığı, yalnızca %10’nunun ise hizmetten tatmin olmadığı tespit edilmiştir. Doktorlar ve hastaların

büyük bir çoğunluğu, evde hemşirelik bakımından memnun olduklarını ancak iletişim ve sağlık eğitimi boyutuyla ilgili değişik nedenlerden dolayı memnuniyetsizlik duyduklarını belirtmişlerdir (20).

Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuz Yönleri

Evde bakım hizmetlerinin birçok ülke için yeni bir sektör olması, yeni riskleri ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri, birçok dış etkene açık, ayrıntılı bir eğitim programı ve yakın bir denetim gerektiren bir örgütlenmedir. Evde bakım hizmeti verilirken birbirinin içine girmiş sağlık bakımı gerektirecek durumlarla karşılaşmaktadır (37) .

Evde bakım hizmeti verecek bireyin alışmış olduğu bir ortam dışında bakım verecek olması verimliliği azaltabilir. Sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında etkili bir iletişim kurulmayabilir (25) .

Evde bakım gerçekleştirecek sağlık personelinin güvenliğinin sağlanmasında problemler yaşanabilir. Sağlık işgörenlerinin güvenli bir ortamda, mesleki kararlarını özgürce vererek çalışma hakkı uygun planlanmamış ev ziyaretleri sırasında zedelenebilir. Çevreye karşı sorumluluk sağlık işgörenleri tarafından göz ardı edilmemesi gereken önemli bir etik ödevidir ve sağlık işgörenlerinin evde hasta tedavisi sonrası oluşacak tıbbi atıkların kontrolünde sorunlar yaşayabileceği düşünülmektedir.

Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel bir kişinin olmaması evde bakımın hastane bakımı karşısında bir dezavantajdır (25,44) .

Evde damar yolu tedavisi alanlarda, ileri teknolojinin hatalı kullanımından dolayı sepsis, tromboz ve damar tıkanıklığı gibi komplikasyonlar gelişebilir (44) .

Evde bakım hizmeti sunan organizasyonlar açısından karşılaşılan dezavantajlar ise; evde bakım kuruluşlarının lobicilik yapma gücünün hastanelere oranla daha düşük olması; örgütlenme ve çevreye müdahale konusunda etki güçlerinin az olması şeklinde sıralanabilir (25) .

1.8.3.6. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Gerekliliği

Türkiye’de 1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” ile ilgili yasa çıkarılmış ve 1978 yılındaki Alma-Ata Deklerasyonu ile güncellik kazanan “Temel Sağlık Hizmetleri” felsefesi benimsenmiştir. Bu yasa, bireylerin eşit koşullar ve geniş olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, doğal ve sonradan ortaya çıkan eksiklerini gidermek, sağlık durumunun devamlılığını sağlamak amaçlarını içermektedir. Bu yasanın ilkelerinden özellikle “kademeli hizmet ilkesi” evde sağlık hizmetlerinin sunumu açısından önemlidir. Hastaların önce birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara başvurmalarını, evde , ayakta tanı ve tedavileri yapılamayanların ikinci basamak hastanelerine sevk edilmeleri yönündedir. Böylece hastanelerde yığılmaların önlenmesi, hastane hizmetlerinin gerçekten ihtiyacı olanlara sunulması hedeflenmektedir. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini ve önemi gösteren diğer bir ilkede “sürekli hizmet ilkesi” dir. Türkiye’nin Ulusal Sağlık Politikasını belirleyen bu ilkeye göre, herkese, her yerde, her zaman yerleşik planlı ve programlı bir sağlık politikası sunulacaktır(44,58,64)

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmış; ancak pilot uygulamalardan etkili sonuç alınamadığı için sürdürülememiştir. 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde kurulan

Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık A.Ş.'nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ile birkaç özel kurumda ücretli olarak sürdürülen tıbbi bakım ve refakat hizmetlerinin dışında evde bakım sunulmamaktadır (15,26).

Ülkemizde evde bakım hizmeti sunan kuruluşların sayıca son derece yetersiz olması, genel sağlık sistemine entegre bir evde bakım hizmetinin bulunmaması, evde bakım hizmetlerinin maliyetinin sağlık güvencesi sağlayan kurumlar tarafından karşılanmaması, bakım gerektiren kişiler için evde bakılabileceği halde hastaneye ya da rehabilitasyon merkezlerine başvurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca bakım verenlerin bakım verme konusundaki bilgilerinin yetersiz olması, evde bakılan kişilerin yaşam sürelerinde kısalmaya neden olmaktadır (15,26,62).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, kişilerin nasıl ve nerede yaşadığının, gelir düzeylerinin, kadınların üretim ve hizmet sektöründeki rollerinin, profesyonel olmayan bakıcıların evde bakım hizmetlerine katılmasının, hasta evinin kalıcı veya geçici olmasının ya da hiç olmamasının, evin kentsel ya da kırsal bölgede olmasının, iklim ve coğrafyanın, yerel toplum altyapısının, evde bakım hizmetinin içeriğini ve kapsamını etkilediği belirtilmektedir(26).

Türkiye'de evde bakım hizmetleri oluşturulurken, belirtilen bu değişkenler irdelenmelidir. Toplumsal destek sistemlerinin ve sağlık personelinin evde bakım ile görüşlerinin, sağlanacak hizmetin ya da oluşturulacak evde bakım modelinin, toplumsal işlevselliğin ve içeriğini ve kapsamını etkilediği belirtilmektedir. Türkiye'de evde bakım hizmetleri oluşturulurken, belirtilen bu değişkenler irdelenmelidir. Toplumsal destek sistemlerinin ve sağlık personelinin evde bakım ile ilgili görüşlerinin, sağlanacak hizmetin ya da oluşturulacak evde bakım modelinin,

toplumsal işlevselliğinin ve içeriğinin değiştirilebilmesinde önemli belirleyiciler olduğu düşünülmektedir (45).

1.8.3.7. Evde Bakım Hemşireliği

Evde bakım hizmeti alacak kişinin çevresi ile birlikte ele alınması verilecek hizmetin niteliği ve etkinliği bakımından önemlidir. Bu süreç boyunca hizmet alacak birey, ailesi, sosyal, ekonomik ve kültürel özellikleri, yaşadığı ortam, alışkanlıkları, günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda çok yönlü bir şekilde tanılanır; bireyin gereksinimine uygun sağlık hizmetlerinin nereden ve nasıl alınacağına birey ile birlikte karar verilir. Çünkü tedavi ve bakımın sürekliliğinin sağlanabilmesi için, bu hizmeti alan birey ve çevresinin de katılımıyla oluşturulacak multidisipliner bir ekip hizmeti gereklidir (51) .

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association_ana), ev sağlığı hemşireliğini, toplum sağlığı hemşireliği ve diğer hemşirelik uzmanlıklarından seçilen teknik becerilerin bir sentezi olarak tanımlamaktadır (62).

Hemşirelerin bakımda; doğrudan bakım, destek, eğitim ve danışmanlık rolleri bulunmaktadır. Bu nedenle hemşirenin gerek yaşlı bireye bakım veren aile üyelerine gerekse bizzat bakım verdiği yaşlı bireye bu rolleri kapsamında bakım vermesi gerekir (33,37) .

Evde sağlık bakım hemşireleri için profesyonel yeterliliğin gösterilmesi, ortaya koyulması en öncelikli gereksinimlerden biridir. Evde sağlık bakım hemşireleri bir çeşit eğitimsel ve pratik oluşturduktan sonra bu alan yönelmektedir. Deneyim ve eğitimsel hazırlıktaki farklılıklar hemşirelerin evde sağlık bakım sunmalarında yaptıkları katkıları etkiler. Evde sağlık bakım hemşireleri, hem meslektaşları arasında hem de toplumda bir güven oluşturmak ve yüksek bir yeterlilikle fonksiyon gösterebilmek için eğitim almak zorundadırlar. Yaşam deneyimi, sevecenlik, ve özfedakarlık

profesyonellik ve kaliteli birey bakımında vazgeçilmez unsurlardır. Evde sağlık bakım hizmeti sunan hemşirenin en az bir lisans derecesi alması gerekmektedir. Lisans (baccalaureate) derecesi olan bir hemşire genellikle evde bakım hemşiresi ya yöneticilik ya da uygulamalar için daha iyi hazırlanmıştır. Evde sağlık bakımında halk sağlığı hemşiresinin rolü giderek artmaktadır (40,41,46).

Evde Bakım Hemşiresinin Uygulamadaki Fonksiyonları

Evde bakım hemşiresinin hem direkt hem de indirekt fonksiyonları vardır.

Direkt bakım

Bireyle yüzyüze etkileşim ve fiziksel temas gereken hemşirelik bakımlarını temsil eder. Bunlar;

- IV terapi
- Katater takılması
- Enjeksiyon
- Yara bakımı
- Hastanın fiziksel değerlendirmesi gibi aktiviteler:

İndirekt Bakım

İndirekt bakım bir bireyin hemşireyle kişisel temasına gereksinim olmadığında oluşur. Bakımın bu tipi evde bakım hemşirelerinin evde bakım ya da hastane bakımı sunan diğer sağlık personellerine bir konsültan olarak hizmet ettiklerinde görülür. Hastane hemşireleri sıklıkla bireylerin bakım yöntemleriyle nasıl baş edecekleri konusunda öneri almak için evde bakım hemşireleri ile temasa geçmektedir.

Evde sağlık yardımının denetlenmesi direkt ve indirekt bir fonksiyondur. Çünkü evde sağlık bakım hemşiresi her zaman evde bakım aktivetelerinde görülemeyebilir. Bireye verilen bakım değeriendirilir. En az iki haftalık aralıklarla hemşire tarafından yardımın düzenli derlendirilmesi zorunludur.

Evde Bakım Hemşiresinin İşlevleri Aşağıdadır;

Başlangıç değeriendirmesi;

- Öykü alma,
- Fiziksel muayene yapma,
- Uzun ve kısa süreli hedeflerin belirlenerek planın yapılması,
- Hizmetlerin sunumunun organizasyonun yapılması,
- Her bir aile üyesinin fonksiyonlarının ve rollerin belirlenmesi,

Sağlığı sürdürme ve hastalıkları önleme;

- Doktorun fiziksel muayene sonuçlarını da dikkate alarak periyodik olarak muayeneler ve konsültasyon yapması(22,35,43,45,58).

BÖLÜM 2

GEREÇ YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tasarlanan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2.2 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma; Muğla ili Ula ilçesinde Ayazkırı, Demirtaş, Köprübaşı, Alparslan mahallelerinde yürütülmüştür. Veriler bireylerin kendilerini rahat hissettikleri, ev ortamında 01 Eylül-03 Kasım 2008 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Muğla İli Ula Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş üstü yaşlılara bakım vermek üzere sorumluluk üstlenen kadınlar/erkekler ve 65 yaş üstü yaşlılar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. 2007 Ula Sağlık Ocağı bölgesi kayıtlarına göre bölgede yaşayan 65 yaş üstü birey sayısı 1349 (Tablo 1) dur. Bu mahallelerin sağlık ocağı yetkilileri ile yapılan görüşmelerde sosyodemografik yapı göstergeleri açısından benzer olduğu belirtilmiştir.

Bin nüfus içeren evrende 286, iki bin nüfus içeren evrende 333 örnek biriminin(örnek hacmi) alan araştırmalarda alınmasının uygun olduğu belirtilmektedir(7). Bu araştırmada da 300 yaşlı ve bu yaşlılara bakım veren 300 aile bireyinin araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir Bu varsayımla bu mahallelerde yaşayan 65 yaş üstü ve yaşlılara bakım veren birey içeren 300 hane seçilmiştir. Bu haneler mahallelerin nüfusuna ağırlıklı, tabakalı rasgele örnekleme yöntemleri izlenerek seçilmiştir. Her mahalledeki bu özellikteki ev halkı tespit fişlerinden yararlanılarak dizgelendikten sonra, belirlenen sayıda hane her

mahalleden basit rasgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir(9).

Araştırma örneklemine çıkan ve araştırmaya katılmaya gönüllü yaşlıya bakım veren bireyler çalışma kapsamına alınmıştır. Örneğe çıkan on aile bireyi araştırmaya katılmayı istememiştir. Bu durumda yedek hanelerden aile bireyleri seçilmiştir.

Tablo 1. Ula Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Mahallelere Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Mahalleler				Toplam
	Ayazkıyı	Demirtaş	Köprübaşı	Alparslan	
65-74 Yaş	102	248	304	143	797
75-84 Yaş	107	54	148	69	378
85 ve Üzeri Yaş	26	38	59	51	174
Toplam	235	340	511	263	1349

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Bakım verilen yaşlının 65 yaş ve üzerinde, yalnız yaşıyor olması ve kendisine birinin bakım veriyor olması
- Yaşlı ile bakım veren bireyin en az 6 ay birlikte yaşıyor olması,
- Bakım verenin 18 yaş ve üzerinde olması,
- Görüşme yapılan bakım veren bireyin soruları anlayabilecek özellikte, ruh sağlığının yerinde olması ,
- Bakım veren bireyin yaşlıyla akrabalık özelliğinin olması,

- Bakım veren bireyin yaşının bakımından doğrudan sorumlu olması,

2.4. Veri Toplama Araçları

2.4.1. Sosyo Demografik Veri Formu (yaşlıya ve bakım verene yönelik)(Ek-1),

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu anket formu, bakım veren birey, ve bakım alan yaşlıyı tanıtıcı toplam 21 soruyu içeren iki bölümden oluşmaktadır.

Soru formunda *Bakım veren bireyi tanıtıcı bilgiler*; kapsamında bireyin cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu, çocuğu olma durumu, çalışma durumu ve mesleği, kronik hastalığı olup olmadığı, sağlık durumunu değerlendirme ve uyku düzeni gibi özelliklerini belirlemeye yönelik 10 soru bulunmaktadır. Bakım verenle, yaşlı ilişkisi bağlamında, tanıtıcı bilgiler kapsamında, bakım veren bireyin yaşlı ile yakınlığı, birlikte yaşama süresi, konutun oda durumu, bireyin sorumluluk durumu, yaşadığı zorluklar ve boş zaman durumu gibi özellikleri belirlemeye yönelik ayrıca sekiz soruya formda ver verilmiştir. Sorulardan 12 si kapalı uçlu ve altısı açık uçludur. *Yaşlıyı tanıtıcı bilgiler kapsamında da*; cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, mesleği, ekonomik durumu, kronik hastalığı olma gibi özelliklerini belirlemeye yönelik sekiz soru hazırlanmıştır.

2.4.2. Günlük Yaşam Aktivitelerini Değerlendirme Formu (EK-2)

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi(GYA): Bu indeks bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık durumunu değerlendirmektedir (52). GYA indeksi ; banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir . Puan arttıkça yaşının bağımsızlığı artmaktadır(63).

Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi

(EGYA): Bu indeks Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerinde bireyin bağımlılık durumunu değerlendirmek üzere Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir ve ülkemizde hemşirelik çalışmalarında yaygın kullanılmaktadır(kaynak). EGYA indeksi; telefon kullanma, yemek hazırlama, alış veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. EGYA de 0-8 puan bireyin bağımlı olduğunu, 9-16 puan bireyin yarı bağımlı, 17-24 puan bireyin bağımsız olduğunu olarak değerlendirir(18).

2.4.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (Burden Interview) (EK 3)

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde 2006 yılında İnci tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır(43,71). İnci 2006 yılında Denizli'de 220 birey üzerinde yaptığı çalışmada, ölçeğın puan ortalamasını 20.37 ± 16.54 , iç tutarlılık katsayısını 0.95, madde toplam korelasyon katsayılarını (0.43-0.85) değerler arasında orta, güçlü ve çok güçlü düzeyde bulmuştur. Bu çalışmada test-tekrar test değişmezlik katsayısını 0.90 olarak saptamıştır. Bu değerlere göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı güvenilir ve Türk toplumuna uygulanabilir bir araçtır(43).

Bu ölçek bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, 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 Likert tipi değerlendirmeye sahiptir (43, 71). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (43, 71).

2.4.4. Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Bakımda Yaşadıkları Sorunları Belirleme Formu (Ek-4)

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu soru formu, yaşlıya bakım veren bireylerin bakımda yaşadıkları sorunları belirlemek ve bireyin danışmanlık gereksinimlerini belirlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Soru formunda yer alan beş soru, bakım verirken bireyin yaşadığı sorunlar, nelerin üstesinden gelebildiğini, nelerin üstesinden gelemediğini, sorunlarla baş etmede neler yaptığını, eğitim ve danışmanlık boyutunda ne gibi yardımlara gereksinim duyduğu konusundaki görüşlerini saptamaya yöneliktir. Sorular açık uçlu hazırlanmış olup , veriler niteliksel olarak toplanmış, sınıflandırılmıştır.

2.5. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, 01 Eylül-03 Kasım 2008 tarihleri arasında Muğla ili Ula ilçesinde yaşayan, evde 65 yaş üstü yaşlılara bakım veren Ayazkırı, Demirtaş, Köprübaşı, Alparslan mahallelerinde oturan bireylerle ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşülüp, anket formu kullanılarak toplanmıştır. Bakım veren bireylere ve yaşlılara ön ziyarette araştırmanın amacı, önemi konusunda gerekli açıklamalar yapılmış araştırmaya katılmaları konusunda görüşleri ve sözel onamları alınmıştır. Bu tanışma ziyaretinde araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylere , evde bir yaşlı ile yaşarken bu yaşlının bakımında sorumluluk alması nedeniyle yaşadığı sorunlara ve

düşüncelerine ilişkin görüşlerini belirlemek üzere ‘Yaşlıya bakım veren bireylerin bakımda yaşadıkları sorunları belirleme formu’ (Ek-4) uygulanmıştır. Bu formun ardından yaşlıya ve bakım veren bireye ‘Bireyleri tanımlayıcı özelliklerini belirleme formu’(Ek-1), yaşlıya ‘Günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme formu’(Ek-2), bakım verene ‘Bakım verme yükü ölçeği (Burden Interview)’(Ek-3) uygulanarak veriler toplanmıştır. Ev ortamının koşulları yanısıra kültürel değerler gereği verilerin büyük çoğunluğu toplanırken, bakım verenlerle yaşlılar kaçınılmaz olarak aynı oda da bulundular. Tüm formların uygulanması yaklaşık 40 dakika süre almıştır.

2.6. Araştırmanın Zamanlaması

Tablo 2. Zamanlama Tablosu

Ekim 2006- Ocak 2008	Araştırma konusunu belirleme, literatür tarama, tez önerisini hazırlama
Haziran 2008	Tez önerisi sunumu
1-30 Temmuz 2008	Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması
1 Eylül-1 Ekim 2008	Veri toplama
Ekim 2008	Veri kaydı ve verilerin analizi
Kasım-Aralık 2008	Bulgular ve tartışmanın yazılması
Mart 2009	Tez savunması

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Ekim 2006- Ağustos 2007	Ekim 2007	Kasım 2007- Mayıs 2008	Haziran 2008	Haziran 2008	Eylül 2008	Kasım 2008	Ocak- Şubat 2009	Şubat-Mart 2009
Hazırlık Çalışmaları (Genel Literatür Tarama)									
Danışman İle Toplantı (Tez Konusunu Belirleme)									
Konu ile İlgili Spesifik Okuma									
Öneri Hazırlığı									
Tez Komitesi ile Toplantı									
Veri Toplama									
Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi									
Tezin Yazılması									
Tez Sunumu									



2.7. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni bakım verenin “bakım verme yükü toplam ölçek puanı”dır. Yaşlının sosyo-demografik özellikleri, günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı, Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı ve bakım veren bireylerin sosyo-demografik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

2.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizleri SPSS 11.5 (Stastical Package for Social Science) paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Verilerin analizinde aşağıdaki testlerden yararlanılmıştır;

- Sosyo demografik verilerin sayı yüzde dağılımları, standart sapma, standart hata, varyans, değişim katsayısı, ölçek puan ortalamaları(aritmetik ortalama), çarpıklık , diklik katsayısı
- Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov Smirov analizi,
- Sosyo demografik veriler ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiler Kruskal-Wallis analizi ile değerlendirilmiştir. Kruskal-Wallis’in analizinde gruplar arasında farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek için ikişer ikişer evreleri karşılaştıran Benferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi analizi uygulanmıştır. Bu ileri analizde çoklu karşılaştırmalarda, ‘doğru bir hipotezin reddedilmesi’ anlamına gelen Tip 1 hata riskinin azaltılması amacıyla belirlenen $\alpha=0.05$ düzeyi, yapılacak karşılaştırma sayısına bölünür. Örneğin $\alpha=0.05$ olarak tespit edilmiş ve 3 gruplu veri setinde karşılaştırma sayısı 3 ise, gözlenen P ile mukayese edilecek anlamlılık

seviyesi $0.05/3=0.016$ olacaktır. Bu araştırmada $\alpha=0.05$ düzeyi benimsenmiştir(7).

- Yaşlının günlük yaşam aktiviteleri puanı, yaşlının yaşı, yaşlı ile birlikte yaşama süresi(yıl), yaşlı ile gün içinde geçirilen süre(saat), ve bireyin bakım yükü toplam ölçek puanı arasındaki ilişkiler ayrıca korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bulunan korelasyon katsayısı önemli bir katsayımı yoksa tesadüfe bağlı bir katsayımı olduğu korelasyon katsayısı önem kontrolü ile incelenmiştir(7).

2.9. Süre ve Olanaklar

Araştırma konusunun belirlenmesi amacıyla 2006 yılında hazırlık çalışmalarına ve literatür incelemelerine başlanmıştır. 2008 Ocak ayında araştırma konusu belirlenmiştir. Araştırma 2008 yılının Haziran ayında tez nerisi olarak tez komitesine sunulmuştur. Yaşlıya bakım verenlerin ve yaşlı bireylerden 1 Eylül - 3 Kasım 2008 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Verilerin analizi ve araştırmanın yazımı şubat 2009 tarihine kadar tamamlanmıştır.

2.10. Etik Açıklamalar

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan, Muğla Sağlık Müdürlüğü'nden ve Ula Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Ula Sağlık Ocağından yazılı izin alınmıştır.

Bakım Verme Yükü leği (Burden Interview)'nin kullanımı için Fadime Hatice İnci'den yazılı izin alınmıştır (Ek 7).

Anket formu uygulanmadan önce bireylere araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında açıklamalarda bulunup, toplanacak bilgilerin gizli tutulacağı,

gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilip, sözel onamları alınmıştır.

Araştırmacı, aile bireyinin yaşının bakımı ile karşılaştığı sorunlara yönelik kendisine yöneltilen sorulara olabildiğince cevaplayarak bireylere yardım ve destek vermiştir.

2.11. Araştırmadan Elde Edilen Deneyimler

Araştırmacının Ula ilçesinde doğmuş ve ailesinin de orada yaşıyor olması veri toplamada ailelerle iletişim kurmada kolaylık sağlamıştır ve araştırmaya gönüllü katılımı arttırmıştır. Bakım veren bireyler bakım vermede karşılaştıkları sorunlarını, gereksinimlerini çekimser kalmadan dile getirmişlerdir. On bireyin araştırmaya katılmada gönüllü olmamasında neden, araştırmacının yerli halkı tanıyor olması ve yaşlılara bakım vermede fark ettiği eksiklikleri, hataları topluma aktarılabilceği konusunda tedirginlikleri düşünülmüştür. Tüm bireylerin memnuniyetlerini dile getirmeleri araştırmacıyı mutlu etmiştir.

BÖLÜM III BULGULAR

3.1. YAŞLIYA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bu bölümde, yaşlıların ve yaşlıya bakım verenlere ait sosyo -demografik özelliklere ve ekonomik durumlarına ilişkin özelliklere yer verilmiştir.

Yaşlıya bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4’de gösterilmiştir. Yaşlıya bakım verenlerin yaş ortalaması 45.7 ± 9.07 ’dir. Bu bireylerin % 4.3’ü 21-29, % 22’si 30-39, % 40’ı 40-49, %29.3’ü 50-59 iken % 4.3’ü 60 yaş ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Yaşlıya bakım verenlerin % 84.5’i evli, % 0.6’si bekar, % 1.5’i dul, %1.2’si boşanmıştır. Yaşlıya bakım verenlerin %93.3’ü kadın, %6.7’si erkektir. Yaşlıya bakım verenlerin %3.7’si okur-yazar değil, %17.7’si okur-yazar, %48.3’ü ilkokul, %15’i ortaokul, %15.3’ü lise mezunudur.

Tablo 4 . Yaşlıya Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Sayı	%
Yaş grubu		
21-29	13	4.3
30-39	66	22.0
40-49	120	40.0
50-59	88	29.3
60 ve üzeri	13	4.3
Cinsiyet		
Kadın	280	93.3
Erkek	20	6.7
Medeni durum		
Evli	289	96.3
Bekar	2	0.7
Dul	5	1.7
Boşanmış- ayrı yaşıyor	4	1.3
Öğrenim durumu		
Okur-yazar değil	11	3.7
Okur yazar	53	17.7
İlkokul	145	48.3
Ortaokul	45	15.0
Lise	46	15.3
Toplam	300	100.0

Tablo 5. Yaşlıya Bakım Verenlerin Yakınları ile İlişkili Özelliklerin Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Çocuk		
Evet	298	99.3
Hayır	2	0.7
Bakım veren yaşı ile yakınlık derecesi		
Oğlu	20	6.7
Kızı	11	3.7
Gelini	269	89.6
Yaşı ile geçirilen süre(Gün/saat)		
1-6 saat	115	38.3
7-12 saat	90	30.0
13-18 saat	79	26.3
19-24 saat	16	5.4
Yaşı bireyle oturulan süre		
1-19 yıl	192	64.0
20-39 yıl	93	31.0
40-59 yıl	10	3.3
60 ve üzeri yıl	5	1.7
Toplam	300	100.0

Yaşlıya bakım verenlerin % 99.3'ü en az bir çocuğa sahiptir. Yaşlıya bakım verenlerin %6.7'si yaşlının oğlu, %3.2'si kızı, %78.7'si de yaşlının gelinidir. Tüm bakım verenlerin yaşı ile gün içinde geçirdiği süre ortalama 9.76 ± 5.54 saattir. Bakım verenlerin %38.3 1-6 saat, %30'u 7-12 saat, %26.3'ü 13-18 saat, %4.7'si 19-24 saat yaşlısıyla vakit geçirmektedir. Tüm bakım verenlerin yaşı ile oturduğu süre ortalama 14.10 ± 6.5 yıldır. Bakım verenlerin %64'ü 1-19 yıl, %31'i 20-39 yıl, %3.3'ü 40-59 yıl ve %1.7'si 60 yıl ve üzeri yaşı ile beraber oturmaktadır(Tablo 5).

Tablo 6. Yaşlıya Bakım Verenlerin Yaşadığı Konutun Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Oturulan konutun yapısı		
Müstakil	147	49.0
Apartman dairesi	32	10.7
Altı üstlü	30	10.0
Aynı avlu	91	30.3
Konutun oda sayısı		
2 oda	111	37.0
3 oda	182	60.7
4 oda	7	2.3
Yaşlının ayrı odaya sahip olma durumu		
Evet	207	69.0
Hayır	93	31.0
Toplam	300	100.0

Yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı konutun özelliği ile ilişkili demografik bilgiler olarak konut tipi, oda sayısı, yaşlının odaya sahip olma durumuna ilişkin bilgilere Tablo 6’da yer verilmiştir .

Yaşlıya bakım verenlerin %49’u müstakil evde yaşlı ile birlikte, %10.7’si apartman dairesinde yaşlı ile birlikte, %10’u altı-üstlü dairede yaşlı ile ayrı, %30.3’ü de aynı avluda ancak farklı konutlarda yaşlı ile beraber yaşamaktadırlar. Yaşlıya bakım verenlerin %37’si 2 odalı, %60.7’si 3 odalı, %2.3’ünde 4 odalı evde yaşamaktadır. Yaşlıların odaya sahip olma durumları incelendiğinde %69’unun kendisine ait odası bulunmaktadır.

Yaşlıya bakım verenlerin sosyal yaşantısı ve ekonomik durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir. Yaşlıya bakım verenlerin %9(27)’u para getiren bir işte çalışmaktadır. Çalışma alanları incelendiğinde para getiren işte çalışan bireylerin de %37’si tarla işiyle uğraşmaktadır. Yaşlıya bakım verenlerin meslek durumları incelendiğinde %96’sı ev hanımı, %3.3’ü emekli, %0.6’sı da serbest meslektedir. Yaşlıya bakım verenlerin %100.0’ü yaşlının bakımı ile ilgili sorumluluklarının yanısıra, çocuk bakımı, ev idaresi gibi sosyal sorumlulukları olduğunu belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %42.3’ünün de boş zamanlarını değerlendirmek üzere herhangi bir (el işi, örgü) uğraşı bulunmaktadır.

Tablo . 7 Yaşlıya Bakım Verenlerin Sosyal Yaşantısı Ve Ekonomik Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Para getiren işte çalışma durumu		
Evet	27	9.0
Hayır	273	91.0
Para getiren işte çalışanların iş kolları		*
Temizlik	1	3.7
Dikiş-nakış	14	51.9
İşletmeci(kır-market)	2	7.4
Tarla	10	37.0
Meslek		
Ev hanımı	288	96
Emekli	10	3.3
Serbest meslek	2	0.7
Uğraş		
Evet	127	42.3
Hayır	173	57.7
Toplam	300	100.0

*Yüzdelere çalışanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Yaşlıya bakım verenlerin sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir. Yaşlıya bakım verenlere ‘Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyor sunuz?’ sorusu yöneldiğinde %5.3’ü sağlığını çok iyi, %35.7’si iyi, %38.7’si orta, %19.3’ü kötü ve %1’i de sağlığını çok kötü algıladığını belirtmiştir.

Yaşlıya bakım verenlerin %35.3’ünün uzun süren ve doktor tanılı herhangi bir hastalığı bulunmaktadır. Yaşlıya bakım verenlere ‘Genel olarak uyku düzeninizi nasıl değerlendiriyor sunuz?’ sorusu da sorulmuş ve %48’inin uyku düzeninin iyi, %43.7’sinin orta ve %8.3’ünün ise uyku düzeninin kötü olduğu belirtmiştir.

Tablo . 8 Yaşlıya Bakım Verenlerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Sağlık durumunu algılama		
Çok iyi	16	5.3
İyi	107	35.7
Orta	116	38.7
Kötü	58	19.3
Çok kötü	3	1.0
Hastalık durumu		
Evet	106	35.3
Hayır	194	64.7
Uyku düzeni		
İyi	144	48.0
Orta	131	43.7
Kötü	25	8.3
Toplam	300	100.0

3.2 YAŞLI BİREYLERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bu bölümde yaşlı bireylere ait sosyo-demografik ve ekonomik özelliklere, sağlık durumları ve yaşam durumlarına ilişkin özelliklere yer verilmiştir.

Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 9’da gösterilmiştir. Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 77.85 ± 7.42 ’dir. Yaşlı bireylerin %34.32’ü 65-74, %40.3’ü 75-84, %25.3’ü 85 yaş ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Yaşlı bireylerin %45.7’si kadın, %54.3’ü de erkektir. Yaşlı bireylerin öğrenim durumu incelendiğinde %22.7’si de okur-yazar değil, %61.7’si okur-yazardır ve yalnızca %15.6’si ilkokul bitirmiştir.

Tablo . 9 Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Yaş grubu		
65-74	103	34.3
75-84	121	40.3
85 ve üzeri	76	25.4
Cinsiyet		
Kadın	137	45.7
Erkek	163	54.3
Öğrenim durumu		
Okur-yazar değil	68	22.7
Okur-yazar	185	61.7
İlkokul	47	15.6
Toplam	300	100.0

Tablo . 10 Yaşlı Bireylerin Ekonomik Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Meslek		
Memur	27	9.0
Serbest meslek	55	18.3
Çiftçi	72	24.0
Ev hanımı	128	42.7
Diğer	18	6.0
Sosyal güvencesi		
Yok	4	1.3
Emekli sandığı	25	9.0
SSK	62	20.0
Bağ-kur	124	41.3
Yeşil kart	85	28.4
Aylık gelirin giderleri karşılama durumu		
Evet	68	22.7
Hayır	86	28.7
Kısmen	146	48.6
Toplam	300	100.0

Yaşlıya bireylerin %42.7'si ev hanımı olup meslek sahibi değildir, %24'ü çiftçilik, %18,3'ü serbest meslek olarak çalıştığını belirtmiştir. Yaşlı bireylerin Sosyal güvencesi incelendiğinde %41.3'ünün Bağ-kur'dan faydalandığı, %28.3'ünün yeşil karttan yararlandığını, %20.0'sinin SSK sosyal güvencesine, %9.0'unun Emekli Sandığı sosyal güvencelere sahip oldukları belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yaşlı bireylerin %1.3'ü hiçbir sosyal güvenceye sahip değildir. Yaşlı bireylerin %48.6'si aylık gelirin giderlerini kısmen karşıladığını, %28.7'si karşılamadığını, %22,7'si de karşıladığını belirtmiştir(Tablo 10).

Tablo . 11 Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Doktor tanımlı hastalık		
Var	229	76.3
Yok	71	23.7
Toplam	300	100.0
Hastalıkların dağılımı		
Diabet	111	34.4
Hipertansiyon	108	33.5
Romatizmal hastalık	57	17.6
Alzheimer	11	3.4
Hepatit c	4	1.3
Bel fıtığı	23	7.1
KOAH	9	2.7
Toplam	323	100.0

*Yüzdelere hastalık sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Yaşlı bireylerin sağlık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir.

Yaşlı bireylerin %76.3’ünün uzun süren ve doktor tanısı alan rahatsızlığının olduğunu, %23.7’sinin ise herhangi bir rahatsızlığının olmadığını belirtmişlerdir. Yaşlı bireylerin hastalıklarının dağılımına bakıldığında ise ilk sırada %34.4 lik oranla diabet, ikinci sırada ise %33.5 lik oranla da hipertansiyon, üçüncü sırada %17.6’lık oranla romatizmal hastalık görüldüğü belirtilmişken %1.3’lük oranla da hepatit c görülmektedir.

Tablo . 12 Yaşlı Bireylerin Yaşam Alanlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Birlikte yaşama süresi(yıl)		
1-19 yıl	192	64.0
20-39 yıl	93	31.0
40-59 yıl	10	3.3
60 ve üzeri yıl	5	1.7
Birlikte yaşama nedeni		
Bakıma gereksinim duyma(sağlık sorunlarından dolayı)	127	42.3
Kimsesi olmaması	122	40.7
Geçmişten gelen beraberlik	51	17.0
Yaşam biçiminde değişiklik		
Evet	173	57.7
Hayır	127	42.3
Yaşam alanını değiştirme biçimi		
Konut mekan değişikliği	*90	52.0
Konut ve yerleşim birimi değişikliği	*83	48.0
Toplam	300	100.0

*yaşam biçiminde değişiklik yapan 173 yaşlı üzerinden hesaplanmıştır.

Yaşlı bireylerinin, bakım veren aile bireyleriyle yaşama süresinin ortalaması 14.10 ± 6.5 yıl olup yaşlıların %64'ü 1-19, %31'i 20-39, %3.3'ü 40-59 ve %1.7'si 60 yıl ve daha uzun bakım veren aile bireyleri ile beraber yaşamaktadır(Tablo 12).

Yaşlı bireylerin birlikte yaşama nedeni incelendiğinde %42.3'ü aile bireylerinin bakımına gereksinim duyması, %40.7'si yaşamını paylaşacak hiç kimsesi olmadığı, %17'si de geçmişten gelen bir beraberlik nedeniyle bakım veren aile bireyleri ile birlikte yaşamaktadır.

Yaşlı bireylerin %57.7'si yaşlılığa bağlı nedenlerle yaşadığı ev ve yerleşim biriminde değişiklik yaptığını, %42.3'ü ise yapmadığını belirtmiştir(Tablo 12).

Ev ve yaşanan yerleşim biriminde değişiklik yapan yaşlıların(n=173 kişi) yaşlılığa bağlı nedenlerle %52.0'ı alışı geldiği ve yaşadığı evinden ayrılarak bakım veren bireyin evine yerleşmiştir. Yaşlıların %48.0'ı da yaşadığı evinden ayrılarak ve yerleşim birimini terkederek başka bir ilçede aile bireyin evine yerleşmiştir.

3.3 YAŞLI BİREYLERİN GÜNLÜK VE ENSTÜRÜMENTAL YAŞAM AKTİVİTELERİNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Tablo . 13 Yaşlı Bireylerin Günlük ve Enstürümental Yaşam Aktivitelerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Tam Bağımlı		Yarı Bağımlı		Bağımsız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Banyo yapabilme	96	32.0	141	47.0	63	21.0	300	100.0
Giyinme Durumu	50	16.7	40	13.3	210	70.0	300	100.0
Tuvalet Durumu	32	10.7	39	13.0	229	76.3	300	100.0
Hareket Durumu	30	10.0	104	34.7	166	55.3	300	100.0
Dışkılama Durumu	21	7.0	39	13.0	240	80.0	300	100.0
Beslenme Durumu	30	10.0	46	15.3	224	74.7	300	100.0
Enstürümental Günlük Yaşam Aktiviteleri								
Telefon Edebilme	265	88.3	35	11.7	-	-	300	100.0
Alış-veriş Yapabilme	174	58.0	126	42.0	-	-	300	100.0
Yemek Hazırlama	252	84.0	48	16.0	-	-	300	100.0
Ev işleri Yapabilme	245	81.7	55	18.3	-	-	300	100.0
Çamaşır Yıkayabilme	286	95.3	14	4.7	-	-	300	100.0
Ulaşım Araçlarına Binebilme	186	62.0	114	38.0	-	-	300	100.0
Kendi ilaçlarını İçebilme	211	70.3	89	29.7	-	-	300	100.0
Parasını İdare Edebilme Durumu	207	69.0	93	31.0	-	-	300	100.0

Yaşlı bireylerin günlük ve enstürümental yaşam aktiviteleri durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımına Tablo 13'te yer verilmiştir. Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri durumları incelendiğinde %32.0.'sinin banyo yapabilmeye, %16.7'sinin giyinme, %10.7'sinin tuvalet, %10.0'nun beslenme ve hareket, %7.0'sinin kontinans yapabilme durumunda bakım verenlere tam bağımlı olduğu belirlenmiştir. Enstürümental günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede tüm yaşlıların bağımsız olmadıkları ve bakım verenlere yarı bağımlı yada tam bağımlı oldukları tablo 13'te görülmektedir. Yaşlıların %95.3'ü çamaşır yıkayabilme, %88.3'ü telefon edebilme, %84'ü yemek hazırlama, %81.7'si ev işleri yapabilme, %70.3'ü kendi ilaçlarını

içebilme, %69'u parasını idare edebilme, %62.0'si ulaşım araçlarına binebilme, %58.0'i alış-veriş yapabilme gibi enstürümental günlük yaşam aktivitelerinde bakım verenlere tam bağımlıdır.

3.4. YAŞLIYA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIMDA YAŞADIKLARI SORUNLARINA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bakım veren bireylere, 'yaşlı bireye bakım verirken ne gibi sorunlar yaşıyor sunuz?' sorusuna bireylerin %25.7'si iletişim, % 20'si bakıma katılmada uyumsuz davranması, %15'i meslek iş kaybı, %14.3'ü bilgi ve beceri eksikliği, %12.7'si zaman ve enerji konusunda yetersizlik ve %12.3'ü kendi fiziksel ve ruh sağlığında bozulma gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bakım verenler yaşlı bireye bakım verirken,%39.7'lik oranla iletişim, %34.3'le bakıma katılmada uyumsuz davranış ve %26'lık oranla da günlük yaşamı etkileme sorunlarıyla baş edemediklerini belirtmişlerdir.

Yaşlıya bakım verenlerin %38'i sorunlarla başetme de kabullenme, %21.3'ü sakin davranma ve % 10.7'si de danışmanlık alma yoluna başvurduklarını, %100'ü danışmanlık almak istediklerini belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %31.7'si iletişim, %18'i kendi fiziksel sorunlarıyla başetme, %16.7'si stres ve üzüntü ile başetme, %12'si günlük bakım ve %10.7'si zaman ve enerji planlaması konusunda danışmanlık eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir(Tablo 14).

Tablo . 14 Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakımda Yaşadıkları Sorunlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Bakımda ne gibi sorunlar yaşıyorsunuz?		
İletişim	77	25.7
Bakımda bilgi ve beceri eksikliği	43	14.3
Bakıma katılmada uyumsuz davranması	60	20.0
Zaman ve enerji konusunda yetersizlik duyulması	38	12.7
Meslek iş kaybı	45	15.0
Kendi fiziksel ve ruh sağlığı bozulma	37	12.3
Başedilemeyen sorunlar		
İletişim	119	39.7
Bakıma katılmada uyumsuz davranması	103	34.3
Günlük yaşamı etkileme	78	26.0
Sorunlarla başetmede neler yapıyor sunuz?		
Kabullenme	114	68.0
Sakin davranmaya çalışıyoruz	64	21.3
Danışmanlık	32	10.7
Danışmanlık almak ister misiniz?		
Evet	300	100
Hayır	-	-
Hangi konularda danışmanlık almak istersiniz?		
İletişim	95	31.7
Günlük bakım	36	12.0
Kendi fiziksel sorunlarımızla baş etme	54	18.0
Zaman ve enerji planlaması	32	10.6
Stres ve üzüntü ile baş etme	50	16.7
Çatışma	33	11.0
Toplam	300	100.0

3.5. YAŞLIYA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ

Bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması 58.56 ± 16.21 'dir. Ölçek madde puan ortalaması ise; 2.66 ± 0.73 'tür. Ölçek maddelerinin puan ortalamaları 1.50-3.53 arasında, standart sapma 0.60-1.33 arasında bulundu. Çarpıklık değeri -0.648 (skewness), standart hatası 0.141 bulunmuştur. Diklik değeri 0.072, diklik standart hatası ise 0.281'dir. En küçük ortalamaya ait madde 1.50 değer ile 20 nolu maddedir. En yüksek ortalamaya ise 3.53 değer ile 21 madde sahiptir. Ölçeğin toplam madde puan ortalaması 58.56 ve standart hatası 0.93 bulundu. Ölçek için minimum puan 21,

maksimum puan ise 88, değişim aralığı(range) 67’dir. Standart sapması 16.21, varyansı 262.84’tür.

3.5.1. Yaşhya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Bakım verenlerin bakım yüğü ölçek puan ortalamaları ile sosyo-demografik özelliklerinin ilişkisi Tablo 15’ de gösterilmiştir.

Tablo 15. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü İle Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

	n	X	SD	
Yaş grubu				
21-29	13	1.92	0.14	$\chi^2 = 23.71$ $p < 0.01$
30-39	66	2.23	1.01	
40-49	120	2.79	0.55	
50-59	88	2.88	0.55	
60 ve üzeri	13	2.79	0.71	
Öğrenim durumu				
okur-yazar değil	11	3.05	0.42	$\chi^2 = 27.93$ $p < 0.01$
okur-yaz	53	2.41	0.52	
ilkokul	145	2.61	0.74	
ortaokul	45	2.60	1.01	
lise	46	2.97	0.46	
Konut tipi				
müstakil	147	2.54	0.83	$\chi^2 = 100.83$ $p < 0.01$
apartman dairesi	32	1.72	0.49	
altı üstlü	30	2.91	0.14	
aynı avluda oturuyor	91	3.08	0.22	

Yaş grubu, öğrenim durumu, konut tipi, meslek, sağlığını hissetme, para getiren işte çalışma durumu, uğraşı olma durumu, beraber yaşama süresi, gün içinde geçirilen süre değişkenleri, Kolmogorov Smirnov analizine göre normal dağılım göstermemektedir ($p < 0.05$), bu nedenle bakım yüğü ölçek puanı ile bu değişkenlerin ilişkisi Kruskal Wallis ve Mann Whitney U analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bakım veren bireylerin yaş grubu ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.01$). İkili karşılaştırmalarda 50-59 yaş grubu ile 40-49 ve 60 ve üzeri bireylerin bakım yükü ölçek puanı arasında fark bulunmamıştır. 50-59 yaş grubu ile 21-29 ve 30-39 yaş grubunda olan bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Öğrenim durumlarıyla ölçek puan ortalaması arasında fark olup olmadığı kruskal walls testi ile incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.01$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi için Bonferronili düzeltilmeli Maun Whitney testi uygulanmıştır. İkili karşılaştırmalarda okur yazar olmayan grupla, ilkokul, ortaokul ve lise öğrenim düzeyi bireylerin bakım yükü ölçek puanı ortalaması arasında fark bulunmamıştır. Okur yazar olmayanlarla okur yazar olan bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bakım veren bireyin konut tipi durumu ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.01$). İkili karşılaştırmalarda aynı avluda oturan grupla, müstakil, apartman dairesi ve altlı üstlü oturan bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(Tablo 15).

3.5.2. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Sağlığı Algılama Ve Hastalık Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması

Bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalamaları ile sağlığı algılama ve hastalık durumu özelliklerinin ilişkisi Tablo 16' da gösterilmiştir.

Tablo 16. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü İle Sağlığı Algılama Ve Hastalık Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması

	n	X	SD	
Doktor tanısı alan hastalık				
Evet	106	2.96	0.53	U=0.057 p>0.05
Hayır	194	2.49	0.77	
Sağlığını hissetme				
Çokiyi	16	2.54	0.71	x² =65.11 p<0.01
İyi	107	2.27	0.66	
Orta	116	2.73	0.72	
Kötü	58	3.21	0.43	
çok kötü	3	3.39	0.09	

Bakım veren bireyin doktor tanısı alan hastalık durumu ile bakım yükü ölçek puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$).

Bakım veren bireyin sağlığını hissetme durumu ile bakım yükü ölçek puan ortalaması puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$).

3.5.3. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Ekonomik Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması

Bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalamaları ile ekonomik durumu özelliklerinin ilişkisi Tablo 17’ de gösterilmiştir.

Tablo 17. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü İle Ekonomik Durumu Özelliklerin Karşılaştırılması

	n	X	SD	
Para getiren işte çalışma durumu				
Evet	27	2.91	0.51	U=0.057 p>0.05
Hayır	273	2.63	0.75	
Uğraşı olma durumu				
Evet	127	2.80	0.53	U=0.003 p<0.05
Hayır	173	2.55	0.83	

Bakım veren bireyin para getiren bir işte çalışma durumu ile bakım yükü puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım veren bireyin uğraşının olması durumu ile bakım yükü puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

3.5.4. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Birlikte Yaşam Durumu

Özelliklerin Karşılaştırılması

Bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalamaları ile birlikte yaşam durumu özelliklerinin ilişkisi Tablo 18’ de gösterilmiştir.

Tablo 18. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü İle Birlikte Yaşam Durumu

Özelliklerin Karşılaştırılması

	n	X	SD	
Beraber Yaşama süresi(yıl)				
1-19 yıl	192	2.51	0.86	
20-39 yıl	93	2.93	0.26	$\chi^2 = 13.09$ $p < 0.05$
40-59 yıl	10	2.88	0.30	
60 ve üzeri yıl	5	2.75	0.13	
Gün İçinde geçirilen süre(saatt)				
1-6 saat	115	2.78	0.48	
7-12 saat	90	2.64	0.85	$\chi^2 = 34.40$ $p < 0.01$
13-18 saat	79	2.71	0.76	
19-24 saat	16	1.55	0.37	

Bakım veren bireyin beraber yaşama süresi ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). İkili karşılaştırmalarda 20-29 yıl ile 40-59 ve 60 ve üzeri yıl beraber yaşayan bireylerin bakım yükü ölçek puanı arasında fark bulunmamıştır. 20-29 yıl ile 1-19 yıl beraber yaşayan bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bakım veren bireyin gün içinde beraber geçirilen süre durumu ile ölçek puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.01$). İkili karşılaştırmalarda 1-6 saat ile 7-12 ve 13-18 saat geçiren bireylerin bakım yükü ölçek puanı arasında fark bulunmamıştır. 1-6 saat ile 19-24 saat geçiren bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur

3.5.5. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin

Bakım Yüğü İle İlişkisi

Yaşlı bireyin sosyo-demografik değişkenlerinin bakım veren bireylerin bakım yüküölçek puan ortalaması puanı ile ilişkisi Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo19. Yaşlı Bireyin Sosyo-Demografik özelliklerin Bakım Yüğü ile İlişkisi

	n	X	SD	
cinsiyet				
Kadın	137	2.52	0.84	U=9326 p<0.01
Erkek	163	2.77	0.61	
Yaş grubu				
65-74	103	2.24	0.83	x ² = 59.215 p<0.01
75-84	121	3.05	0.52	
85 ve üzeri	76	2.60	0.52	
Öğrenim durumu				
okur-yazar değil	68	2.99	0.65	x ² = 75.59 p<0.01
okur-yazar	185	2.77	0.53	
İlkokul	47	1.70	0.76	
Yaşlının mesleği				
İşsiz	18	2.91	0.32	x ² =20.34 p<0.01
Emekli	27	2.72	0.71	
serbest meslek	55	2.64	0.57	
Çiftçi	72	2.86	0.64	
ev hanımı	128	2.50	0.85	

Yaşlı bireyin cinsiyet durumu ile bakım veren bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(<0.05).

Yaşlı bireyin yaş grubu durumu ile bakım veren bireyin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.01).

Yaşlı bireyin öğrenim durumu ile bakım veren bireyin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0.01). İkili karşılaştırmalarda okur yazar olmayan grupla, okur yazar ve ilköğretim düzeyi yaşlıların, bakım yükü ölçek puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Yaşlı bireyin mesleği ile bakım veren bireyin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.01$). İkili karşılaştırmalarda işsiz grupla, emekli, çiftçi ve ev hanımı olan yaşlıların bakım yükü ölçek puanı ortalaması arasında fark bulunmamıştır. İşsiz grupla emekli olan yaşlı bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

3.5.6. Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Ekonomik Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yükü İle İlişkisi

Yaşlı bireyin sağlık ve ekonomik değişkenlerinin bakım veren bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması puanı ile ilişkisi Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Yaşlı Bireyin Sağlık ve Ekonomik Özelliklerin Bakım Yükü ile İlişkisi

	n	X	SD	
Doktor tanısı alan Kronik hastalığı olma				
Evet	229	2.81	0.58	U=5571 p<0.01
Hayır	71	2.15	0.92	
Gelirin giderini karşılama				
Evet	68	2.63	0.59	x²=6.33 p<0.05
Hayır	86	2.81	0.60	
Kısmen	146	2.58	0.84	

Yaşlı bireyin doktor tanısı alan hastalığı olma durumu ile bakım veren bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$).

Yaşlı bireyin gelir durumu ile bakım veren bireyin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

3.5.7. Yaşlı Bireylerin Sosyal Yaşantısı Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yükü İle İlişkisi

Yaşlı bireyin sosyal yaşantısı değişkenlerinin bakım veren bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması puanı ile ilişkisi Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Yaşlı Bireyin Sosyal Yaşantısı Özelliklerin Bakım Yükü ile İlişkisi

	n	X	SD	
Yaşamında değişiklik				
Evet	173	2.44	0.88	U=7214.5 p<0.01
Hayır	127	2.95	0.26	
Ayrı odaya sahip olma				
Evet	207	2.67	0.65	U= 8948 p>0.01
Hayır	93	2.62	0.89	

Yaşlı bireyin yaşamında değişiklik durumu ile bakım veren bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$).

Yaşlı bireyin ayrı odaya sahip olma durumu ile bakım yükü ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaşlı bireyin ayrı odaya sahip olma durumu, bireyin bakım verme yükünü etkilememiştir (Tablo 17).

3.6. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Yordanmasında Bazı Değişkenlerin Rolü

Tablo 22’de bakım yükünün yordanmasında bazı değişkenlerin rolünü incelemek amacıyla korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Bakım yükünün yordanmasında yaşlının yaşı, yaşlı ile oturuş süresi (yıl), yaşlı ile gün içinde geçirilen süre (saat), günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu ve Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu yordanan değişkenler olarak ayrı ayrı ele alınmıştır.

Tablo 22. Bakım Verme Yükünün Yordanmasında Değişkenlerin Rolü

Yordanan Değişkenler	r	P	
Yaşlının yaşı	0.23	0.05	0.000
Yaşlı ile oturulan süre(yıl)	0.22	0.04	0.000
Yaşlı ile gün içinde geçirilen süre(saat)	-0.22	-0.04	0.000
Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu	0.36	0.12	0.000
Enstrümental günlük yaşam Aktivitelerinde bağımlılık durumu	-0.37	-0.13	0.000

Yaşlının yaşı ve yaşlı ile oturulan süre(yıl), günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu değişkenleri ile bakım yükü puan ortalaması arasında pozitif yönde, yaşlı ile gün içinde geçirilen süre(saat) ve Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu değişkenleri arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Yaşlının yaşı , yaşlı ile oturulan süre(yıl) ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu arttıkça bireyin bakım yükü de artmaktadır. Yaşlı bireyin yaşı bakım yükü puan ortalamasının ancak %5 ini ,yaşlı ile oturulan süre(yıl) bakım yükü puan ortalamasının %4'ünü ve yaşlının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu bakım yükü puan ortalamasının %12'sini etkilemektedir.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. YAŞLIYA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Yaşlıya bakım veren bireylerin yarısına yakınının % 40'ı 40-49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Tüm bakım verenlerin yaş ortalaması 45.7 ± 9.07 bulunmuştur. Bakım verenlerin yalnızca %4.3'ü 60 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Yaşlıya bakım verenlerin % 84.5'i evli, %93.3'ü kadın, %48.3'ü ilkokul mezunudur(Tablo 4).

Akça'nın 2003 yılında "65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadığı sorunların belirlenmesi" isimli yüksek lisans çalışmasında bakım verenlerin % 96.9'unun kadın, % 81.3'ünün evli, yarıdan fazlasının ilkokul mezunu (% 56.3), % 71.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır(3). İnci'nin 2006 yılında 'bakım verme yükü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği' isimli yüksek lisans tezinde bakım verenlerin çoğunluğu (% 75.5) kadın olup, yaş ortalamaları 36.95 ± 10.79 'dur(43). Bakım verenlerin % 40.5'inin ilkokul mezunu, % 52.7'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada bakım verenlerin üçte ikisinin kadın(%68), üçte birinin erkek(%32), %22'sinin 50 yaşın altında olduğu belirtilmiştir(52). Bilgili'nin 2000 yılında yapmış olduğu "Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi" isimli çalışmasında bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (% 91.7) kadın, % 83.4'ünün evli, % 61.7'sinin ilkokul mezunu % 86.6' sının ev hanımı, % 70'inin orta yaşta (30–59 yaş) olduğu belirlenmiştir(19). Bu araştırma bulguları literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde yaşlıların bakımı geleneksel değerlere dayanmakta olup, sıklıkla bu bakımda tercih edilen bakım vericiler kadınlar ve kız çocukları olmaktadır. Bakım

sorumluluğunda eşler, yaşam boyu ev halkına bağlı akraba kadınlar, kız çocuğu, gelin, erkek çocuk, diğer akraba ve akraba olmayan kadınların görev aldıkları belirtilmektedir (31). Yapılan araştırmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur (30,31.40,45). Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olabilir (19). Ayrıca kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi mücadele edebilecekleri görüşü, onların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin nedeni olarak belirtilmektedir (19). Kadınların erkeklere göre ev dışındaki işlerde çalışmaması, eğitim düzeyinin düşük olması, mesleğinin olmaması bu rollerin kadına uygun olduğunun belirlemesi ve öğretilmesi de bu açıdan düşünülmesi gereken faktörlerdir. Dünyada hemşireliğin tarihsel gelişim sürecine bakıldığında yaşlı ve çocuk bakımında hemşirelik meslek üyelerinin hemen hemen büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu bilinmektedir.

Yaşlıya bakım verenlerin % 99.3'ünün en az bir çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). İnci'nin çalışmasında (2006) bakım verenlerin % 62.7'si çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir(43). Kartal'ın çalışmasında (2007) %55.2'sinin en az bir çocuğa sahip olduğu saptanmıştır(48). Bakım veren bu kadınların doğurganlık çağında olmaları yada bu dönemi tamamlama aşamasında olmaları ülkemizde evli kadınlar için çocuk sahibi olmanın bir statü belirtisi olarak değerlendirilmesi de göz önüne alındığında beklenen bir durumdur. Ancak çocuk sahibi olma bakım veren birey kadın ise bakım yükünü de arttıracak beklenen bir durum olacaktır.

Bu çalışmada bakım veren bireyin yaşı ile akrabalık derecesi incelendiğinde %89.6'sının evin gelini olduğu saptanmıştır(Tablo 5). İnci'nin çalışmasında bakım verenlerin % 37.7'sinin yaşlının kendi kızı olduğu belirlenmiştir(43). Cingil'in çalışmasında bakım verenlerin % 41.7'sinin yaşlının kızı olduğu bulunmuştur (22). Finlandiya'da yapılan çalışmada %17'sinin kızı tarafından bakım aldığı belirtilmiştir(52). Arpacı ve Arlı'nın çalışmasında bakım verenlerin % 49' u yaşlının kızı olduğunu saptamışlardır (13). Türkiye'de konu ile yürütülen çalışmalarda evde bakım veren kadınların bakım alan ile yakınlık derecesi incelendiğinde bu sorumluluğu evin kadının yada kızının yüklendiği farkedilmektedir. Bu çalışmada ise bakım vericilerinin hemen hemen çoğunluğunun evin gelini olması, diğer çalışma bulgularına göre farklı bulunmuştur. Bu bulgu araştırma bölgesinde toplum kültürü örüntüsünde yaşlıların bakımında erkek çocuğun eşinin/gelinin bu sorumluluğu üstlenmesi geleneğini ortaya koymaktadır. Burada damat 'el' kız 'ele karıştı' düşüncesi egemen olduğu için kız çocukları kendi ana, babasına değil bu durumda eşinin anne ve babasına bakmada sorumluluk alır. Bu sonuç araştırma bölgesinin kültürel özelliklerinden kaynaklanmaktadır.

Tüm bakım verenlerin yaşı ile gün içinde geçirdiği süre ortalama 9.76 ± 5.54 saattir. Bakım verenlerin %38.3 1-6 saat yaşlısıyla vakit geçirmektedir. Tüm bakım verenlerin yaşı ile oturduğu süre ortalama 14.10 ± 6.5 yıldır. Bakım verenlerin %64'ü 1-19 yıl olup yıl ortalaması 14.10 ± 6.5 yıldır (Tablo 5). İnci'nin çalışmasında bakım verenlerin % 34.5'inin doğduğundan beri yaşı ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir(43). Finlandiya'da yapılan çalışmada ise bakım vericilerin büyük çoğunluğu(%73) yaşlısıyla gün içinde 8 saatten fazla vakit geçirmekte ve %23'ü yaşlısına iki yıldan az, %40'ı 2-5 yıl, %26'sı 6-10 yıl, %11'i 10 yıldan fazla yaşlısına bakım vermektedir(52).

Yurtdışında yapılan çalışmalar da bakım verenler genellikle yaşlının yetişkin kızı ya da gelini olup, % 40'ının evinde 18 yaş altında çocuğu olduğu ve % 64'ünün çalıştığı saptanmıştır (24,35,40,41).

Yaşlıya bakım verenlerin %49'u müstakil evde, %10.7'si apartman dairesinde yaşlı ile birlikte, %40.3'ü ise altlı üstlü, aynı avlu biçiminde ayrı konutlarda yaşamaktadırlar (Tablo 6). Çalışma sonuçlarımız aile ile oturanların, yalnız oturanlardan daha fazla olduklarını göstermektedir. Bu farklılığın bölgenin sosyo kültürel özelliklerine ve geniş aile yapısının yaygınlığına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Yaşlıya bakım verenlerin %60.7'si 3 odalı evde yaşamaktadır. Yaşlıların odaya sahip olma durumları incelendiğinde %69'unun kendisine ait odası bulunmaktadır (Tablo 6). Atalay ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptığı Türk Aile Yapısı Araştırmasında, yaşlıların % 63'ünün kendi ortamlarında, % 36'sının çocuklarının yanında, % 1'inin huzurevinde yaşadığı saptanmıştır (14).

Yaşlıya bakım verenlerin yalnızca %9(n=27)'u para getiren bir işte çalışmaktadır. Çalışma alanları incelendiğinde para getiren işte çalışan bireylerin de %37'si tarla işiyle uğraşmaktadır. Yaşlıya bakım verenlerin meslek durumları incelendiğinde %96'sı ev hanımıdır. Yaşlıya bakım verenlere 'Bakım dışında başka sorumluluklarınız var mıdır?' sorusu yöneltildiğinde bakım verenlerin tümü(%100) yaşlının bakımı ile ilgili sorumluluklarının yanısıra, çocuk bakımı, ev idaresi gibi sosyal sorumlulukları olduğunu belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %42.3'ünün de boş zamanlarını değerlendirmek üzere herhangi bir (el işi, örgü) uğraşı bulunmaktadır (Tablo 7).

Yaşlıya bakım verenlere 'Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyor sunuz?' sorusu yöneltildiğinde %74.4'ü iyi ve orta derecede sağlığını subjektif olarak

değerlendirmiştir. Sağlığını çok iyi değerlendiren sadece %5.3 oranında bulunmuştur (Tablo 8). Yaşlıya bakım verenlerin %35.3'ünün uzun süren ve doktor tanılı herhangi bir hastalığı bulunmaktadır. Yaşlıya bakım verenlere 'Genel olarak uyku düzeninizi nasıl değerlendiriyor sunuz'? sorusu da sorulmuş ve %48'inin uyku düzeninin iyi olduğu belirtmiştir (Tablo 8).

4.2. YAŞLI BİREYLERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Yaşlı bireylerin yarısına yakınının %40.3'ü 75-84 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Tüm yaşlıların yaş ortalaması 77.85 ± 7.42 'dir. Yaşlı bireylerin %34.3'ü genç yaşlı, %40.3'ü orta yaşlı, %25.3'ü de ihtiyarlık döneminde (Tablo 9). 1955 yılında 48 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresinin, 2002 yılında 65.4 yıla ulaştığı görülmektedir. 2020 yılında ise doğumda beklenen yaşam süresinin her iki cinsten 68.1, erkeklerde 65.9 ve kadınlarda 70.4 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir(9). Kartal'ın çalışmasında yaşlı bireylerin %42.6'sı 60-69 yaş grubundadır(48). Çalışma grubunun yaş ortalamasıyla karşılaştırıldığında araştırma grubunun ülke nüfusuna göre daha yaşlı olduğu farkedilmektedir.

Yaşlı bireylerin %54.3'ü erkek, %45.7'si kadındır. Yaşlı bireylerin eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde %22.7'sinin okur-yazar olmadığı, %61.7'sinin okur-yazar olduğu yalnızca %15.6'sının ilkokul düzeyinde eğitim aldığı belirlenmiştir(Tablo 9). Yaşlıların genel olarak eğitim düzeyinin düşük olması yaşa göre bakım alan yaşlıların yaş ortalamasının yanısıra araştırmanın yürütüldüğü yerleşim birimine bağlı olabilir. İnci'nin çalışmasında yaşlıların % 59.3'ü kadın olup, yaş ortalamaları 71.50 ± 6.49 'dir (min. 65- max. 96). Yaşlıların % 33.0'ının okur yazar olmadığı saptanmıştır(43).

Yaşlı bireylerin ekonomik durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; yaşlı bireylerin %42.7'sinin çalışmadığı hep ev hanımı olduğu, %24.0'ünün çiftçi, %18.3'ünün serbest meslek, %9.0'unun devler memuru olarak çalıştığı belirlenmiştir. Yaşlıların yalnız 1.3'ünün sosyal güvencesi bulunmamaktadır. %41.3'ü Bağ-kur emeklisidir. %28.4'ü ise yeşil karttan yararlanmaktadır(Tablo 10).

Yaşlıların tümünün sosyal güvencesinin olması, bakımları için sağlık hizmetlerinden yararlanmada sorun yaşamayacaklarını ve aile bireylerine de yük getirmeyeceklerini de düşündürmüştür. Geçimlerini sürdürecek kadar yeterli olmasa da bir aylık gelirlerinin olması da olumlu bir olgu olarak değerlendirilmiştir. Yaşlılara aylık gelirin giderlerini karşılama durumuna ilişkin görüşleri sorulduğunda %28.7'si aylık gelirin giderleri karşılamadığı diğer bir deyişle aylık gelirin yetersiz olduğunu bildirmiştir. Yaşlıların yarısına yakını ise aylık gelirlerinin giderlerini kısmen karşıladığını söylemişlerdir(Tablo 10).

Yaşlı bireylerin sağlık durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; yaşlı bireylerin %76.3'ü uzun süren ve doktor tanısı alan rahatsızlığının olduğunu belirtmişlerdir(Tablo 11). Yaşlıların %34.4'ünün diabet olduğu, %33.5'inde hipertansiyon, %17.6' da romatizmal hastalık bulunduğu saptanmıştır(Tablo 11). İnci'nin çalışmasında yaşlıların % 65.6'sının kronik hastalığının olduğu saptanmıştır(43). Bayık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlılarda en çok hipertansiyon(%50.7) ve osteoporoz(%38.4) hastalığı görüldüğü saptanmıştır(17). Altıparmak'ın yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzerindeki bireylerde hipertansiyon sıklığı %61.8 bulunmuştur(11). Kardiyovasküler hastalıklar tüm yaşlılarda hastalık yükünün %19.8'ini oluşturmaktadır(8). Finlandiya'da yapılan çalışmada yaşlıların %10'nun kısmi felçli, %8'inde demans, %3'ünde kardiyovasküler hastalık bulunduğu belirtilmiştir(52). Bu hastalıklar genel olarak değerlendirildiğinde hepsinin kronik,

dejenaratif ve ilerleyici hastalıklar olduğu farkedilmektedir. Yaşlı yaşadığı sürece bakım verenlerin bakım yükünü daha da arttıracığı beklenebilir.

Bu araştırmada yaşlı bireylerin yaşam alanlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı da incelenmiştir. Yaşlı bireylerin %64'ü bakım verenlerle birlikte, 1-19 yıldır birlikte yaşamaktadır. %31.0'i de 20-39 yıldır bakım verenlerle birlikte yaşamını sürdürmektedir. Yaşlı bireylerinin, bakım veren aile bireyleriyle yaşama süresinin ortalaması 14.10 ± 6.5 yıl olarak belirlenmiştir(Tablo 12). Bu süre ile bakım gereksinimleri ve bakım verme ile ilişkilendirildiğinde yaşlıların giderek yaşlandıkları, kronik hastalıkların arttığı ve ilerlediği düşünülecek olursa bakım yükünü de arttıracığı düşünülmektedir.

Yaşlı bireylerin birlikte yaşama nedeni incelendiğinde %42.3'ü aile bireylerinin bakımına muhtaç olduğu, %40.7'si kimsesi olmaması(yalnız yaşayamayacağı), %17.0 geçmişten gelen beraberlik nedeniyle birlikte yaşadığını belirtmiştir(Tablo 12).

Yaşlı bireylerin %76.3'ünün uzun süren ve doktor tanısı alan rahatsızlığının olduğunu belirtmişlerdir. İnci'nin 2006 yılında 'bakım verme yükü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği' isimli yüksek lisans tezinde yaşlıların % 65.6'sının kronik hastalığının olduğu saptanmıştır(43). Yaşlı bireylerin hastalıklarının dağılımına bakıldığında ise ilk sırada %34.4 lik oranla diabet, ikinci sırada ise %33.5 lik oranla da hipertansiyon, üçüncü sırada %17.6'lık oranla romatizmal hastalık görüldüğü belirtilmişken %1.3'lük oranla da hepatit c görülmektedir. Kartal'ın 2007 yılında 'yaşlıya bakım veren bireylerin birlikte yaşama güçlüklerinin belirlenmesi' isimli çalışmasında yaşlıların %63.2'sinde en az bir kronik hastalığı bulunmakta ve ilk sırada hipertansiyon görüldüğünü saptamıştır(48).

Yaşlı bireylerin birlikte yaşama nedeni incelendiğinde %42.3'ü aile bireylerinin bakımına muhtaç olduğu, %57.7'si yaşlılığa bağlı nedenlerle yaşadığı ev ve yerleşim biriminde değişiklik yaptığını belirtmişlerdir(Tablo 12).

Ev ve yaşanan yerleşim biriminde değişiklik yapan yaşlıların(n=173 kişi) yaşlılığa bağlı nedenlerle %52.0'ı alışı geldiği ve yaşadığı evinden ayrılarak aynı yerleşim biriminde, bakım veren bireyin evine yerleştiğini belirtirken, %48.0'i hem konutunu ve hem de yerleşim birimini değiştirdiğini bildirmiştir(Tablo 12) .

Başka bir yerden başka bir yere taşınma yaşlılıkta depresyona neden olan nedenler arasında olduğu bildirilmektedir. Yaşlıda konut ve yerleşim yeri değişikliğinin yaşlının eşyalarının yerinde değişimine yol açması, bu dönemin özelliği olan unutkanlıgıda neden oluşturacağı beklenebilir(kaynak gönül özgür)

Bu olumsuzlukların yanısıra aile yapısındaki bu değişikliklerin yaşlıya sosyal destek kazandırması da beklenebilir ve kendilerini önemli ve değerli hissetmeleri yalnız olmadıkları duygusunu vermesi açısından yararlı olabileceği düşünülebilir.

4.3 YAŞLI BİREYLERİN GÜNLÜK VE ENSTÜRÜMENTAL YAŞAM AKTİVİTELERİNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Yaşlı bireylerin günlük ve enstürümental yaşam aktiviteleri durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımına Tablo 13'te yer verilmiştir.

Yaşlıların %80.0'i ile en fazla oranda dışkılama durumunu bağımsız yapabildikleri görülmektedir. Destek gereksinimi en fazla olduğu aktivite ise banyo(%32.0) yapmadır. Bunu sırasıyla giyinme(%16.7), tuvalet(%10.7), beslenme ve hareket(%10.0), dışkılama(%7.0) aktiviteleri izlemektedir(Tablo 13).Yaşlılarda banyo yapmada yetersizliğin ön plana çıktığı görülmektedir. Bu konuyla ilgili gelişmiş ülke çalışmalarında benzer şekilde en fazla destek banyo yapmadır. Ancak yeterliliğin daha

yüksek olduğu görülmektedir. Amerika’da evde yaşayan 65 yaş ve üzeri grupta kendi kendine başarabilme, banyo yapma için %94.0’tür. Üçku’nun yapmış olduğu çalışmada yaşlıların bağımlılığının en fazla olduğu aktivite hareket ve banyo yapma izlemektedir(67). Şahbaz’ın yapmış olduğu çalışmada da yaşlıların bağımlılığının en fazla olduğu aktivite banyo yapma, giyinme ve hareket etme izlemektedir(63).

Enstürümental günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede tüm yaşlıların bağımsız olmadıkları ve bakım verenlere yarı bağımlı yada tam bağımlı oldukları tablo 13’te görülmektedir. Destek gereksinimi en fazla olduğu aktivite ise çamaşır (%95.3) yıkayabilmedir. Bunu sırasıyla , telefon edebilme (%88.3), yemek hazırlama (%84), ev işleri yapabilme (%81.7), kendi ilaçlarını içebilme (%70.3), parasını idare edebilme (%69), ulaşım araçlarına binebilme (%62.0), alış-veriş yapabilme (%58.0) gibi enstürümental günlük yaşam aktiviteleri izlemektedir. Yaşlıların enstürümental günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yardım gereksinimleri daha fazladır. Üçku’nun yapmış olduğu çalışmada yaşlıların bağımlılığının en yüksek olduğu aktivite yemek yapabilemedir. Şahbaz’ın yapmış olduğu çalışmada da yaşlıların enstürümental günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılığının en fazla olduğu aktivite ev işi yapma, yemek hazırlama çamaşır yıkama ve parasını idare edebilme durumlarıdır(63). Kesioğlu, Bilgiç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların temel günlük yaşam aktiviteleri içinde en düşük oranda banyo yapabildikleri(%82.8), en yüksek oranda yemek yiyebildikleri(%94.7), yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde en düşük oranda (%66.1) ev işi yapabildikleri saptanmıştır(50).

Görüldüğü gibi yaşlı nüfusun oldukça fazla, yaşlı sorununu benimseyerek bu gruba yönelik gerek sağlık gerekse sosyal hizmetleri veren, yaşlılık öncesinden çeşitli eğitim programları ile kişileri yaşlılığa hazırlayan gelişmiş ülkelerde yaşlılar, günlük

yaşam aktivitelerini kendi başlarına sürdürebilmekte daha yeterli ve daha bağımsızlardır(67).

4.4. YAŞLIYA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIMDA YAŞADIKLARI SORUNLARINA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Bakım veren bireylere, ‘yaşlı bireye bakım verirken ne gibi sorunlar yaşıyor sunuz?’ sorusuna bireylerin %25.7’si yaşlı ile iletişimde sorun yaşadıklarını, %20’sinin yaşlının bakıma katılmada uyumsuz davrandığını belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %14.3’ü bakımda bilgi ve beceri eksikliğini yaşadığını, %12.7’si zaman ve enerji konusunda yetersizlik duyduğunu, %15.0’i meslek ve iş kaybı ile yetersizlikler yaşadığını, %12.3’ü de kendiyle ilgili fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları geliştiğini bildirmiştir(Tablo 14).

Bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar değerlendirildiğinde; bu sorunların hem bakım verenin hem de bakım alanın fiziksel ruhsal sağlık sorunlarında etkili olabilecek nedenleri ve bakım verenlerin bakım vermede gereksinimlerini açıkça ortaya koymaktadır. Bu durumların bakım verenlerin bakım yükünü de arttıracığı düşünülebilir.

Bakım veren bireylerin %39.7’si yaşlı ile iletişimde yaşadığı sorunlarla baş edemediğini, %34.3’ü yaşlının bakıma katılmada uyumsuz davranışları karşısında baş edemediğini belirtmiştir. Bakım verenlerin %26.0’sı da yaşlıya bakım verme nedeniyle kendi günlük yaşamını etkileyen durumlarda çözümde yetersiz kaldığını dile getirmiştir(Tablo 14).

Yaşlanma ile birlikte toplum içinde ve ailede rol kaybı saygınlığın azaldığını hissetme, bireysel yetersizliklerini kaybetme korkuları ister istemez yaşanır. Ayrıca ilerleyen yaşla birlikte stresli yaşam olayları ve kayıpların yarattığı olumsuz etkenlerin

görölme sıklığı da artar. Yaşlı kişilerin çoğu eşlerini ve yakınlarını kaybetmişlerdir. Moral açısından her türlü açıdan olumsuz yönde etkilenmektedirler. Fiziksel hastalıklar da sık ortaya çıkmakta ve bunların yarattığı olumsuz duygular yaşanmaktadır. Çoğu zaman yaşlılar anlaşılmaz, kabul edilmezler ve yaşlı bireylerin neler yaşadıkları göz önüne alınmaz. Bu şüpesiz bakım verenle yaşlı arasındaki yaş farklılıkları bir diğer engel olarak bu durumlara eklenince yaşlılarla iletişim çatışmaları yaşanır(3).

Yaşlanmaya bağlı yaşlıda zaman algısı, bellek kayıpları ve duygu kayıpları da yaşlanmaya bağlı iletişim engelleri arasında belirtilmiştir. Bakım verenlerin yaşlılarla iletişim kurmada uygun yaklaşımları bilmemeleri bakım vermede yaşlı arasında iletişim sorunlarının sürmesine ve baş edilmemesine neden olacaktır.

Yaşlanmayla birlikte bireyde gelişen ruhsal, fiziksel , sosyal ve iletişim sorunlarının yaşlının bakıma katılmada uygunsuz davranmasına neden olabileceği düşünülmüştür. Bireylerin yaşlıya bakım verirken ve sosyal destek sağlarken kendi bireysel gereksinimlerini karşılayamamaları ve kendileri için sosyal destek almamaları durumunda günlük yaşamlarının etkilenmemesi kaçınılmaz olacağı beklenir. Bu çalışmada bakım verenlerin yaşadıkları baş edilemeyen bu sorunların bakım verme yükünü azaltma ve başetme yöntemlerini geliştirmeleri konusundaki gereksinimlerini açıkça ortaya koymuştur.

Dramalı, Demir ve Yavuz'un yaptığı bir çalışmada bakım verenlerin %76.0'sı kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını ve bu durumun onların aile ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir(28). Altun'un çalışmasında da bakım vericilerin %74.24'ü bakım verme konusunda genellikle uzman yardımına gereksinim duyduğunu belirtirken, %68.94'ü hastası hakkında kaygı yaşadığını belirtmiştir. Bakım vericilerin %40.90'ı bakım verme sorumluluğunun diğer işlerini engellediğini, %39.9'u kendilerine ayıracak zamanları kalmadığını ifade etmişlerdir(12). Aksayan ve

Çimete'nin yaptığı çalışmada hastalık nedeniyle aile bireylerinin %66.2'sinin aile içi görevlerinde değişiklik olduğunu, aile üyelerinin %66'sının yorgunluk, bunaltı, sosyal yaşantı değişikliği yaşadıkları ve bu sorunları çözmek için evde sağlık personeli istedikleri belirlenmiştir(21).

Araştırmada bakım verenlere 'sorunlarla başetmede neler yapıyor sunuz?' sorusu yöneltilmiştir. Bakım verenlerin %68.0'i sorunlarla başetmede çaresiz kalarak kaderci yaklaşımla sorunlarını kabullendiklerini belirtmişlerdir. Bakım verenlerin yaşlı ile iletişim kurmada yaşlı bireyin özelliklerini bilmeleri yanısıra iletişim kurma ve başetme becerilerinin sahip olmaları durumunda kabullenme olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Bunların olmaması durumunda ise iletişim çatışmalarının doğması kaçınılmaz bir durumdur.

Bu çalışmada iletişim sorunları ve başedilemeyen iletişim en yaygın sorunlar olarak dile getirildiği için bu kabullenme olumsuz durum olarak değerlendirilebilir. Bakım verenlerin yalnızca %10.7'si danışmanlık aldığını belirtirken tümünün (%100) danışmanlık beklentisinin olması sevindirici bulunmuştur(Tablo 14). Bakım verenlerin %18.0'i fiziksel sorunlarla başetmede , %16.7'si stres ve üzüntü ile başetmede, %12.0'si günlük bakım, %11.0'i çatışma ve %10.6'sı zaman ve enerji planlaması konusunda danışmanlık almak istediklerini belirtmişlerdir(Tablo 14).

Akça'nın çalışmasında bakım verenlerin sosyal iletişimde bozulma, ev içi organizasyon yapmada güçlük, baş ağrısı, mide şikayetleri gibi fiziksel, çabuk öfkelenme, ev içinde rahatsızlık duyma gibi ruhsal sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (3). Bilgili'nin çalışmasında bakım verenlerin % 63.3'ünün yaşlı ile birlikte yaşamaya ilişkin düşüncelerinin olumsuz olduğu saptanmıştır (19).

Toseland ve arkadaşlarının aktardığına göre Stone, Cafferata & Songl 1987’de yaptıkları bir çalışmada bakım verenlerin % 20’sinin çalıştığını, çalışanların ise % 29’unun işini yeniden düzenlediğini ve % 19’unun tamamen işini kaybettiğini belirtmişlerdir. Bakım verme nedeni ile işleri ayarlamak zorunda kalan bireyler genellikle daha yüksek düzeyde zorlanma yaşadıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler (43).

Arpacı ve Arlı’nın “Aile ortamında demanslı yaşlı bakımında karşılaşılan sorunlar” isimli çalışmasında bakım verenlerin duygusal, fiziksel, sosyal, ekonomik alanlarda sorun yaşadıklarını saptamışlardır (13).

4.5. YAŞLIYA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNÜN İNCELENMESİ

Bu bölümde, yaşlıya bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalamaları ile sosyo-demografik özelliklerinin ilişkisi incelenmiştir.

Bakım verenlerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 58.56 ± 16.21 (min 21, max 88) ve standart sapması 0.60-1.33 arasında saptanmıştır. Çarpıklık değeri -0.648 (skewness), standart hatası 0.141 bulunmuştur. Diklik değeri 0.072, diklik standart hatası ise 0.281’dir. Elde edilen çarpıklık (skewness) değeri katsayısı -4.5 ’dir. Bu dağılımda ortalama mediandan küçük olduğu için gözlenen dağılım sola çarpıktır. Elde edilen çarpıklık katsayısı -4.5 ’dir. Bu çarpıklık katsayısı ± 1.96 değerleri arasında yer almadığından anlamlı kabul edilir ($p < 0.05$). Ölçeğin normal dağılım eğrisi dışında olduğu söylenebilir. Elde edilen diklik katsayısı değeri 0.25’dir. Tam bir çan eğrisinin diklik katsayısı 0’dır. Diklik katsayısı (+) ise eğri normale göre daha diktir. Negatif ise normale göre daha basıktır. Elde edilen diklik

değeri ± 1.96 değeri içinde olması nedeniyle veri dağılımının önemli derecede dik olmadığı söylenebilir(7).

Birim sayıları ve ölçü birimleri birbirinden farklı olan değişkenlerin ortalamaya göre yayılışlarını karşılaştırmak için yararlanılan ve değişkenin ortalama ve standart sapmasından yararlanılarak hesaplanan değişim katsayısı (DK%) bu dağılımda ($DK\% = S/X \cdot 100$) 0.27 bulunmuştur. Bu değer ölçek puanlarının homojen dar bir alanda yayılma gösterdiğini ve verinin türdeş dağılıma sahip olduğunu diğer bir değişle verilerin doğru toplandığını dışsal faktörlerden etkilenmediğini göstermiştir(55). Ölçeğin madde puan ortalamaları 1.50-3.53 arasında, standart sapmalar 0.60-1.33 arasındadır. Ölçek puan ortalaması 2.66'dır. Bu değer bakım veren bireylerin bakım yükünü hemen her zaman olmasada bazen ile sık sık yaşadıklarını göstermiştir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Belirlenen bakım yükü düzeyi çok yüksek olmasa da bakım verenlerin fizik sosyal ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyeceği bunun sonucu olarak bakım alanların bakımını da olumsuz etkileyeceği, iletişim sorunlarını arttıracığı beklenebilir.

Ölçekte en küçük ortalamaya ait madde 1.50 değer ile 20 nolu maddedir. Bu madde 'Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?' ifadesine yöneliktir. Bu değer bakım verenlerin yaşlıya verdikleri bakımı yeterli bulduklarını düşündürmüştür. Ölçekte bakım verenlerin en yüksek puan verdikleri madde 21. maddedir. Bu madde 'Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?' ifadesine yöneliktir. Bu değer bakım verenlerin yaşlıya verdikleri bakımda sorumluluklarını en iyi biçimde yerine getirebildikleri görüşünde olduklarını düşündürmüştür. 20 ve 21 nolu maddelere verilen

yanıtlar birbirini destekleyici görülmektedir ve bakım verenlerin ifadelerinin güvenilirliğini de göstermektedir.

4.6. YAŞLIYA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ İLE BAKIM VERENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Bu bölümde, yaşlıya bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalamaları ile bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinin ilişkisi incelenmiştir.

4.6.1. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Bakım veren bireylerin yaş grubu ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). 21-29 yaş grubundaki bakım verenlerin bakım yükü ölçeği puan ortalaması 59.58 iken 50-59 yaş grubunda yer alan bakım veren bireylerin bakım yükü puan ortalamaları 169.93'dur(Tablo 16). Bakım veren bireylerin yaşı arttıkça bakım yükünün de arttığı farkedilmektedir.. Yapılan Benferroni düzeltmeli Mann Whitney U ileri analizinde farkın 21-29 yaş genç grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir($X=1.92$). Dinç, dinamik ve kronik hastalığın olmaması bakım yükünün az olmasında etkili olabilir. Ancak bu ilişkide bakım verenlerin genç, bakım alan bireyin yaşlı olduğu düşünülürse kuşak çatışmasının var olabileceği gözardı edilmemelidir.

Bakım veren bireylerin öğrenim durumlarıyla ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). Elde edilen bulguya göre okur yazar olmayan bireylerin bakım yükü 205.91'dir ve en yüksektir . Gruplar arasında yapılan Benferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizi sonucunda farkın okur yazar olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır($X=2.41$). Bu veriye dayanarak okur yazar olmayan grupların eğitim eksikliği, yaş faktörü, sağlık sorunları nedenlerle sorunlarla

iyi başedemedikleri düşünülmüştür. Ancak eğitim faktörünün bakım yükünde tek başına etkisi düşünülmez. Eğitim düzeyi yüksek olanların ise problem çözme yaklaşımlarını kullanabildikleri söz konusu olabilir. Kartal'ın çalışmasında eğitim durumlarına göre birlikte yaşam güçlüğü puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kartal'ın elde ettiği bulguya göre yüksekokul mezunları diğer gruplara göre daha düşük düzeyde güçlük yaşamaktadır(48).

4.6.2. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Sağlığı Algılama Ve Hastalık Durumu Özelliklerinin Özelliklerinin İncelenmesi

Doktor tanısı alan hastalık durumlarına göre bakım yükü ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır($p<0.01$). Doktor tanısı alan hastalığı olan bireylerin bakım yükü puan ortalaması 2.96 ± 0.53 , doktor tanısı alan hastalığı olmayan bireylerin bakım yükü puan ortalaması 2.49 ± 0.77 'dir. Bu değerlere göre doktor tanısı alan hastalığı olan bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin vermeyenlere göre daha fazla hastalık, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıkları saptanmıştır (43). Literatür bilgilerinde bakım verme güçlüğüne etkileyen faktörler arasında bakım verenin sağlığının bozuk olması da bakım yükünü arttırıcı önemli bir etken olarak belirtilmiştir(19). Bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle hastalığın ilerlemesine neden olduğu bildirilmektedir(30,43). Araştırmada bakım verenlerin bakım sorumluluğunun kendi sağlık sorunları nedeniyle yeterince yerine getiremeyip, zorlanarak daha yüksek düzeyde bakım yükü yaşamaları beklenen bir durumdur.

Araştırmada bakım verenlerin subjektif sağlığını algılama ile ilgili değerlendirmeleri istenmiştir. Sağlığını iyi olarak değerlendiren bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalaması 105.50 olup en düşüktür. Çok kötü olarak değerlendirenlerin ise 275.67 olarak en yüksektir(Tablo 16). Sağlığını kötü olarak hissetmesi derecesi arttıkça bakım yükü toplam ölçek puan ortalaması da artmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur($p<0.01$). Yapılan Benferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizi sonucunda farkın sağlığını iyi olarak algılayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir($X=2.27$). Bu grubun sayısının fazla olmasının yanısıra fizik, ruhsal, sosyal açıdan kendini iyi hissetmesini bakım verme gücünü arttırdığı ve bakım yükünü de azalttığı düşünülebilir.

4.6.3. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Ekonomik Durumu Özelliklerinin İncelenmesi

Bakım veren bireyin para getiren bir işte çalışma durumu ile bakım yükü puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu çalışmada para getiren bir işte çalışan bakım verenlerin bakım yükü para getiren işte çalışmayanlara göre biraz daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bakım verme yükünü etkileyen faktörler arasında ekonomik durumunda etkili olduğu belirtilmiştir(12,15,31). Bununda ekonomik nedenlerle ailelerin küçük konutlarda oturması ve yaşlıya ayırabilecekleri bir mekanın olmamasının yükü arttıracak bir neden olduğu belirtilmiştir(19). Bu çalışmada yaşlı grubun %98.7'sinin sosyal güvencesi ve aylık gelirin olması muhtemelen bu gelirin aile bütçesine katılımı bakım yükünü azaltmada etkili bir faktör olarak düşünülebilir. Bakım verenin çalışma nedeniyle yaşlıya ayıracağı zamanın kısıtlılığı bakım yükünü

arttıracak olumsuz bir faktör olarak da düşünülebilir. Ancak çalışıyor olma tek başına bakım yükünde etkili bir faktör olarak da değerlendirilmemesi gerekir.

Bakım verenlerin uğraşısının olup olmama durumu ile bakım yükü ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır($p<0.05$). Uğraşısı olan bireylerin bakım yükü madde puan ortalaması 2.80 ± 0.53 , uğraşısı olmayan bireylerin bakım yükü madde puan ortalaması 2.55 ± 0.83 'dür. Bu değerlere göre uğraşısı olan bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu görülmektedir. Bireyin herhangi bir uğraşısının olması bakım verenin stresi azaltmada, rahatlamasında ve kişisel gelişimini sağlamada önemli bir faktör olarak düşünülebileneceği gibi ancak bu aktiviteleri gerçekleştirmede yeterince zaman bulamama nedeniyle zorlanmaya yol açabileceği düşünülebilir.

Bakım veren bireyin meslek durumu ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$). Bakım verenlerin büyük çoğunluğu ev hanımıdır.

4.6.4. Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Birlikte Yaşam Durumu Özelliklerinin İncelenmesi

1-19 yıldır yaşı ile beraber yaşayan grupta bakım yükü en düşüktür ve 137.92 olarak belirlenmiştir(Tablo 16). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Bu farkın 1-19 yıl beraber yaşayan yaşı ile yaşayan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Burada birlikte yaşama süresi yanısıra bakım verenlerin daha genç yaşta olmaları ve daha sağlıklı olmaları gibi faktörler düşünülebilir. Bir nolu yazdığımız 'Bakım veren bireyin yaşı ile yaşadığı süre(yıl) bakım yükünü etkiler' hipotezini bu durumda doğrulamıştır

Bakım verenlerin gün içinde geçirdikleri süre ile bakım yükü ölçek toplam puan ortalaması incelendiğinde gün içinde geçirilen süre arttıkça bakım yükünün azaldığı farkedilmektedir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu araştırmada bu beklenmeyen bir olgu olarak değerlendirilmiştir. Üç nolu yazdığımız ‘Bakım veren bireyin yaşlı ile gün içinde geçirdiği süre(saat)bakım yükünü etkiler’ hipotezini bu durumda doğrulamamıştır. Bu sonuçta bakım verenin yaşı, öğrenim durumu, bakım verme ile ilgili iş planlaması gibi durumların etkili olabileceği düşünülmüştür.

Bakım veren bireyin ve yaşlının yaşadığı konut tipi ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.01$). Aynı avluda oturan grupta yer alan bakım veren bireylerin bakım yükü puan ortalaması 213.77’dir. Apartman dairesinde oturanların ise 50.05’dir. Beraber aynı evde oturan bireylerin bakım yükü puan ortalaması, ayrı evde oturan bireylerin bakım yükü puan ortalamalarından daha düşüktür. Gruplar arasında yapılan Benferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizi sonucunda farkın müstakil, apartman dairesinde oturan bireylerden kaynaklandığı saptanmıştır. Literatür bilgilerine göre bakım verme güçlüğü etkileyen faktörlerin birisinde yaşlı ile aynı evi paylaşma durumu olarak belirtilmiştir(16). Müstakil ve apartman dairesinde oturanların günün her saati beraber yaşadıkları, altlı üstlü ve aynı avluda oturanların ise günün belirli saatlerinde birbirinden ayrı kalmaları söz konusudur. Bu araştırma kapsamında ikinci grupta diğer gruba göre bakım yüklerinin daha yüksek olduğu farkedilmektedir. Bu durumun bakım verenin iki ayrı konutta bakım, temizlik ve diğer sorumlulukları olması nedeniyle kişinin bakım yükünü de arttırabileceği düşünülmüştür.

4.7. YAŞLI BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN BAKIM VEREN BİREYİN BAKIM YÜKÜ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

4.7.1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yükü İle İlişkisinin İncelenmesi

Yaşlı bireyin cinsiyeti ile bakım veren bireylerin bakım yükü ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). Elde edilen bulguya göre erkek yaşlıya bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum ataerkil bir yapıya sahip toplumumuzda yaşlı erkeğin daha otoriter bir yapıya sahip olmasından bakım verene destek ve yardımcı olmaması yanı sıra ailede ev işi, çocuk bakımı gibi bazı sorumlulukları paylaşamamasından kaynaklanmış olabilir.

Yaşlı bireyin yaş grubu durumu ile bakım veren bireyin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). 65-74 genç yaşlı grubundaki yaşlılara bakım verenlerin ölçek toplam puan ortalaması 112.64 olup, 75-84 orta yaşlı grubundaki yaşlılara bakım verenlerin ölçek toplam puan ortalaması 196.71'dir. Yapılan Benferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizi sonucunda farkın 65-74 genç yaşlı grubundaki yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir($X=2.24$). Bu grubun daha genç yaşta olması fizik, ruhsal, sosyal açıdan bakım verene daha az bağımlı olması, günlük yaşam aktivitelerini kendi başına sürdürebilmesine bağlı olarak bakım verenin bakım yükünü arttırmış olabilir. Özellikle yaşlı bireyin yaşam süresi uzadıkça daha uzun süreli bir bakım gündeme gelmekte ve bu durum bakım verenleri umutsuzluğa ve strese sokan bir süreç olmaktadır. Yaşlı bireye bakım, yaş ilerledikçe kaçınılmaz olarak ağırlaşmakta başlamakta ve yaşlı birey bağımlılığa doğru gitmektedir. Bu durum zamanla yaşlıya bakım verenlerde aşırı sorumluluk , yük, stres, hayal kırıklığı, öfke ve tükenmeye neden olmaktadır. Bu

olumsuz duyguları yaşayan bireylerin bir süre sonra fiziksel ve ruhsal sağıklarında bozukluklar görölmektedir(19).

Yaşlının öğrenim düzeyiyle yaşlıya bakım verenin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.01$). İlkokul düzeyinde eğitim alan yaşlılara bakım verenlerin ölçek toplam puan ortalaması 54.67 iken okur yazar olmayan yaşlılara bakım verenlerin ölçek toplam puan ortalaması 192.56'dır(Tablo 18). Yaşlının eğitim düzeyi yükseldikçe bakım verenin yükü de azalmaktadır. Yaşlı bireyin okur-yazar eğitimi alması bireysel günlük ve enstürümental yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorumluluk alması ve bu alanlarla ilgili sorunlarda başetmesi de destekleyici bir değışkendir. Bunun yanı sıra eğitilmiş yaşlıların daha az iletişim çatışmaları içinde olabilecekleri düşünölebilir.

4.7.2. Yaşlı Bireylerin Sağık Ve Ekonomik Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yükü İle İlişkisinin İncelenmesi

Kronik hastalığı olan yaşlıya bakım verenlerin kronik hastalığı olmayan yaşlılara bakım verenlere göre bakım yükü toplam ölçek puan ortalaması daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.01$). Kronik hastalıklar ileri yaşlarda ortaya çıkan dejeneratif sakatlıklar bırakan ilerleyici türde hastalıklardır. Kesioğlu, Bilgiç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalık prevalansı, tüm katılanlar için %66.5, erkeklerde %60.7, kadınlarda %71.7 bulunmuştur(50). Kronik hastalığı olan hastaların çoğı kez bakımla ilgili başkalarına bağımlılığı artmaktadır. Bu araştırmada da yaşlılarda yaygın olarak belirlenmiş olan diabet, hipertansiyon, romatizmal hastalık, bel fıtığı gibi kronik hastalığı olan yaşlıların ilaç alma, beslenme, hareket kısıtlılığı, bilinç bulanıklığı gibi nedenlerle gözlem, denetim altında tutulmaları gerekir. Bu grup yaşlılarda iletişim sorunları, düşme gibi sorunlar daha sık yaşanmaktadır. Yaşlıların bu özelliğı nedeniyle bakım verenlerin yükünü de arttıracığı beklenen bir durumdur.

Yaşlının gelirin gideri karşılması ile bakım yükü toplam ölçek puan ortalaması incelendiğinde geliri giderini karşılamayan yaşlılara bakım verenlerin bakım yükünün en yüksek, gelirin giderini karşılayan yaşlılara bakım verenlerin bakım yükü toplam ölçek puan ortalaması ise en düşüktür(Tablo 18). Yapılan kruskal walls istatistiksel analizinde bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0.05$). Farkın gelirin giderini karşılamayan yaşlı grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Gelir önemli bir sosyal ve ekonomik yapı göstergesidir. Yaşlının ve ailenin yaşamı sürdürmesinde, beslenmesinde, gereksinimlerin karşılanmasında, bakımında temel bir gereksinimdir. Günümüzde yaşanan ekonomik kriz nedeniyle çekirdek ailelerin bu sorun nedeniyle yaşlılarla tekrar bir araya gelerek ekonomik ve sosyal destek aldıkları, değişen bir toplumsal ve kültürel olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlının ekonomik olarak aileye verdiği bu desteğin bakım ve sağlık harcamalarına önemli bir destek olarak bu çalışmada değerlendirilebilir.

4.7.3. Yaşlı Bireylerin Sosyal Yaşantısı Özelliklerinin Bakım Veren Bireyin Bakım Yükü İle İlişkisinin İncelenmesi

Yaşlılığa bağlı nedenlerle yaşadığı ev ve yerleşim biriminde değişiklik yapan yaşlılara bakım verenlerin, yaşlılığa bağlı nedenlerle yaşadığı ev ve yerleşim biriminde değişiklik yapmayan yaşlılara bakım verenlerin bakım yükü toplam ölçek puanı ortalaması daha düşük bulunmuştur(Tablo 17). Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Bu yaşlının aynı evde ve aynı yerleşim biriminde bakım verenlerle birlikte yaşamını sürdürüyor olması bakım verenin yaşlıya ulaşmada ve bakım vermede işini zaman ve mekan faktörleri açısından kolaylaştırmış olması bakım yükünü azaltmada etken olabileceği düşünülmüştür. Birlikte yaşama yaşlının güvenini

arttırması kendini iyi ve değerli hissetmesine neden olarak bakım verenin yükünü azaltmış olabilir.

Yaşlının ayrı odaya sahip olmaması, bakım verinin bakım yükünde istatistiksel olarak farklılık yaratmamıştır($p>0.05$).

4.8. BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİNİN YORDANMASINDA BAZI DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre “bakım verme yükü ölçeği ” puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bakım yükünün yordanmasında bazı değişkenlerin rolünü incelemek amacıyla korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; yaşlının yaşı ve yaşı ile oturulan süre(yıl), günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu değişkenleri ile bakım yükü puan ortalaması arasında pozitif yönde, yaşı ile gün içinde geçirilen süre(saatt) ve Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu değişkenleri arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır.Yaşlının yaşı , yaşı ile oturulan süre(yıl) ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu arttıkça bireyin bakım yükü de artmaktadır. Yaşlı bireyin yaşı bakım yükü puan ortalamasının ancak %5 ini ,yaşı ile oturulan süre(yıl) bakım yükü puan ortalamasının %4'ünü ve yaşlının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu bakım yükü puan ortalamasının%12'sini etkilemektedir. Bu değişkenlerin bakım yükü düzeyini açıklamada çok önemli rol oynamadığını ve bakım yükünü belirlemede başka etmenlerin daha fazla rolü olabileceğini düşündürmektedir.

Yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu bakım yükü puan ortalamasının%12'sini etkilemektedir. Bu sonuca göre bağımlılık durumu bakım verme yükünü belirleyen bir değişken olabileceği düşünülmüştür(Tablo 21).

Korelasyon katsayısı önemli bir katsayımı yoksa tesadüfe bağlı bir katsayımı olduğu korelasyon katsayısı önem kontrolü ile incelenmiştir. Böylece incelenen değişkenlerin korelasyon katsayısı önemli bir değerdir, tesadüfen bulunmuş bir değer değildir($p=0.0005$).

Yapılan bir çok çalışmada bakım yükü üzerinde belirleyici olan etmenlerin başında yaşlıya sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olunması olduğu belirtilmiştir(19, 2, 31).

Yapılan başka bir çalışmada da günlük yaşam aktivitesindeki bağımlılık durumu arttıkça ve bakım süresi uzadıkça bakıcı yükünün de arttığı belirlenmiştir(yüksel gülbün 2007).

BÖLÜM V

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülmüş olan bu araştırmanın en önemli sonuçları şu şekildedir.

- Yaşlıya bakım verenlerin % 40'ı 40-49 yaş grubunda, % 84.5'i evli, %93.3'ü kadın, %48.3'ü ilkokul, % 99.3'ü en az bir çocuğa sahip, %78.7'si yaşlının gelini, %38.3 1-6 saat yaşlısıyla vakit geçirmekte, %64'ü 1-19 yıl yaşlı ile beraber oturmakta, %49'u müstakil evde yaşlı ile birlikte, %60.7'si 3 odalı evde yaşamakta, %9(27)'u para getiren bir işte çalışmakta, para getiren işte çalışan bireylerin %37'si tarla işiyle uğraşmakta, %96'sı ev hanımı,%100.0'ü yaşlının bakımı ile ilgili sorumluluklarının yanısıra, çocuk bakımı, ev idaresi gibi sosyal sorumlulukları bulunmakta, %42.3'ünün de boş zamanlarını değerlendirmek üzere herhangi bir (el işi, örgü) uğraşı bulunmakta, %38.7'si sağlığını kötü algılamakta, %35.3'ünün uzun süren ve doktor tanılı herhangi bir hastalığı bulunmakta, %48'inin uyku düzeninin iyi olduğu belirtmiştir.

- Yaşlı bireylerin %40.3'ü 75-84 yaş grubunda yer almakta, %54.3'ü erkek, %61.7'si okur-yazar, %42.7'si ev hanımı, %41.3'ünün Bağ-kur'dan faydalanmakta, %48.6'si aylık gelirin giderlerini kısmen karşıladığı belirtmekte, %76.3'ünün uzun süren ve doktor tanısı alan rahatsızlığının bulunmakta, %34.4 lik oranla diabet hastalığı görülmekte, %42.3'ü aile bireylerinin bakımına muhtaç olduğu, %69'unun kendisine ait odası bulunduğunu, %57.7'si yaşlılığa bağlı nedenlerle yaşadığı ev ve yerleşim

biriminde değişiklik yaptığını, %52.0'ı alışı geldiğı ve yaşadığı evinden ayrılarak bakım veren bireyin evine yerleştğini belirtmektedir.

- Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri durumları incelendiğinde %32.0.'sinin banyo yapabilmede tam bağımlı olduğı, . Enstürümental günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede %95.3'ü çamaşır yıkayabilmede tam bağımlı olduğı belirtmişlerdir.

- Bakım verenlerin %25.7'si iletişim sorunlarıyla baş edemediklerini, %38'i sorunlarla başetme de kabullenme yoluna başvurdıklarını, %100'ü danışmanlık almak istediklerini, %31.7'si iletişim konusunda danışmanlık eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir.

- Bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması 58.56 ± 16.21 , ölçek maddelerinin puan ortalamaları 1.50-3.53, standart sapma 0.60-1.33 arasında, çarpıklık değeri -0.648 (skewness), standart hatası 0.141 , diklik değeri 0.072, diklik standart hatası 0.281, en küçük ortalamaya ait madde 1.50 değeri ile 20 nolu madde, en yüksek ortalamaya 3.53 değeri ile 21 nolu madde, toplam madde puan ortalaması 58.56 ve standart hatası 0.93, minimum puan 21, maksimum puan 88, değişim aralığı(range) 67, Standart sapması 16.21, varyansı 262.84'tür

- Bakım veren bireylerin yaş grubu ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($\chi^2 = 23.71$ $p < 0.01$). İkili karşılaştırmalarda 50-59 yaş grubu ile 40-49 ve 60 ve üzeri bireylerin bakım yükü ölçek puanı arasında fark bulunmamıştır. 50-59 yaş grubu ile 21-29 ve 30-39 yaş grubunda olan bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

- Bakım veren bireyin öğrenim, konut tipi, doktor tanısı alan hastalık, sağlığını hissetme, uğraşının olması, beraber yaşama süresi, gün içinde beraber geçirilen süre

durumu ile bakım yükü puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0.01$), para getiren bir işte çalışma durumu ile bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p > 0.05$) bir fark bulunmamıştır .

- Yaşlı bireyin cinsiyet , öğrenim , mesleği, doktor tanısı alan hastalığı olma, gelir, yaşamında değişiklik durumu ile bakım veren bireyin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (**$p < 0.01$**), ayrı odaya sahip olma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p > 0.05$).

- Yaşlının yaşı , yaşlı ile oturulan süre(yıl) ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu arttıkça bireyin bakım yükü de artmaktadır.

Bu bulgular dikkate alınarak;

- Bakım veren bireyin yaşlı ile yaşadığı süre(yıl) bakım yükünü etkiler.
- Bakım veren bireyin öğrenim durumu ile bakım yükü arasında ilişki yoktur.
- Yaşlının enstrümental aktivite bağımlılık durumu, ile bakım veren bireyin bakım yükü arasında ilişki yoktur, hipotezleri kabul edilmiştir.
- Bakım veren bireyin yaşlı ile gün içinde geçirdiği süre(saat) bakım yükünü etkiler.
- Yaşlı bireyin yaşı ile bakım yükü arasında ilişki yoktur.
- Yaşlının günlük yaşam aktivite bağımlılık durumu ile bakım veren bireyin bakım yükü arasında ilişki yoktur, hipotezleri reddedilmiştir.

5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Koruyucu sağlık hizmetlerinde birinci basamak hizmetlerde çalışan hemşireler, hastanelerde ikinci basamak hizmetlerde klinik hemşireler yaşlılara bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü değerlendirerek başedemedikleri sorunları belirleyerek bireylerin bu sorunlarla başetmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık programları düzenlemeleri yararlı olacaktır.

Eğitim ve danışmanlık programlarında bakım verici olarak erkek ileri yaş grubunda, eğitim durumu düşük, sağlığını kötü olarak algılayan , yaşlıyla uzun yıllar yaşayan, doktor tanısı almış kronik hastalığı olan, bireylere öncelik verilmesi yararlı olabilir. Bunun yanısıra erkek ileri yaşta okur yazar olmayan sosyal güvencesi olmayan geliri giderini karşılamayan yaşlıya bakım veren bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğu göz önüne alınarak bu yaşlılara bakım verenlere de eğitim danışmanlık ve destek hizmetleri sağlanmalıdır.

Yaşlılara bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü azaltmada evde bakım hizmetleri ve toplum destek hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gereklidir.

Eğitim ve danışmanlık programlarında yaşlı ile iletişim kurmanın özellikleri etkileyen etmenler iletişim engelleri incelenmeli beceriler geliştirilmelidir. Yaşlının özellikleri tanıtılmalıdır.Yaşlılık ile ilgili sorunlarla başetme yaşlılara öğretilmelidir. Günlük yaşam ve enstrümental yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlı durumdan bağımsız duruma geçebilecek yöntemler yaşlılara öğretilmelidir.

Bakım veren bireyle yaşının olmadığı bir ortamda görüşülerek veri toplanması, mevcut verilerin daha güvenilir olmasını sağlayacaktır.

Bu konuda yapılacak olan çalışmaların farklı etnik ve sosyoekonomik yapı, yerleşim yeri özelliği gösteren gruplar üzerinde yürütülmesi yararlı olacaktır. Mevcut bulguların güvenilirliğinin yükseltilmesi açısından, gelecekteki çalışmaların daha geniş örneklem grupları üzerinde yürütülmesi uygundur.

Bakım verme yükü, zaman içinde değişebileceğinden belirli aralıklarla veri toplamaya devam edilmesi uygun olacaktır.

Ülkemizde bakım verme yükünü belirlemeye yönelik yapılmış çalışmaların sınırlı olması nedeni ile yeni çalışmalar yapılarak konu ile ilgili literatürün zenginleştirilmesi sağlanmalıdır.

BÖLÜM VI

ÖZET

Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler

Bu araştırma yaşlıya bakım veren bireylerinin bakım yükünü ve bakım yükünü etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tasarlanan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma, 01 Eylül-03 Kasım 2008 tarihleri arasında Muğla ili Ula ilçesinde yürütülmüştür. Araştırma örneklemini, Ula ilçesinin nüfus yoğunluğu dikkate alınarak tabakalı örneklem ve basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilerek, aileye bakım veren ve yaşlıyla en az altı ay birlikte yaşayan 300 kişi oluşturmuştur.

Araştırma verileri aileye bakım veren bireyler ve yaşlılardan onay alındıktan sonra araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılarak toplanmıştır. Veriler bakım veren bireyler ve yaşlılara ilişkin 21 soru içeren sosyodemografik veri formu kullanarak toplanmıştır. Diğer veri toplama aracı olarak Katz tarafından geliştirilen günlük yaşam aktiviteleri değerlendirme indeksi ve Lawton ve Brody tarafından geliştirilen Enstrümental Günlük yaşam indeksi, Zarit tarafından geliştirilen ve İnci tarafından Türkçeye uyarlanan bakım verme yükü ölçeği ve araştırmacı tarafından yaşlıya bakım veren bireylerin bakımda yaşadıkları sorunları belirlemeye yönelik geliştirilen form kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan, Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve ölçek için yazardan izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerde sayı yüzde dağılımları, karşılaştırmalı verilerde Kruskal Wallis, Kolmogorov Smirnov, Mann Whitney-U, Pearson Korelasyon ve Bonferroni testi kullanılmıştır. Yaşlıya bakım verenlerin yaş ortalaması 45.7 ± 9.07 , %84.5 evli ve

%93.3'ü kadındır. Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 77.85 ± 7.42 ve %54.5'i erkektir. Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri durumları incelendiğinde ölçekten alınan 1.89 ± 0.72 ortalama puanla %32.0.'sinin banyo yapabilmede tam bağımlı olduğu, Enstürümental günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede ölçekten alınan 1.04 ± 0.21 ortalama puanla %95.3'ü çamaşır yıkayabilmede tam bağımlı olduğu belirtmişlerdir. Bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması 58.56 ± 16.21 'dir. Korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; yaşlının yaşı ve yaşlı ile oturuhan süre(yıl), günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu değişkenleri ile bakım yükü puan ortalaması arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Ailelerle birlikte çalışan Halk sağığı hemşireleri sağıık eğitimi, toplum destek hizmet danışmanlığı yapma ve bakım vericilerin bakım yükünü azaltmada önemli bir fırsata sahiptirler. Evde bakım hizmetleri birey ve aileleri için önemli etkiye sahiptir.

ABSTRACT

This research was implemented as descriptive one in order to examine the degree of family caregivers burden and the related factors affect caregiver burden.

Research was carried out in Ula district of city Muğla between 1 September 2008- 03 November 2008. Sample of the research was selected by using stratified sample and simple random sampling according to the population density of the districts of Ula. Sample consisted of 30 family care givers and the elderly living together at least six months in the same house. Data was collected by by visiting the houses by the researcher after getting informed consent of the volunteer family caregivers and volunteer elderly people. Data was collected by visiting the houses by the researcher after getting informed consent of the volunteer family caregivers and volunteer elderly people. Data was gathered by using socio-demographical form which consisted 21 questions related to family caregivers and elderly. Other instrument was the Daily Living Activities Evaluation Index which was developed by Katz and Instrumental Living Index which was originally developed by Lawton and Brody. The burden of the family caregivers experienced was recorded using the Burden Interview(originally develop by Zarit et al and adopted by İnci in Turkey). In order to find out the problems during giving care was gathered through five open-ended Questions written approvals of the Scientific Ethnical Board of Ege University School of Nursing and Turkish Directory of Health Ministry of Mugla Province.

SPSS 11.5 program was used for evaluation of data. Number, persenatages, means, were used for descriptive data, Kruskall Wallis, Kolmogorov Simirnov, Mann-Whitney U, Pearson Correlations, and Bonferroni tests were used for comparative data.

Average age of the family caregivers was 45.7 ± 9.8 and 84.5% were married, 93.3% were women. Average age of the elderly was 77.8 ± 7.4 and 54.3% were males. Bathing (32%) was the most dependent daily living activity with a 1.89 ± 0.72 mean score. Washing clothes (95.3%) was the most dependent instrumental dependent living activity with a 1.04 ± 0.21 mean score.

Average degree of family caregivers Burden was 58.5 ± 16.2 . This study found that there was a positive correlations between the age of the elderly the years spent together with and the family caregiver burden. A positive correlations was found out between the familycare burden and daily living activities dependency score of the elderly.

Community Health nurses working with families have an opportunity to reduce caregiver burden by giving health education and counselling programs community support services and home care services may be valuable for the clients and families.

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Adak N. (2003). Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları:Kadınlar. Aile ve Toplum Dergisi, 6(2):
2. Akbayrak N. (2002). Bakım Verenlerin Sorunları. 1. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Antalya, 160-161.
3. Akça Kılıç N., Taşçı S. (2005). 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 14(ek sayı):30-36
4. Akdemir N. (2002). Yaşlılarda Evde Bakım ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Geriatri Kitabı, 235-240.
5. Akdemir N. (2003). Evde Bakım. 2. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Antalya. 63-65.
6. Akdemir N. (2004). Yaşlı Bireye Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler. 3. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Marmaris. 86-88.
7. Akgül A. (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, Emek Ofset Matbaası, Ankara.
8. Akgün S., BAKAR C., ve Ark. (2004). Dünya’da Ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları Ve İyileştirme Önerileri, Turkish Journal Of Geriatrics, 7(2), 105-110.
9. Aksakoğlu G. (2001). Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. D.E.Ü. Rektörlük Matbaası, İzmir. 417.
10. Allender J.A., Spradley B.W, (2001). Clients In Home Health, Hospice, and Long Term Setting. Community Health Nursing Concepsts and Practice. Lippincott. 739-753.

11. Altınparmak S., Karadeniz G., ve Ark.(2006). Yaşlılarda Hipertansiyon Prevalansı: Manisa Örneği , Turkish Journal Of Geriatrics, 9(4), 197-201.
12. Altun İ. (1998). Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul, 71-78.
13. Arpacı F., Arlı M. (2001). Aile Ortamında Demanslı Yaşlı Bakımında Karşılaşılan Sorunlar. 1.Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Ankara, 332-344.
14. Atalay, B., Konta, Y.M., Beyazıt, S., Madencioğlu, K. (1992) Türk Aile Yapısı Araştırması. Devlet Planlama Teşkilatı. Yayın No: DPT 2313, Ankara.
15. Bahar A., Parlar S. (2007). Yaşlılık Ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2(4), 32-39.
16. Bayık A., Erefe İ., Özgür G., ve Ark. (2003). Sağlıklı Yaşlanma. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, İzmir. 10, 86.
17. Bayık A., Uysal A. ve ark. (2003). Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Sağlık Sorunları, Bakım Gereksinimleri ve Kendileri İçin Hazırlanacak Toplum Hizmetlerine Yönelik Beklentileri. 2. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Denizli. 152-166.
18. Bentur N. (2001). Hospital At Home:What Is Its Place In The Health System?.Health Policy 55:71-9.
19. Bilgili N. (2006). Yaşlı Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sosyal Sorunlar. 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Antalya, 87-90.
20. Boyoglu R., Oktay S. (2002). Hasta Destekli Evde Bakım Hizmetleri Sunumu.
21. Cimete G. (1998). 1.ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. Marmara Üniversitesi. İstanbul., 1-41.

22. Cingil D. (2003). Aile İçi Bakım Vericileri Eğitimcinin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
23. Cingil D., Gözüm S. (2008). Yaşlı Bireyler İçin ‘Aile Üyeleri Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirme Envanteri’ nin Geçerlilik ve Güvenirliliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi , 1(1), 5-18.
24. Clark, PC., Chia, V. (2002) Caring For Disabled Older Adults: Ethnic Differences and Commonalities. Clinical Excellence for Nurse Practitioners, 6(3),11-16.
25. Çoban M., Esatoğlu A.E. (2004). Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış. T. Kli Tıp Hukuku 12,109-120.
26. Danış M.Z. (2006). Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonunda Sosyal Hizmet Uzmanının Ekip İçerisindeki Sorumluluğu. 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Antalya, 111-115.
27. Döventaş A. (2006). Evde Bakım: Nasıl Uygulayalım?. 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Antalya, 83-86.
28. Dramalı A., Demir F., Yavuz M.(1998). Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. 1 .Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul.
29. Duyar İ. (2005). İnsanda Yaşlılığın Evrimi: Yaşlılık Ne Zaman Başladı?. 4. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Antalya, 48-52.
30. Emiroğlu, O.N. (2002). Deneysel Tasarımlar, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Editör: İnci Erefe , HEMAR-G Yayın No:1, Odak Ofset, 91-124.
31. Erdem M. (2005). Yaşlıya Bakım Verme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8(3), 101-106.

32. Ersoy A.F., Arpacı F. (2003). Evde Tek başına Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerini Karşılama Durumlarının İncelenmesi. 2.Ulusal Yaşlılık Kongresi, Denizli, 237-247.
33. Fadiloğlu Ç., Doğan F., Ertem G. (2006). Evde Bakım. Meta Basım Matbaacılık.İzmir, 1-55.
34. Faison K., ve Ark.(1999). Caregivers Of Chronically III Elderly: Perceived Burden, Journal Of Comunity Health Nursing, 16(4), 243-253.
35. Gökdoğan F. (2006). Ülkemizde Yaşlıların Evde Bakım İhtiyacı Nasıl Belirlenmeli? 6. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Antalya, 21-23.
36. Gökdoğan F. (2006). Ülkemizde Yaşlıların Evde Bakım İhtiyacı Nasıl Belirlenmeli? 6. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Bolu, 21-23.
37. Gölbaşı Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 7(2),15-22.
38. Gözüm S., Tan M. (2003). Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş Ve Uygulamaları. Turkish Journal Of Geriatrics 6(1),14-21.
39. Grunfeld E., Coyle D., ve Ark. (2004). Family Caregiver Burden: Results of a Longitudinal Study of Breast Cancer Patients And Their Principal Caregivers. Canadian Medical Association, 170(12), 1795-1801.
40. Grunfeld E., Glossop R., ve Ark (1997). Caring For Elderly People At Home: The Consequences To Caregivers. Canadian Medical Association,157(8) , 1101-1104.

41. Güven S., Hazer O. (1998). Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Aile ve Yaşlılık Açısından Gereği, Önemi ve Bu Konuda Ev Ekonomistlerinin Yeri. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul, 65-70.
42. İnci F. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliğı. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
43. Karabağ H. (2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
44. Karadağ M. (2006). Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
45. Karadeniz G. (2006). Yaşlılıkta Evde Bakım. Evde Bakım Kongre Kitabı, İzmir, 167-176.
46. Karahan A., Güven S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. Turkish Journal Of Geriatrics . 5(4), 155-159.
47. Kartal A., İnci H. (2007). Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Birlikte Yaşama Güçlüklerinin Belirlenmesi. 4. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara.
48. Kasuya, R.T., Polgar-Bailey, and Takeuchi, R. (2000) Caregiver Burden and Burnout. Postgraduate Medicine, 108(7), 119-123.
49. Kesioğlu P., Bilgiç N., Ve Ark.(2003). İzmir Çamdibi-1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarında Yetersizlik Ve Kronik Hastalık Prevalansı, Turkish Journal Of Geriatrics, 6(1) , 27-30.

50. Koç G. (2005). Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi.
51. Kuuppelomaki M., Sasaki A., ve Ark. (2004). Family Carers For Older Relatives Sources Of Satisfaction and Related Factors in Finland. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 497-505.
52. Mulatilo M., Taupau T., ve Ark. (2000). Teaching Families to be Caregivers for the Elderly. *Nursing and Health Sciences*, 2, 51-58.
53. Oğlak S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri Ve Bakım Sigortası. *Turkish Journal Of Geriatrics* 10(2), 100-108.
54. Özdamar, K. (2004). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, 4. Baskı, Eskişehir, Kaan Kitabevi.
55. Özdemir O. ve ark. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 56(4), 207-216.
56. Polat Ş. (2003). 60 Yaş Üstü Bireylere Bakım Veren Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. 2. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Antalya, 144.
57. Rahşan B., Oktay S. (2002). Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Ve Sunumu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, sayı:49.
58. Robinson M.K. (1997). Family Caregiving: Who Provides The Care, and at What Cost?. *Nursing Economics*, 15(5).
59. Sisk R.J. (1999). Caregiver Burden And Health Promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 37-43.

60. Sivrioğlu E., Y. (2004). Alzheimer Hastalarının Bakım Verenlerinde Sosyodemografik Özellikler ve Bakım Verme Biçiminin Depresyon Düzeyiyle İlişki. Yeni Symposium, Bursa. 42(2), 55-59.
61. Subaşı N.,Öztek Z. (2006). Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim:Evde Bakım Hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 5(1), 19-30.
62. Şahbaz M., Tel H. (2006). Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 9(2), 85-93.
63. Şanlı N., Tokyürek Ş. (2001). Yaşlıların Gençlerden Beklentileri. 1.Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Ankara, 310-317.
64. The World Health Report 1998 (1998). Life In The 21st Century.a vision for all report of the Director-General World Health Organization. Geneva.
65. Uğur Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi.
66. Üçku R., Ergin S. (1993). Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri, Aile ve Toplum Dergisi 3(1).
67. Vedhara, K., Shanks, N., Anderson, (2000). The Role of Stressors and Psychosocial Variables In The Stress Process: A Study of Chronic Caregiver Stress, Psychosomatic Medicine, 62, 374-385.
68. Yurdakul B. (2008). Nicel Araştırma Yöntemleri Semineri Ders Notları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu. İzmir.
69. Yüksel G., Varlıbaş F., ve Ark. (2007). Parkinson Hastalığında Bakıcı Yükü, Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi, Cilt 10, No 1-2.

70. Zarit, S.H., Zarit, J.M. (1990) The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview”, University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.

EK-1**YAŞLIYA EVDE BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Bu anket, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD'nda yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere yapılmaktadır.

Araştırmanın amacı ; yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü ve bakım yükünü etkileyen faktörleri belirlemektir.

Bu ankete verdiğiniz bilgiler araştırma amaçlı olup, kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmanın geçerliliği açısından cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Bu amaçla ayırdığınız zaman , ilgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Yük.Hem. Esra Koyuncu Yaşar
Ege Üniversitesi HYO
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
esrakoyuncu@gmail.com

Denek No:**Kolon Kod****Sosyo Demografik Bilgiler**

1. Cinsiyet
1. Kadın 2. Erkek
2. Kaç yaşındasınız?
3. Öğrenim durumunuz nedir?
 1. Okur-yazar değil
 2. Okur-yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
4. Medeni durumunuz nedir?
 1. Bekar
 2. Evli
 3. Dul
 4. Boşanmış/ayrı yaşıyor
5. Çocuğunuz var mı?
 1. Var 2. Yok
6. Para getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Evet ise yaptığınız işi açıkça belirtiniz.
 1. Evet.....
 2. Hayır
7. Mesleğiniz varsa belirtiniz... ..
8. Yaşanılan konutun tipi?.....
9. Konutun oda sayısı?.....

10. Bakım verdiğiniz yaşlının ayrı odası var mı?
1. Evet 2. Hayır
11. Bakım verdiğiniz yaşlı ile yakınlık dereceniz nedir?
1. Oğlu
2. Kızı
3. Gelini
4. Damadı
5. Torunu
6. Diğer.....
12. Uzun süren ve doktor tanısı konan bir hastalığınız var mı?
1. Evet 2. Hayır
13. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyor sunuz?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
14. Genel olarak uyku düzeniniz nasıl?
1. İyi 2.Orta 3.Kötü
15. Kaç ay/yıldır yaşlı ile birlikte oturuyorsunuz?.....
16. Yaşlı ile gün içerisinde geçirilen süre (24 saat)
17. Yaşlı bakımı dışında da sorumluluklarınız var mı?
- 1.Evet (belirtiniz.....) 2.Hayır
18. Sürekli yaptığınız belli bir uğraşınız var mı?
1. Var 2. Yok

B. Yaşlı Tanıtıcı Bilgiler

1. Yaşlının cinsiyeti
- 1.Kadın 2. Erkek
2. Yaşlının yaşı.....
3. Öğrenim durumu
1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar
3. İlkokul 4. Ortaokul
5. Lise 6. Üniversite
4. Medeni Durumu?
1. Hiç evlenmemiş 2. Evli 3.Dul 4.Boşanmış/ayrı yaşıyor
5. Sosyal güvencesi ?
- 1.yok 2. Emekli Sandığı 3. SSK 4. Bağ-kur 5. Yeşil kart
6. Mesleği ?
- 1.İşsiz 2. Emekli 3. Serbest Meslek 4.Çiftçi 5. Ev hanımı
7. Aylık geliri giderlerini karşılıyor mu?
- 1.Evet 2. Hayır 3. Kısmen
8. Uzun süren ve doktor tanısı aldığı bir hastalığı var mı?

1.Evet (Evet ise belirtiniz) 2. Hayır

9. Ne kadar süreden beri size bakım veren kişiyle beraber yaşıyor sunuz?.....

10. Size bakım veren bireyle yaşama nedeniniz nedir?.....

11. Hayatınızda önceden yaşadığınız yer (ev), mekan ve kişiler açısından hiç değişiklik oldu mu?

1. Evet (ise belirtiniz.....) 2. Hayır

EK-2

YAŞLININ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ BELİRLEME FORMU

1.Banyo yapabilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

2. Giyinme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

3. Tuvalet durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

4. Hareket durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

5. Kontinans durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

6. Beslenme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

ENSTÜRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

1. Telefon edebilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

2. Alış-veriş yapma durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

3.Yemek hazırlayabilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

4. Ev işlerini yapabilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

5. Çamaşır yıkayabilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

6. Ulaşım araçlarına binebilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

7. Kendi ilacını içebilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

8. Parasını idare edebilme durumu

1.Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

EK-3

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ(BURDEN INTERVIEW)

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken neler hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Siz de, yaşlı ile birlikte yaşayan ve dolayısıyla onların bakımında sorumluluk alan bir birey olarak bu konu ile ilgili hissettiklerini “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “oldukça sık” ve “hemen her zaman” sıklık ifadesi ile aşağıdaki soruları cevaplayarak lütfen belirtiniz.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Bakımda Yaşadıkları Sorunları Belirleme Formu

- 1.Evde yaşlıya bakım verirken ne gibi sorunlar yaşıyor sunuz?
- 2.Yaşlı bireyin bakımında sorunlardan hangilerinin üstesinden gelebiliyor sunuz?
- 3.Yaşlı bireyin bakımında hangilerinin üstesinden gelemiyor sunuz?
- 4.Yaşlı bireyin bakımında sorunlarla baş etmede neler yapıyor sunuz?
- 5.Bir hemşireden size bu konuda eğitim ve danışmanlık boyutunda danışmanlık vermesini ister misiniz?
 1. Evet (evet ise hangi konularda neler öğrenmek ister siniz?.....)
 - 2.Hayır

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1982 yılında Muğla'nın Ula ilçesinde doğdu. İlköğretim ve orta öğretimini Muğla'da tamamlamıştır. Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Lisans bölümünden 2005 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitime başlamıştır. 2005-2008 yılları arasında Ege Üniversitesi'nde hemşire olarak çalıştı. Halen Muğla Devlet Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.