

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ VE BUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BAHRİYE BUKET BALABAN

AĞUSTOS/2021

DENİZLİ

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ VE BUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BAHRİYE BUKET BALABAN
TEZ DANIŞMANI: DOÇ.DR.NURHAN MEYDAN ACIMIŞ

AĞUSTOS/2021

DENİZLİ

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğine beyan ederim.

Bahriye Buket BALABAN

ÖZET

EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BAHRİYE BUKET BALABAN

Yüksek Lisans Tezi ,Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi: Doç.Dr.Nurhan Meydan Acımiş

Ağustos 2021,51 sayfa

Giriş:

Amaç: Bu araştırma, Antalya ili Kaş ilçesinde herhangi bir sebepten yatağa bağımlı olarak (kronik hastalık, yaşlılık, ya da herhangi bir geçirimlik SVH sekeli vs...) sağlığını idame ettirmek durumunda olan, sağlık hizmetini yerinde alması zorunlu hale gelen ve bunu talep eden hastalara, primer bakım veren hasta yakınlarının bakım yüklerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmanın örneklemi 2019 yılı itibarıyla Antalya- Kaş ilçesindeki evde bakım alan bireylerin primer bakım vermekte olan hasta yakınları oluşturur. Örneklem hesabı yapılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Her katılımcı ,sosyodemografik özellikleri ve Zarit Bakım Yükü Ölçeği formu içeren bir anket formu doldurdu. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket program kullanılmıştır.

Bulgular:Bu çalışmada evde bakım hizmeti alan bireylere bakım verenlerin bakım yükü puanı, sosyo-demografik özelliklerine bakılmaksızın orta düzeyde bulunmuştur.

Tartışma-Sonuç: Bakım veren bireylerin bakım yükü puan ortalaması 47.52 ± 13.718 'dir ve sosyodemografik özelliklere bağlı olmaksızın tüm bireylerde orta düzey yük bulunmaktadır. Gelir düzeyi az olanlarla, sürekli ve dönüşümlü bakım vermenin bakım yükü ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi vardır.Ölçek puanları sınıflandırıldığında; %1,7'sinin bakım yükünü yok , %29'unun hafif düzey, %54,1'inin orta düzey ve %15,2'sininde ağır bakım yükü altında olduğu tespit edilmiştir. Uzun bir tedavi süreci, hastalığın tedavisinin sonuca ulaşmaması, tekrar eden ve uzun süren hastane yatışları, hasta ve ailesinin duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşamasına neden olmaktadır. Aile bütçesi ve ülke ekonomisine de önemli yükler getirmektedir. Ailede uzun süreli bakım verenler için en önemli destek kaynağı evde bakım ücretinin ödenmesidir. Evde bakım ücretinin varlığı ve bu bakım ücretinin nasıl alınacağı konusunda evde bakım veren bireyler bilgilendirilebilir. Bakım ücreti şartları daha geniş kapsamlı olmalı ve daha çok bakım veren bireye ulaşması sağlanabilir. Bakım verme aylıkları bireyin tedavi masrafları ve ailenin ekonomik durumuna göre hesap edilerek, ödenecek miktarların kişiye özgü belirlenmesi sağlanabilir. Bakım verme sürecinde asıl sorumluluk alan bireylerin aile ve arkadaş ilişkileri ya da sosyal faaliyetlerinden fedakarlıkta bulundukları görülmektedir. Yanı sıra bu bireyler kendilerine boş zaman ayıramamaktadırlar. Dolayısıyla bireylerin kendilerini yalnız hissetme ihtimalleri artmaktadır. Mevcut bulunan gündüz bakım evlerinin sadece yaşlılara yönelik olmaması her yaşta bakıma muhtaç bireye hizmet edecek şekilde yeniden düzenlenmesi ve sayılarının artması sağlanabilir ve bu sayede bakım veren bireylerin yükü azaltılabilir. Aile bireyleri günlük bakımda ihtiyaç sahibine destek olabilecek; yerel yönetim, kamu, özel kuruluş imkanları ve sivil toplum ağı ile kuşatılmalı ve desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Yükü, Bakım Verici, Evde Bakım Hizmeti

ABSTRACT

CARE LOAD OF RELATIVES OF PATIENTS IN HOME CARE AND AFFECTING FACTORS

Bahriye Buket BALABAN

Master's Thesis, Department Of Public Health

Thesis Advisor: Doç.Dr.Nurhan MEYDAN ACIMIŞ

August 2021, 51 Page

Purpose: This research is aimed at patients who are bedridden for any reason (chronic illness, old age, or any sequelae of LVH, etc.) in Antalya province Kaş District, who have to maintain their health, who have become obligated to receive health services on site and who demand it. It was planned to determine the care burden of primary care patient relatives and the factors affecting it.

Method: It is a cross-sectional descriptive study. The sample of the study consists of the relatives of the patients who provide primary care of the individuals who receive home care in Antalya-Kaş district as of 2019. It is aimed to reach the entire universe without making a sample calculation. Each participant filled out a questionnaire including sociodemographic characteristics and Zarit Care Burden Scale form. SPSS 17.0 package program was used in the statistical analysis of the data.

Results: In this study, the caregiver burden score of the individuals receiving home care service was found to be moderate regardless of their socio-demographic characteristics.

Discussion-Conclusion: The mean care burden score of caregivers is $47.52 \pm 13,718$ and all individuals have a moderate burden regardless of sociodemographic characteristics. There is a statistically significant relationship between the caregiver and the burden of care for those with low income levels. When the scale scores are classified; It was determined that 1.7% had no care burden, 29% had a light level, 54.1% had a moderate care burden, and 15.2% had a heavy care burden. A long treatment process, ineffective treatment of the disease, repeated and long hospitalizations cause emotional, social and economic losses to the patient and his family. It also imposes significant burdens on the family budget and the country's economy. The most important source of support for long-term caregivers in the family is the payment of the home care fee. Individuals who provide home care can be informed about the existence of home care fee and how this care fee will be collected. Care fee conditions should be more comprehensive and it can be ensured that it reaches more caregivers. Caregiving pensions can be calculated according to the treatment costs of the individual and the economic situation of the family, and the amount to be paid can be determined individually. It is seen that individuals who take the main responsibility in the caregiving process sacrifice their family and friend relations or social activities. In addition, these individuals cannot spare time for themselves. Therefore, individuals are more likely to feel lonely. The existing day care homes are not only for the elderly, but they can be rearranged to serve people in need of care from all ages, and their number can be increased, thus reducing the burden of caregivers. Family members will be able to support the needy in daily care; local government should be surrounded and supported by public and private organization opportunities and a non-governmental network.

Keywords: Caregiver Burden, Caregiver, Home Care Service

TEŞEKKÜRLER

Bilgi ve deneyimi ile tezimi oluşturma sürecinde her türlü desteği sağlayan danışman hocam Doç.Dr.Nurhan MEYDAN ACIMIŞ'a

Öğrenim sürecim ve devamında her zaman bilgi ve tecrübeleri ile yanımda olan hocalarım Prof.Dr.Ahmet ERGİN ve Doç.Dr.Özgür SEVİNÇ'e

Hastalara ulaşmam konusunda desteği ve önerileri için Kaş Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi ekibine

Bu yola çıkmam için beni destekleyen ve bu güne kadar her koşulda başarılı olacağıma inancı tam olan ve her koşulda yanımda olduklarını hissettiğim annem,babam, sevgili yol arkadaşım Mehmet Can ORAKCAL ve arkadaşlarım Sevcan GÖKER ,Mehtap BASTEM'e ve Hande KAYPAK'a

Zor şartlar altında bir süreçten geçtikleri halde çalışmaya katılım gösteren tüm bakım verenlere

Teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	3
ABSTRACT.....	4
TEŞEKKÜRLER.....	5
İÇİNDEKİLER.....	6
1.Giriş.....	8
1.1Amaç.....	9
2.Genel Bilgiler.....	10
2.1.Evde Bakımın Tanımı Ve Tarihsel Süreci.....	11
2.2.Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri.....	13
2.3.Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	15
2.3.1.Kapsama Göre Sınıflandırma.....	15
2.3.1.1.Evde Sağlık Hizmetleri.....	15
2.3.1.2.Evde Sosyal Destek Hizmetleri.....	15
2.3.2.Süreye Göre Sınıflandırma.....	15
2.3.2.1.Kısa Süreli.....	15
2.3.2.2.Uzun Süreli.....	15
2.3.3.Evde Bakım Hizmeti Veren Kişiye Göre Sınıflandırma.....	15
2.3.3.1.Farklı Meslek Gruplarına Gore Alanında Uzman Kişiler Kişiler (Formal Care).....	15
2.3.3.2.Aile Üyelerinin Verdiği(İnformal Care).....	16
3.Bakım Verme, Bakım Yüğü Ve Yüğü Etkileyen Faktörler.....	16
3.1.Bakım Verme.....	16

3.2.Bakim Veren Yüğü(Bakim Yüğü).....	17
3.2.1.Nesnel Yüğü(Objektif Yüğü).....	17
3.2.2.Öznel Yüğü(Subjektif Yüğü).....	18
3.3.Bakim Yüğüünün Boyutları.....	19
3.3.1. Direk Bakımla İlgili İşler.....	21
3.3.2.Direk Bakımla İlgili Olmayan İşler.....	21
3.3.3.Hastanın Duygusal İhtiyaçları İle Uğraşmak.....	21
3.3.4.Diğer Yaşam Rollerinde Bakım Vermenin Sonuçları.....	21
3.4.Bakim Veren Yüğüünü Etkileyen Faktörler.....	21
3.4.1. Bakım Verene Ait Faktörler.....	21
3.4.1.1.Fiziksel Problemler.....	22
3.4.1.2.Psikolojik Güçlükler.....	22
3.4.1.3.Sosyal Ve Ekonomik Güçlükler.....	22
3.4.2. Hastaya Ait Faktörler.....	24
3.5.Bakım Verici Gereksinimlerini Başarılı Bir Şekilde Değerlendirmenin 5 Elementi.....	24
3.6.Bakim Yüğüünün Azaltılmasına Hemşirenin Rolü.....	25
3.6.1.Aile Üyelerinin Yaşının Tıbbi Durmunu Anlaması.....	25
3.6.2.Toplum Hizmetlerini Kullanma.....	25
3.6.3.Uzun Sureli Bakım Sağlama.....	25
4.Gereç Ve Yöntemler.....	25
4.1.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	25
4.2.Araştırmanın Örneklemi.....	26
4.3.Verı Toplama Araçları.....	26
4.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	26
4.5.Verı Analizleri.....	29

4.4.Etik Onay.....	29
5.Verilerin Toplanması Ve Değerlendirilmesi.....	30
5.1.Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı(Zarit Caregiver Burden Scale).....	30
6.Bulgular.....	30
7.Tartışma.....	38
8.Sonuç Ve Öneriler.....	41
9.Kaynaklar.....	42
10.Özgeçmiş.....	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

1.Şekil/1- Bakım Verme Yüğü'nün İlişkişli Olduğı Faktörler.....	18
2.Şekil/2- Aile Sistemi.....	20

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikler.....	30
Tablo2. Bakım Veren Katılımcıların Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Normal Dağılımı.....	32
Tablo3. Bakım yüğü ölçeğı puan ortalaması.....	33
Tablo4. bakım yüğü ölçeğı puan yüzdeleri.....	34
Tablo5. Demografik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo6. Bakım Yüğü'nü Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi.....	37
Tablo7. Bakım Yüğü Ölçeğı Dağılım Durumları.....	37
Tablo8. Bakım Yüğü Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikler Ve Güvenirlik Analizi.....	38

EKLER

Ek.1.Etik Kurul Onay Formu.....	49
Ek.2.Çalışma İzni.....	50

1.GİRİŞ

Bakım verme zorluğu; yaşlılık, kronik hastalık ya da yetersizlik sebebiyle aile üyesine; bakım veren kişinin zorluk yaşaması, stres ve baskı altında hissetmesi olarak tanımlanabilir⁽¹⁾Primer bakım verici, hastanın gündelik ve sosyal yaşamında önemli bir konumdadır. Bu sebeble bakım verme sorumlulukları arttıkça bakım sunma-bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluk olabilmektedir.⁽²⁾

Karşılanmamış pek çok gereksinimi olan ya da yük yaşayan bir bakım veren, hastasına bakım verme gibi rolleri de içeren fonksiyonlarını yerine getirmekte güçlük yaşamaktadır. Bakım verenler evde bakımın en önemli bileşeni olduğu için bakım verenin üzerindeki yükün büyük olması evde bakım verme desteğinin tehlikeye girmesine neden olmaktadır.⁽³⁾ TÜİK Aile Yapısı Araştırması 2016 sonuçlarına göre bireylerin kendilerine bakamayacak kadar yaşlandıklarında nasıl yaşamayı düşündükleri sorulduğunda; bireylerin %37,6'sı yaşlandıklarında çocuklarının yanında kalmayı istediklerini belirtmiştir.⁽⁴⁾ Bu durum bize bakım vermenin toplumumuzda geleneksel bir sorumluluk olduğunu göstermektedir.

Bu yükün tespit edilmesi ve çözüm önerilerinin getirilmesi bakım verenlerin ve bakım alanların gereksinimlerinin karşılanmasını ve bu kişilerin yaşam kalitesini arttıracaktır.⁽²⁾ Yapılan farklı bilimsel araştırmalar; evde bakım hizmeti alan bireylerin yalnızca yaşlılar olmadığını, her yaş grubunda engellilik, kronik bir hastalık sekeli vs.. gibi özel durumlar sonrasında yatarak özel bakıma muhtaç olabildiklerini göstermektedir. Bu hastalar, her gün bir aile yakını yardımı ile hayatı idame ettirdiği gibi, özel ücretli profesyonel bakım veren kişilerin desteği ya da kamuda yetkin sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmeti ile hayatta kalabilmeye ihtiyaç göstermektedir.

Primer bakım kişilere erişimi hedeflenmiştir. Tanım olarak; hastalık ile baş etme ya da fiziksel bakımda yardım eden bireydir(Given ve ark 1992), diğer bir tanımla ise; herhangi bir ücret ödemeksizin kronik hastalığı olan bireye fiziksel psikolojik ve sosyo ekonomik destek sağlayan bireydir(Archbold ve ark 1990)

Bu araştırma, Antalya Kaş İlçesinde herhangi bir sebepten yatağa bağımlı olarak (kronik hastalık, yaşlılık, ya da herhangi bir geçirimlik SVH sekeli vs...) sağlığını iademe ettirmek durumunda olan, sağlık hizmetini yerinde alması zorunlu hale gelen ve bunu talep eden hastalara, primer bakım veren hasta yakınlarının bakım yüklerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır.

1.1.AMAÇ

Bu araştırma, Antalya ili Kaş İlçesinde herhangi bir sebepten yatağa bağımlı olarak (kronik hastalık, yaşlılık, ya da herhangi bir geçirimlik SVH sekeli vs...) sağlığını idame ettirmek durumunda olan, sağlık hizmetini yerinde alması zorunlu hale gelen ve bunu talep eden hastalara, primer bakım veren hasta yakınlarının bakım yüklerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Yaşlanma tüm zamanlarda meydana gelen doğal ve kaçınılmaz bir süreçtir.Yaşlanma ve buna bağlı ortaya çıkan kronik hastalıklar nedeni ile bireyler bakımlarını kendileri karşılayamadığı için, bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Bakıma gereksinim duyan yaşlılara bakım iki başlık altında verilmektedir. Bunlardan ilki resmi ve özel kurumlar tarafından verilen formal bakımdır, ikincisi ise kendi evinde yada yaşlının evinde aile , yakın akraba, komşu ya da arkadaşları tarafından verilen informal bakımdır. İnformal bakım verme, verilen bakım için ücret alınmadan , kişisel yakınlık duyulan bireye verilen bakımdır.(32)

İnformal bakım veren haline gelmeyi kişi kendisi seçemez ve önceden planlayamaz. Bu nedenle bakım verenin uyumu, durum ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmektedir. Bu rol bakım gerektiren hastalığın gidişatı ile belirlenmekte ve ağırlaşabilmektedir.(33)

Bakım verme sorumluluğunun üstlenilmesinde ve sonuçlarına katlanılmasında önemli olan faktörler aşağıdaki olduğu gibi sıralanabilir:

- Duygusal bağımlılık,empati ve sevmek gibi başkalarını düşünmeyi gerektiren nedenler
- Bakım vermeye dahil olmadığında ortaya çıkabilecek suçluluk duygusunu önleme isteği
- Bakım verenin ailenin yaşadıklarına duyarlı olunmasına ilişkin değer yargısı
- Şimdi bakım alana geçmişte yaptıklarına karşılık , borçlu hissetme duygusu ya da yardım ile borçlarını ödeme isteği
- Bakım alanın hasta rolünde olması nedeniyle gereksinimlerini karşılayamacağı inancı,aile dayanışması, evlat olma sorumluluğu gibi toplumsal değerler

Nedenleri ile bakım sorumluluğu yüklenilir.(34)

Bakım vermenin fiziksel sağlık üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarda , bakım verenlerin bakım verme rollerini ne zamandır üstlendiklerinin önemli olduğunu vurgulanmıştır. Bakım verenlerin, bakım verme süreleri ile orantılı olarak yaşadıkları yükün arttığı belirtilmiştir. (35)

Geçmişte yapılan araştırmalar, bakım verenin cinsiyetinin kadın olması, düşük eğitim düzeyi, bakım alıcısı ile birlikte yaşama, maddi zorluklar ve bakıcı rolü üstlenmenin seçilememesi gibi bakıcı rolünün risk faktörlerine ışık tutmuştur. Düşük derecede yüke sahip bakıcılar yüksek derecede memnuniyet yaşarken ,yüksek derecede yüke sahip olanlar düşük memnuniyet yaşamaktadır. Yaşam doyumu ile yük arasında ters bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Bakım verenler, bakım süresi ve boyunca olumlu sonuçlarda yaşayabilirler. Algılanan kazanç veya ödöl , tatmin veya benlik saygısında artış, bakım verme ilişkisinin olumlu etkilerindendir.(5)

Bakım gereksinimi olan yaşlının rahatsız edici davranışlarının varlığı bakım verende yorgunluğa ve anksiyeteye yol açabilmektedir. Bakım veren yükünün dört bileşeni rahatsız edici davranışlarla ilgili olabilir. Bunlar; olumsuz aile ilişkileri, bakım verenin aktivitelerinin kısıtlanması, bakım verenin sağlığında azalma ve depresyondur.(36)

2.1.EVDE BAKIMIN TANIMI VE TARİHSEL SÜRECİ

Evde bakım ,alanında uzmanlaşmış bir kişinin, hastaya ve ailesine , yaşadıkları ortam içerisinde yardım sağlamasıdır. Yaşanılan ortamda sunulan yardım; sosyal, duygusal, bilişsel ve tıbbi ihtiyaçlar üzerine yoğunlaşmaktadır.Evde bakım ile çocuklardan yaşlılara kadar evde bulunan her bireye hizmet sunmak amaçlanmaktadır.(37)

Evde bakım hizmetleri; bakıma ihtiyaç duyan tüm bireyleri yaşadıkları yerde destekleyerek , sosyal yaşama adapte olabilmelerini sağlamak,hayatlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal adaptasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma ihtiyaç duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için bireye ve ailesine sunulan psiko-sosyal , fizyolojik, tıbbi destek ve sosyal hizmetleri içermektedir.(38)

Evde sağlık hizmetleri kısmi olarak evde bakım hizmetlerini içeriyor olsada büyük oranda tıbbi bir hizmettir.Yaşlı, kronik hastalığı mevcut, engelli olan veya uzun süreli bakım verilen hastaların, yaşadıkları ortamda hayatlarını devam ettirebilmeleri için, sağlık ve bakım hizmeti verilmesi için gerçekleştirilen hizmetlerin evde bakım hizmeti kısmını Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yürütmektedir. Bireylerin beslenme, kişisel bakım gibi günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi ve engelinin türüne göre fiziksel ortam düzenlemeleri evde bakım hizmetleri kapsamındadır.Evde Sağlık Hizmeti kapsamında ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı evde sağlık birimleri ve profesyonel sağlık ekiplerinin sunduğu çeşitli sağlık hizmetleri

bulunmaktadır. Bu hizmetler; hemşirelik hizmetleri, fizyoterapi, psikolojik destek, enteral yoldan beslenme, ilaç uygulaması gibi benzer diğer sağlık hizmetleridir.(39)

Evde bakım yeni bir kavram değildir. 1700lü yılların sonunda İngiltere’de ardından ABD ‘de ortaya çıkmıştır. Bu hizmet, yeni doğandan yaşlılığa kadar her yaş grubuna sunulmaktadır. (6)

Evde sağlık hizmetlerinin geçmişi Hitit ve Roma dönemine kadar ulaşmaktadır. O tarihlerde doğumun, evde yada ev dışında bir yerde yapılmasına ait kayıtlar olduğu söylenmektedir. (40)

Orta Çağ Avrupası’nda ise evde bakım, hastalıkların başka bireylere bulaşmasını engellemek amacıyla uygulanmıştır. Ancak buradaki amaç tedaviden çok hastayı diğer bireylerden kısıtlayarak korumayı içermektedir.(41)

Amerika ‘da evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş 1796 yılında kurulan Boston Dispanseridir.(42)

Evde bakım hizmetlerinin ilk resmi girişimleri 19. Yüzyıla kadar dayanmaktadır. 20.yüzyıl İngiltere’inde eğitimli ev ziyaretçileri ile bakım ihtiyacı giderilmeye çalışılmıştır.Bu hizmet modeli kiliselerin himayesinde ve gönüllü kişiler aracılığıyla uzun yıllar devam etmiştir. Evde bakım hizmetlerinin kayıtlı ilk resmi temsilcisi Willam Rathbone , yoksul hastalar için evde bakım hizmetleri birimini kurmuştur. Evde bakım hizmeti veren ilk isimler arasında Mary Robinson, Florence Nightingale ve Lillian Wald da bulunmaktadır. Florance Nightingle ,evde bakım hizmetlerinin profesyonel anlamda gelişmesinde en önemli isimlerdendir. (7) 1893 yılında New York’ta kullanılmaya başlayan ‘Henry Street Nursing Settlement’ , organize toplum sağlığı hemşireliğinin ilk uygulamalarındandır.(8)

Halk sağlığı hizmetleri sunan hemşirelik kurumlarının gelişimleri 1909 yılında Evde bakım hizmetleri için bir dönüm noktası yaşanmıştır. ABD ‘de Metropolitan Yaşam Sigortası Şirketi , evlere yapılan Halk Sağlığı Hizmeti vizitlerini ödeme kapsamına almıştır.(8)

New York’taki Montefiore Hastanesi , Evde Bakım Birimi’ni kurarak hastane destekli evde bakım uygulamalarının ilkinin gerçekleştirmiştir. (8)

Yirminci yüzyılın ortalarına doğru yaklaşırken, modern tıbbın , sağlık kurumlarının gelişmesi ile birlikte daha önceleri aile bireyleri, hastabakıcıları hemşireler tarafından sunulan bakım hizmetleri hastanelere ve kurumlara doğru bir yönelmeye başlamıştır.Ancak, adı geçen kurumların kapasiteleri kronik hastalıkları olan bireyler için yetmemeye başladığında ,evde bakım hizmetleri yeniden güncel ve gündemde bir konu olmuştur. Bu gün ise evde bakım hizmetleri çok geniş bir alanda değerlendirilmektedir. (9)

2.2.TÜRKİYE’DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

1930 yılında çıkarılmış olan Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile bulaşıcı hastalıkların evde tanısı ve tedavisi, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi hükümleri getirilmiştir. Bu kanun ülkemizdeki ilk yasal düzenlemedir. Türkiye’de evde sağlık hizmeti 1946 yılından itibaren doktor, ebe, hemşire ve sağlık memurundan oluşan bir ekibin, belirli zamanlarda köyleri ve gerektiğinde evleri gezmesi şeklinde hedeflenmiştir.(40)

Cumhuriyet dönemine gelindiğinde korunmaya ve bakıma muhtaç yaşlılara yönelik yapılan hizmetler kanunlarla koruma altına alınmıştır ve şöyle sıralanmıştır. Medeni kanun ve 1580 sayılı Belediyeler Kanunu, 5434 sayılı Emekli Sandığı , 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu , 1479 sayılı Bağ-kur kanunu , 1005 sayılı kanun ve 202 sayılı kanun. 1978 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, evde yaşlı bakım hizmetleri ile ilgili olan Konya’da bir projeye başlamıştır. Sonuçlar istenilen gibi olmadığından projeye devam edilmemiştir. (10)

1953 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ‘evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi , ana çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi’ maddelerini getirmiştir.1961’de çıkarılan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ile ‘Süregen hastalıklı bireylerin , evde izlemlerinin halk sağlığı hemşirelerince sürdürülmesi’ hükmü getirilmiştir.1963 yılında birinci beş yıllık kalkınma planında nüfusun az bir kısmının faydalandığı ve yüksek maliyetli hastane tedavileri yerine evden ve ayaktan tedaviye yönelik bir sağlık teşkilatı kurulması gerektiği bildirilmiştir. (7)

1993 yılına gelindiğinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından İstanbul, Ankara, İzmir ve Adana illerinde uygulanmış ; fakat bu uygulamadan yeterli ve etkili sonuç alınamadığı için, yaygın hale gelmemiştir.(43)

Sağlık Bakanlığı tarafından 10 mart 2005 tarihinde uygulamaya konulan 25.751 sayılı ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ ülkemizde evde bakım konusundaki ilk yasal düzenleme olduğu için önemlidir.Bu yönetmelik evde bakım hizmeti verecek sağlık kurum ve kuruluşların kurulması, çalışması ve denetlenmesi ile bu kurum ve kuruluşların uyması gereken usul ve esasları düzenlemek amacıyla oluşturulmuştur.(44)

Evde bakım hizmetlerinin tanımlaması; 10 mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri’ni Sunumu Yönetmeliği’ nde yapılmıştır. Bu yönetmelik Evde Bakım Hizmetleri ; doktorların önerisiyle hastalara, aileleri ile yaşadıkları ortamda , sağlık ekiplerince rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini giderecek şekilde sağlık bakımı ve hizmetlerinin sunulması şeklindedir. (7)

Özel sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmeti sunabilmesi için yönetmeliğin uygulamaya konulmasından sonra; 'Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge' yürürlüğe konulmuştur. Bu yönergenin amacı' evde sağlık sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının hastanın yaşadığı ortamda sağlanması bu kişilere ve ailelere sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin birlikte verilmesi için, Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin temel fiziki donanımı ve araç, gereç, personel standartlarının, ilgili personelin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi; iletişim , randevu, kayıt ve takip sisteminin tamamlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışına uygun bir şekilde uygulanmasını sağlamak' olarak belirtilmiştir.(45)

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan 29.280 sayılı ' Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlar tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik' 27 Şubat 2015 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğin amacı 'ihtiyacı olan bireylerin muayene , tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının yaşadığı ortamda yapılması ve bakıma ihtiyacı olan kişilerle ailesine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından verilecek olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek' şeklindedir.(46)

Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25 Nisan 2017 tarihli ve 'Evde Bakım Hizmetleri' konulu resmi yazısında vurgulandığı gibi daha önce Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun Başkanlığı'nda yürütülen evde sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamalarının koordinasyonunu; Bakan onayı ile birlikte Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na devredilmiştir. Bu onay ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı evde sağlık hizmetleri birimlerinde görevli personellerin, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na aktarılmasına karar verilmiştir.(47)

Gelişmiş ülkeler ekonomik ve sosyal nedenlerden dolayı bakım yükünün üstesinden gelmenin zorlaşacağını düşündüklerinden sigortası için ailenin desteklenmesini amaçlayan bir bakımın yasal düzenlemelerini yapmışlardır. Almanya, Avusturya, Hollanda, İsrail ve Japonya'da sosyal güvenlik sistemi ile "bakım sigortası" uygulamaları bulunmaktadır. Yanısıra sosyal hizmet uygulamalarının içinde İngiltere, İsveç, Norveç, Almanya ve Hollanda'da Devlet bakıcı aileleri destekleyen programlar kurmuştur. Ülkemizde bakım hizmetlerinin yetersizliği ve bakım hizmetlerini veren kuruluşlar maddi açıdan ek maliyet meydana

getirdikleri için yaşı, engelli ve ya kronik hastaların bakımı büyük oranda aile üyeleri ve/veya gönüllü bakıcılar tarafından üstlenilmiştir. (11)

2.3.EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sınıflandırma kapsama,süreye ve bakım hizmeti veren kişiye göre yapılabilir.

2.3.1.Kapsama Göre Sınıflandırma:

Kendi içerisinde iki alt başlık olarak incelenir.

2.3.1.1.Evde Sağlık Hizmetleri(ESH): Akut ve kronik hastalık durumlarında, taburculuk sonrasında sağlanan hekimlik ve hemşirelik hizmetleri , fizyoterapi, tıbbi cihaz ve malzeme hizmetleri, ilaçların eve götürülmesi ve psikolojik destek hizmetleri olarak sıralanabilir. Amaç kişinin kötüye giden sağlığını düzeltmek, kişiyi iyileştirmek ve hastane yatışlarını azaltmaktır.(43)

2.3.1.2.Evde Sosyal Destek Hizmetleri: Kronik hastalığı olan yaşlıların ve engellilerin yaşadıkları ortamda sosyal ihtiyaçlarının karşılandığı hizmetlerdir.Transfer, ulaşım , bireysel bakım, ev temizliği, hemşirelik hizmetleri , yardımcı sağlık hizmetleri, gece/gündüz bakım, beslenme, ev işlerinde yardım , ev düzeninin kişiye uygun hale getirme, sosyal yardım sağlama ve danışmanlık hizmetleri bu kapsamdaki hizmetlerden bazılarıdır. (40)

2.3.2.Süreye Göre Sınıflandırma:

Kendi içerisinde iki alt başlık olarak incelenir.

2.3.2.1.Kısa süreli: Taburculuk sonrası dönemde bireye verilen bakımdır. Bu hizmet en fazla 30 gün süreyle verilebilir. Kısa süreli bakım hizmetleri ile; tıbbi tedavi ve rehabilitasyon gibi bireyin mümkün olan en kısa sürede yeniden sağlığına kavuşması, eğitim ve danışmanlık verilerek ailesine ve kendisine sağlık problemleri ile başa çıkabileceği temel becerilerin kazandırılması amaçlanmaktadır.

2.3.2.2.Uzun süreli: Hem tıbbi hem sosyal bakımı içermesinden dolayı süresi 6 aydan uzundur ve sosyal bakım ağırlıktadır. Uzun süreli bakım hizmetleri ile, bakım hizmetlerine daima ihtiyacı olan; kronik hastalığı olanların , yaşlıların ve engellilerin sağlığını korumak ve bu kişilere mümkün olduğunca bağımsız yaşayabilecekleri eğitim ve becerileri kazandırmak amaçlanmaktadır.(40)

2.3.3.Evde Bakım Hizmeti Veren Kişiye Göre Sınıflandırma:

Kendi içerisinde iki alt başlık olarak incelenir.

2.3.3.1.Farklı Meslek Gruplarına Gore Alanında Uzman Kişiler (Formal Care): Hemşirelik hizmetleri yanında psikolojik ve sosyal destek,fizik tedavi, beslenme hizmetleri,diğer sağlık hizmetleri ile ev işlerine yardım ve danışmanlık hizmetlerini içeren bakım çeşididir.(48,49)

2.3.3.2.Aile üyelerinin verdiği (İnformal Care): Hem ülkemizde hem de dünya da evde bakımı daha çok aileler üstlenmektedir. (40) Aile üyelerinin verdiği bakım, ilaçların zamanında verilmesi, hastanın takibi, tedavisi gibi sağlık bakımı; hastanın giyinme, beslenme, yıkanma, tuvalet gibi kişisel bakımı, maddi destek, alışveriş, ev işlerini yapma ve hasta ile beraber yaşama gibi çok bir alana sahiptir.(48,49)

3.BAKIM VERME, BAKIM YÜKÜ VE YÜKÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

3.1.BAKIM VERME

Bakım kelimesinin Türkçe'deki anlamı; 'bir şeyin gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek' olarak kullanıldığı zaman anlam içeriği genişler. Bir başka ifadeyle bakım veren kişi ile bakıma ihtiyaç duyan kişi arasında ters bir güç ilişkisi vardır. Bu ters ilişkiye rağmen , bakıma ihtiyaç duyan kişi değer verdiklerini, bedenini ,sağlığını,en güçsüz ve en mahrem yönlerini bakım sorumluluğunu üstlenen kişiye emanet eder. Bakım ilişkisi, asimetrik bir güç ilişkisi fakat güvene dayalı bir ilişkidir.(12)

Bakım kavramının, 'insanların temel ihtiyaçlarının giderilmesine, kabiliyetlerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve asgari düzeyde işlev görebilmek için olabildiğince acıdan uzak hayatlarını devam ettirmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şey' olarak tanımlı yapılmaktadır. (13)

Bakım verme sadece bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp duygusal destek , fiziksel veya maddi destek vermeyi de içerisine alır. Diğer yardım çeşitleri ise , sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme , rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme), kişisel bakım (kişisel hijyen, beslenme , tuvalete ihtiyacı, giyinme), ulaşım ,alışveriş ,küçük ev işlerini yapma ,para yönetimi maddi yardım ve aynı evi paylaşma olarak sayılabilir.(14)

Bakım verme eylemini,her zaman gönüllü ya da bakım vermeye en uygun kişiler gerçekleştirmeyebilir. (52) Genellikle toplumsal roller ve kültürel özellikler bakım vericilerin bakım verme sorumluluğunu üstlenmesinde etkili olmaktadır.Bazende kişilerin inançları , değerleri, aile içindeki rollerin paylaşımı, ait oldukları toplumun kültürel yapısı ve değer yargıları bakım verme algısı üzerinde etkilidir.(53)

Kronik hastalığı olan bireye bakım verme kişilere stres kaynağıdır. Uzun hastalık süreci ve hastalığa bağlı meydana gelen semptomlar bakım vericinin uyumunu gerektirir. Bakım

verme sürecinin uzaması bakım vericilerde strese neden olur. Hasta bireyin fiziksel ve zihinsel durumu , aile içi roller, çevre ve iş ortamı stresörlerdir. (54)

3.2.BAKIM VEREN YÜKÜ (BAKIM YÜKÜ)

Bakım veren yükü kavramı, ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından tanımlanmıştır. Bakım verme sırasında bakım veren bireyde oluşan fiziksel ve psikolojik etkiler “yük” olarak tanımlanan durumun ortaya çıkmasına neden olduğu ifade edilmiştir. (15)

Başka bir tanımla ise bireyin bakımından kaynaklanan negatif değerlendirme ve strese çok boyutlu bir tepki olarak tanımlanmaktadır.(17)

Bakım veren yükünün içeriğinde ; bakıma bağlı fiziksel , psikolojik ,duygusal, ilişkisel, sosyal ve mali sorunlar vardır. (16)

Bakım yükü ,bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, duygusal ve fonksiyonel sağlığını tehdit etmektedir. Sürekli olarak bakım verenlerden kaynaklanan fiziksel bitkinlik ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyetede artış nedenlerindendir..(17)

Bakım verme yükü, ‘bakıcıya gözle görülür ve algılanan maliyetlerle sonuçlanan’ bakım verme sonuçlarını ifade eder. Bunlar ; duygusal,sosyal,kişiler arası ilişkiler,fiziksel ve mali sonuçlardır. Bakım verenlerin ,endişe, belirsizlik ve ezici görevleri bildirmesiyle duygusal;aile ve çalışma yükümlülüklerine müdahale eden taleplerle sosyal; ilişkilerde gerginliğe neden olan üzücü alıcı davranışları ile kişiler arası ilişkiler; rahatsız edici uyku ve yorgunluk yaşayan bakıcılar ile fiziksel ve bakıma yardımcı cihazlar alma ve bakım verme sürecinde işini kaybetme ile mali sonuçlar olarak tanımlanabilir.Dolayısıyla yük çok boyutludur ve bakım verme değerlendirmelerinde algılanan olumsuz sonuçları yansıtır. Faydaları algılayan bakıcılar daha iyi zihinsel ve fiziksel sağlıklara sahiptirler ve görevlerini yük hissedenlere göre daha uzun süre sürdürebilirler.(16)

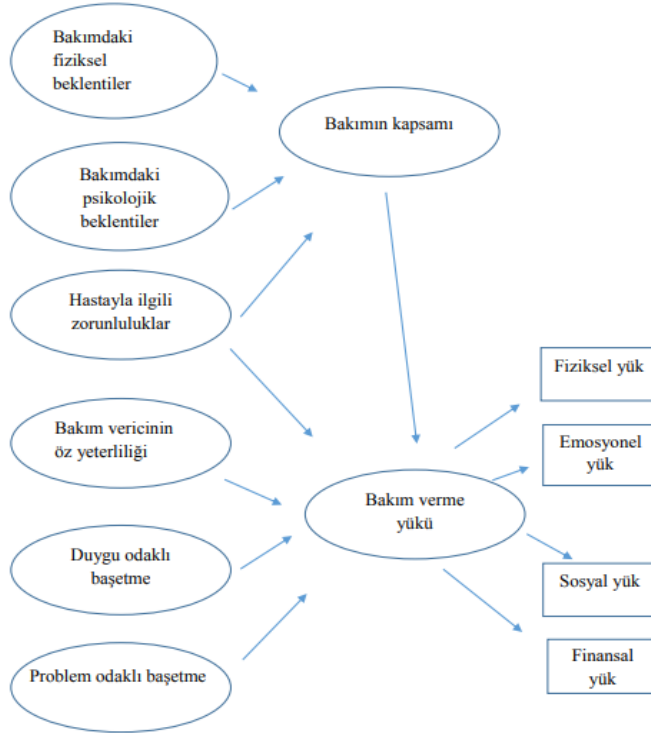
Bakım verme çok boyutlu algılanan bir deneyimdir. Bu deneyim kişisel gelişimin yanı sıra yakın ilişkilerin gelişmesi, başka bireylerden sosyal destek alma, doyum sağlama, kendine saygı duyma gibi olumlu bir takım özellikler sağladığı gibi, çok sayıda güçlüğün yaşanmasına neden olabilmektedir.(7)

Yük kavramı, bakım verenler ve araştırmacılar tarafından farklı algılanabilir. Öncelikle hasta yakınlarıyla görüşmede bu ifade bakım verilen kişinin reddi olarak algılanabilmektedir. Bakım veren kişiler bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilir ve çaresiz , suçluluk , öfke, korku, sosyal yalıtım gibi duygular yaşayabilirler.(3)

Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünün iki boyutu olduğu belirtmişlerdir. Bunlar nesnel ve öznel yük çeşitleridir.

3.2.1.Nesnel Yük (Subjektif Yük) : Bakım veren kişinin , hastanın ihtiyaçlarını gidermek için gösterdiği çaba ve harcanan zaman olarak ifade edilir.(3) Kişinin öznel yüküyle uğraşırken yaşadığı sıkıntılardır. Bazı araştırmacılar subjektif yükü, bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumu ve duygusal tepkiler olarak ifade etmiştir. Öznel bakım yükü, bakım verenin içinde bulunduğu duruma kendi içinde verdiği duygusal tepkilerdir. Bunlar stres, suçluluk, kaygı vb. duygular olabilir.(18)

3.2.2.Öznel Yük (Objektif Yük): Bakım verenin nesnel yüküyle ilgilenirken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Genellikle hissedilen bu duygular üzüntü, sıkıntı, utanma, suçluluk duygusu gibi yanıtlardır.(3) Somut olup, bakım verenin fiziksel hastalığı ve sıkıntılarla ilişkilidir. Bu, bakım vericinin tüm işleri (yardım, kontrol, ödemeler vb.), deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı aktivitelerini (hobiler, kariyer, meslek) kapsamaktadır. Objektif yük boyutları; bakım verilen bireyin maddi ihtiyaçları, ailedüzeninin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, ailede bulunan diğer üyelerin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, sosyal aktivitelerin yapılamaması, çalışma hayatının etkilenmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanabilir .(19)



Şekil/1(Bakım Verme Yükünün İlişkili Olduğu Faktörler) (55)

Sağlık çalışanları tarafından primer bakım vericilerin bakım yükünün ve bakım yükünü etkileyen etmenlerin belirlenmesi, bakım yükünün azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanmasını destekleyecektir. Aile üyeleri ve primer bakım veren kişinin yükünün azaltılmasına, yükün azalmasıyla bakım verenin daha itelikli bakım vermesine, bakım verenlerin ve bakım alanların iyilik halinin sürdürülmesine ve evde bakım hizmetlerine yönelik sağlık politikalarının oluşturulmasına katkı sağlaması açısından önemi büyüktür.(20)

Birinci derece bakım veren (primer bakım veren) kişi bakım vermede primer olarak görev alan kişidir.Primer bakım verici, hasta bireye sürekli bakım veren esas kişi olabilir ya da bakımla ilgili düzenlemeleri yapan ayrıca bu düzenin işlemesinden sorumlu olan kişide olabilir.(56)

Eşler primer bakım veren rolünü üstlenen en uygun kişilerdir. Bakım verecek bir eşin olmadığı ya da bakım verme işi için uygun olmadığı durumlarda, bakım verme işini yetişkin çocuklar üstlenebilir. Bazen de ücret karşılığı çalışan bir yardımcı ya da bir hasta bakıcı veya bu kişiler bakım verme işini paylabilirler. (57)

Araştırmalara göre , yaşlı bireyler huzur evleri gibi kurum ortamlarında yaşamaktansa evde bakımı tercih etmektedirler. Yaşlılarla yüzyüze görüşme sonucunda yapılan bir araştırmaya göre, yaşlıların %91.7'sinin huzur evlerinde veya benzeri kurumlarda kalmayı istemediği sonucuna varılmıştır.(58) Bunun başlıca nedeni , kişinin kendisini yaşadığı ortamda daha rahat ve mutlu hissetmesi aynı zamanda evinin alışık olduğu bir ortam olmasıdır. Yaşlı bireyler aile içinde ve yaşadıkları ortamda daha güvende hissetmekle birlikte kendilerini yararlı ve önemli görmektedir. Aynı zamanda toplumdan dışlanmadığı için sosyal ve ruhsal kayıpları en az düzeydedir.(59)

3.3.BAKIM YÜKÜNÜN BOYUTLARI

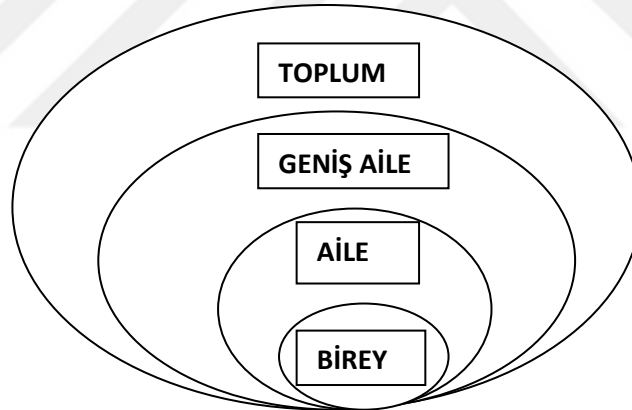
Tıbbi gelişmelerle birlikte insanların daha uzun yaşaması, bakım verenlerin bir nesilden fazla kişiye bakım vermesine neden olmaktadır. Böylece bakım verme süresi uzamaktadır. (60)

Sağlık durumu iyi olmayan bakım verenlerin , sağlıklı bakım verenlerden daha fazla bakım yükü hissettiği bildirilmiştir.İnsanlar sağlık düzeyleri iyi olduğunda yaşam kalitelerinin de daha iyi olduğunu algılamaktadırlar. Bakım esnasında ,bakım verenin zamanını ve enerjisini harcaması sebebiyle yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmektedir.(61)

Gordon ve Perrone'nin 2004 yılında yaptığı çalışmada bakım verenin yaşı ilerledikçe bakım yükünün azaldığı ve genç bakım verenlerin daha fazla yüke maruz kaldığı bildirilmiştir.Buna göre genç bakım verenler bakım sürecinde daha fazla olumsuz etkilenmekte ve bakım verenin yaşı ile yük arasında ters bir ilişki vardır. (62) Genç bakım verenler, bakım işlerini

yaşlı bakım verenlere göre idame ettirmekte daha fazla güçlük yaşamakta ve bakım verdikleri bireyi bir kuruma yatırma oranları daha fazla görülmektedir.(63) Chumbler yaşlı bakım verenlerin genç bakım verenlere göre daha az bakım yükü algılarları ve yaşın genç olması bakım veren depresyonunda bir belirleyicidir.(64) Lazarus ve Folkman'a göre stresle başa çıkmak için dört kaynağa gereksinim vardır. Bunlar; fiziksel,sosyal,psikolojik ve metaryellerdir. Kişisel özellikler ,sağlıklı olma, dayanma gücü, olumlu enerji ve pozitif düşünme fiziksel kaynaklardır. Sosyal kaynaklar ise kişiler arası olumlu ilişkiler , dayanışma ve sosyal destektir. Ümit ,moral ve benlik saygısı psikolojik kaynakları oluştururken metaryeller ise para ve ekonomik durum olarak tanımlanabilir. Bakım vericinin bakım verme sürecini sağlıklı ve başarılı bir şekilde devam ettirebilmesi için strese sebep olacak kaynakların önceden belirlenmesi ile mümkündür. Böylece bakım verici zaman içerisinde oluşacak risklere karşı başetme yeteneklerini geliştirerek, kişisel olarak güçlenmiş olur.(67)

Aile sistemleri kuramında aile,denge, değişime uyum, değişme özelliklerini barındıran açık bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Kuramcılara göre ailedeki bireyler birbirine bağlıdır. ve sistemdeki bir parçanın bozulmasıya da hasarı diğer parçaların işleyişleri üzerinde etkilidir.(68)



AİLE SİSTEMİ (ŞEKİL/2)

Bakım verenler ,zamanlarının büyük bir kısmını bakım sunma sorumluluklarını yerine getirmekle harcamalarının sonucunda, eğlendirici ve dinlendirici boş zaman aktivitelerine yeterince vakit ayıramamaktadır. Bir çok çalışma bakım veren kişilerde kendilerine ayıracak zamanlarının yetersizliği sebebiyle hayatlarında sosyal izolasyon geliştiği; güncel olayları takip edememe, komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinde zayıflama, çevreye karşı ilgi kaybı görüldüğü ; bunların sonucunda anksiyete, kaygı, öfke, ümitsizlik, ağlama isteği gibi duygu durum bozuklukları oluştuğu ve sonucunda depresyon tablosunun ortaya çıktığı bildirilmiştir.(65)

Bakım veren bireyler, sağlık güvencesi kapsamında karşılanmayan bakım masraflarının ek yük oluşturmaları ve bakım verme sebebiyle işlerinin sonlandırılmasıyla ekonomik problemler

yaşayabilmektedirler. Hastalığın kendisinin ve bakımın ekonomik boyutlarıyla birlikte; hastaların fonksiyonel durum yetersizliği sebebiyle bakım verenler sorumluluklarını yerine getirirken iş hayatından uzak kalmaktadırlar. Bu da ekonomik yükü sonuçlanır.(66)

Dört başlık altında incelenebilir.

3.3.1.Direk Bakımla İlgili İşler: Hastanın bakım ihtiyacı hastalıkla, hastalığın prognozu ve evresiyle değişkenlik gösterebilir. Hastanın ihtiyacına göre belirlenir ve ölçülür.

3.3.2.Direk Bakımla İlgili Olmayan İşler: Ev halkının bakım verme sonrasındaki işlerinden oluşmaktadır. Bunlar bakım alan kişi tarafından önceden idare edilen ve aile üyelerinin bakım vermeye başladıktan sonra üstlendikleri işlerdir.

3.3.3.Hastanın Duygusal İhtiyaçları ile Uğraşmak: Bakım veren aile üyeleri kendilerini bakım verdikleri kişinin kaygılarıyla ve acılarıyla uğraşmaya adanmak zorunda hissedebilirler.

3.3.4.Diğer Yaşam Rollerinde Bakım Vermenin Sonuçları: Bakım vermek , bakım verenin üstlendiği diğer rollerin önüne geçebilir.bakım verenler bu durumdan dolayı kendi ihtiyaçlarını erteleyebilir ve yaşamdan daha az doyum alır. (21)

3.4.BAKIM VEREN YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Aile içinde bir bireye bakım vermenin yoğun ve zorlu yönleri (iş, aile hayatı, sosyal yaşam gibi) diğer durumlardan kaynaklanan anlaşmazlıklarla bir araya gelince bakım veren yüküne yol açabilmektedir. Bakım veren yükü, bakım sunarken ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, sosyal ya da ekonomik tepkileri ifade etmede kullanılır. Araştırmacılara ve bakım verenlere göre yük kavramı değişmektedir. Bakım veren kişilerle görüşme yaparken yük ifadesi bakım vermeyi reddetmek olarak algılanabilmektedir. Bakım verme durumu yönetilemediği zaman bakım veren kişiler başarısız olmakta ve bununla birlikte çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal yalıtım gibi duygular yaşayabilmektedirler.(3)

Bakım veren yükünü etkileyen faktörler, bakım verene ve hastaya ait faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır (22).

3.4.1.Bakım Verene Ait Faktörler:

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hastaya olan yakınlık derecesi, rol yükümlülükleri ve beklentileri, baş etme yetenekleri, inançlar, sosyal destek düzeyi, etnik köken ve yaşadığı toplumun kültürel özellikleri olarak ifade edilebilir. (3).

Bakım vericilerin bakım verdikleri çevresel koşullar da karşılaştıkları güçlükleri belirleyebilmektedir.kadın olmak ve eğitim düzeyinin düşük olması çaresiz ve boyun eğici bir yaklaşımla sergilemeye sebep olmaktadır. (24). Bakım verene ait faktörler bakım verenlerin

yüklerinin belirlenmesinde önemli bir belirleyici olmakla birlikte, hastalığın gidişatında da önemli belirleyici olmaktadır. Bakım vericinin evinin oda sayısı, banyonun yeterliliği, asansör veya merdiven kullanma durumu gibi etmenlerin bakım yükünü etkileyebileceği ileri sürülmektedir. (23)

Bakım verene ait problemler fiziksel problemler, psikolojik güçlükler, sosyal ve ekonomik güçlükler olarak da gruplandırılabilir.

3.4.1.1.Fiziksel Problemler:

Bakım verme nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahın artması veya azalması,düzensiz yemek yeme ve baş ağrısı gibi şikayetler artabilmektedir.Ek olarak kronik yorgunluk, kilo alma veya verme, düzensiz uyku, kaslarda ağrı, konsantre olmada sorun yaşama,öz bakımını yerine getirememesi sebebiyle bakım verenin sağlığında bozulma görülmektedir.

3.4.1.2.Psikolojik Güçlükler:

Çoğunlukla aile bireylerinin verdiği bakım hizmeti kültürümüzde; hasta ile iletişimin artmasına katkı sağlaması, kişisel gelişim ve doyum, duygusal ilişkilerde iyileşme,sosyal destek kaynaklarının artması, gibi olumlu katkılar sağladığı gibi bazı olumsuzluklara da sebebiyet vermektedir.

Bakım veren bireylerin karşılaştığı bakım verme yüküyle birlikte, bu kişilerin sıklıkla aile içinden bir kişiye bakıyor olmaları hasta ile bakım veren arasındaki duygusal bağı artırır. Bakım veren bireyin de sağlık sorunları yaşaması, sosyal desteğe sahip olmaması, kendine zaman ayıramama ve sosyal aktivite kısıtlılığı gibi etkenler bu kişilerde depresyon ve anksiyete gelişimini arttıran faktörlerdendir.Bakım kalitesini düşüren etmenler arasında depresyon ve anksiyete de sayılabilir.Bunlar dolaylı olarak hasta bakımını olumsuz etkileyen sorunlar arasındadır.(25)

3.4.1.3.Sosyal ve Ekonomik Güçlükler:

Bir arada yaşayan bireylerin etkileşim içinde olan mekanizmaya aile denir. Bu sebepten dolayı aile içinde bakım verilen bir bireyin olması tüm aile üyelerinin hayatını etkiler. Özellikle ailenin psikolojik etkilenişi,ekonomik zorluklar, hastanın tedavi ve eğitime ilişkin sıkıntılar, ailenin boş zamanlarını değerlendirdiği sosyokültürel etkinliklerde değişme, aile ve sosyal çevre ile ilişkilerdeki problemler olarak gruplandırılabilir güçlükler sebeb olmaktadır. (38).Bireyler dinlenmek ve boş zamanlarını değerlendirmek için zaman ayıramamakta ya da kısıtlı zaman ayırabilmektedir.Bu sebeplerle bakım veren kişi bakım verme sürecinde yalnız kalmış, sosyal desteği azalmış ve sosyal izolasyon da hissedebilmektedir. (27).

Kadınların gerçekleştirmek zorunda oldukları bir çok rolü bulunmaktadır.(Anne,eş,çalışma hayatı ve sosyal roller vs.) bakım verci olan kadınların sahip oldukları diğer rollerden vazgeçmek zorunda kalabildikleri görülmektedir. Aynı zamanda sosyal etkinliklere katılım ve sosyal yaşamlarında azalma olduğu görülmektedir (26). Bakım alan bireyin özel eğitim,ulaşım,beslenme,tıbbi ve fizik tedavi gibi temel ihtiyaçları ailelerin ekonomik açıdan zorlanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle ailelerin önemli ihtiyaçlarından biri de aile içi ekonomik koşullarının düzenlenebilmesidir. (28)

3.4.2.Hastaya Ait Faktörler:

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, rol yükümlülükleri, bilişsel ve işlevsel yetersizlikler, davranışsal sorunlar ve bakım gerektiren hastalığın niteliği çerçevesindedir . Ayrıca ailenin gelişim aşaması, sorun çözme yetenekleri, başa çıkma stratejileri, aile bireylerinin hasta ile ilişkisi, bakımın maliyeti ve ulaşılabilirliği gibi faktörler de bakım veren yükünü etkilemektedir (24)

Bakım yükünü etkileyen faktörler bireyler kişilere göre farklılık gösterebilir ve aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Bakım verme konusunda bilgi alma,
- Bakım vericilerin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri, sağlık algısı inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu gibi),
- Bakım verme öncesi , bakım verdiği kişi ile olan ilişkinin niteliği,
- Bakım vericinin, bakım vermek dışında başka sorumluluklarının da olması,
- Bakım vermenin sadece bir alanda değil, çok boyutlu olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması gibi),
- Bakım verilen kişinin, bakım vericinin hayatına ve kararlarını etkilemek istemesi,
- Ekonomik sebeplerle veya aldıkları eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle bakım verecek veya evde beraber kalacağı bir kişinin olmaması,
- Bakım vericinin sağlık sorunun olması ya da yaşının ilerlemiş olması,
- Bakım verme ile ilgili kararlar alınırken,bakım vericinin fikirlerinin alınmaması,
- Bakım verilen kişi ile evi paylaşma ve bakım verme süresi,

- Gelir düzeyi düşük ailelerin ekonomik sebeplerle daha küçük evlerde oturması ve yaşlıya ayırabilecekleri fiziksel ortamın olmaması,
- Kentte değişen sosyal yaşam sonrası, kırsal kökenli yaşlılarla aile içi uyumsuzluklar, bakım verici kişinin çelişkili duygular yaşaması,
- Bakım vericiden aşırı ilgi beklenmesi,
- Bakım verilen bireyin çevreden soyutlaması,
- Bakım vericinin bakımını üstlendiği bireyin hafıza ile ilgili ve davranış sorunlarının olması, bakım alanın ihmal edildiği veya umursamadığı gibi şikayetlerinin olması (13)

3.5.BAKIM VERİCİ GEREKSİNİMLERİNİ BAŞARILI BİR ŞEKİLDE DEĞERLENDİRMENİN BEŞ TEMEL ELEMENTİ

- Bakım vermeye en uygun kişiyi seçmek
- Bakım vermeyi değerlendirebilecek en uygun aracı kullanmak
- Değerlendirme yapmayı bakım vericinin bakış açısı ve gereksinimlerini tartışmak için bir fırsat olarak sunmak
- Bakım vericinin bakış açısını ortaya çıkarmak için etkili iletişim becerilerinin kullanımını kazanmak
- Diğer hizmetlerle bağlantı kurarak, bakımı değerlendirmek için koordine olmak. (29)

3.6.BAKIM YÜKÜNÜN AZALTILMASINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Bakım vericilere yapılan ev ziyaretleri ile bilgi ihtiyaçlarının karşılanması,bakım yükünün azaltılmasında önemli olduğu düşünülmektedir. Bakım vericilere uygulanan eğitim, destek, psikoterapi ile bakım verme görevine geçici olarak ara verme gibi girişimlerin bakım yükünü azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (30). Bununla birlikte bakım verme hizmetini hemşireler yönetip, yönlendirmede önemli bir konuma sahiptir ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırılması, bakım yükü, yaşlı bireylerde görülen fizyolojik değişiklikler ve hastalıklar, yaşlılarda ilaç kullanımı, destek sistemleri (sosyal destek, teknolojik destek), günlük yaşam aktiviteleri gibi konulara dikkat çekmelidir.(31).

Bakım vericilerin bilgi gereksinimleri farklı olmakla birlikte aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

3.6.1.Aile Üyelerinin Yaşının Tıbbi Durumunu Anlaması:

Bakım vericiler, bakım verdikleri bireyin tıbbi durumunun prognozu, belirti, bulgu ve sonuçları, durumun bakım alana kişinin fonksiyonel yetenekleri üzerine etkisi gibi konularda bilgiye ihtiyaç duyarlar.

3.6.2.Toplum Hizmetlerini Kullanma:

Birçok bakım vericinin toplum hizmetlerinin değerlendirilmesi, bu hizmetin sınırları ve kullanılabilen yardımlar konusunda bilgiye gereksinimi vardır.

3.6.3.Uzun Süreli Bakımı Planlama:

Planlama aşaması; yasal ve parasal durumu, bakım verme durumunda olabilecek değişimleri, olası hemşirelik etkinliklerinin durumunu içerir.(13)

4.GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, evde bakım hizmeti veren hasta yakınlarının bakım yükü ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlandı.

4.1.Araştırma Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, 2019- 2021 tarihleri arasında Antalya Kaş Devlet Hastanesi'ne bağlı Evde Sağlık Birimine kayıtlı 231 hastanın, primer hasta yakınları ile gerçekleştirildi.

4.2.Araştırmanın Örneklemi

Kesitsel nitelikteki bu çalışmaya Antalya ili Kaş ilçesinde 2019-2021 yılları arasında Evde Sağlık Birimine kayıtlı hastalara bakım veren 231 hasta yakını katıldı.Kayıtlı hasta sayısı dikkate alındığında herhangi bir örnekleme gidilmedi.Evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırma popülasyonunu, araştırmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü (N=231) hasta yakınları oluşturdu.

Antalya Kaş Devlet Hastanesi'nden 04.09.2019 tarihinde 90745374 sayılı evrak kayıt numaralı gerekli izin alınmıştır.Kayımcılara gözlem altında anket formu uygulanmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- Evde bakıma ihtiyacı olan birey/bireylere bakım verme,
- İşitme veya anlama sorunu olmadan, iletişime açık olmak,
- Sözlü onam vermek.
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,

Çalışmamızın hipotezleri şunlardır:

1. Bakım veren bireylerde bakım yükü , sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
2. .Bakım veren bireylerde bakım yükü arasında fark yoktur.

4.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından uzman görüşü alınarak oluşturulan 11 soruluk “Kişisel Bilgi Formu” ve 22 maddelik “Zarit Bakım Yükü Ölçeği” (ZBYÖ) kullanıldı. Kişisel bilgi formu ve ZBYÖ ile ilgili bilgiler aşağıdadır.

4.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Bakım Veren Kişi Ait Sosyo-Demografik Özellikler

1) Cinsiyetiniz nedir ?

() Kadın () Erkek

2) Kaç yaşındasınız ?

() 18-27 () 28-37 () 38-47 () 48-57 () 57 ve üzeri

3) Medeni durumunuz nedir ?

() Evli () Bekar

4) Eğitim durumunuz nedir ?

() Okur-yazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üzeri

5) Hastaya yakınlığınız nedir ?

() Anne () Baba () Eş () Çocuk () Kardeş () Diğer

6) Herhangi Bir Sağlık sorunuz var mı idi? (Hasta Bakımı Öncesi)

() var () yok varsa

yazarmısınız?(.....)

7) Bakım verdiğiniz hastanın yaşı nedir?

() 50 den küçük () 50 den büyük

8) Bakım verme süresiniz nedir?

() 1-6 ay () 7 ay ve üzeri

9) Kaç çocuk sahibisiniz?

() 1 () 2 () 3 ve üzeri () yok

10) Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

() gelirim gidere eşit

() gelirim giderden az

() gelirim giderden fazla

Diğer.....

11) Bakım verme şekliniz nasıldır ?

() sürekli () dönüşümlü () ara-sıra () ihtiyaç duyulunca

ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

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. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

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

3. Yakınına 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 yakınınıza 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. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

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

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz? 0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınınıza 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 musunuz?

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. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

4.4.Etik Onay

Veri toplama işlemi öncesi çalışmanın yapıldığı hastaneden 04.09.2019/90745374 nolu ve Pamukkale Üniversitesi Etik Kurulundan 20.06.2019 60116787-020/51254

nolu yazılı onam alındıktan sonra anket yöntemi ile araştırmacı kendisi tarafından gerçekleştirildi.

4.5.Veriler Analizleri

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Bakım yükü ölçek puanlarının demografik özelliklere göre normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Kruskal Wallis H testi sonucunda farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmede Dunn testi kullanıldı. Bakım yükü ölçeği güvenirlik analizi Cronbach's Alpha ile değerlendirildi. Önem düzeyi $p < 0,05$ alındı.

5.VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

5.1. Zarit Bakım Yükü Ölçeği (Zarit Caregiver Burden Scale)

Zarit Bakım Yükü Ölçeği 22 soru ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; ruhsal geginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilere bozulma, ekonomik yük, bağımlılıktır.(50)

Kronik hastalığı olan aile bireyinin bakımının üstlenen bakıcıya uygulanan bir testtir. Ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. (50)

Bu ölçek Zarit, Reeve ve Bach- Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakıma ihtiyacı olan bireye ya da yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla uygulanan bir ölçektir. Bakım veren bireylerin kendisi ya da araştırmacı kişi tarafından mevcut sorular sorularak doldurulabilir. Ölçek bakım verme işinin bireyin yaşamı üzerindeki etkisini belirleyen 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçek asla , nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen likert tipi değerlendirmeler içermektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle duygusal ve sosyal alana yönelik olup, bulunan ölçek puanının yüksek olması, hissedilen sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0-20 puan 'bakım yükü yok', 21-40 puan 'hafif bakım yükü', 41-60 puan 'orta düzeyde bakım yükü' ve 61-88 puan ise 'ağır bakım yükü'nü göstermektedir. (50)

Fadime Hatice İnci 2006 yılında, Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapmıştır. İnci ölçeğin iç tutarlık katsayısının 0.87 ile 0.94 arasında değiştirdiğini test-tekrar test güvenirliğinin 0.71 ve içtutarlılık katsayısının 0.95 olduğunu bildirmiştir.(51)

6.BULGULAR

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	134	58,0
Erkek	97	42,0
Yaş		
18-27	26	11,3
28-37	50	21,6
38-47	55	23,8
48-57	70	30,3

57 üzeri	30	13,0
Medeni durum		
Evli	166	71,9
Bekar	65	28,1
Eğitim		
Okur-Yazar Değil	13	5,6
İlkokul	82	35,5
Ortaokul	47	20,3
Lise	47	20,3
Üniversite Ve Üzeri	42	18,2
Yakınlık		
Anne	72	31,2
Baba	44	19,0
Eş	35	15,2
Çocuk	29	12,6
Kardeş	14	6,1
Diğer	37	16,0
Sağlık sorunu		
Var	58	25,1
Yok	173	74,9
Hastanın yaşı		
50'Den Küçük	52	22,5
50'Den Büyük	179	77,5
Süre		
1-6 ay	76	32,9
7 ay ve üzeri	155	67,1
Çocuk		
1	26	11,3
2	90	39,0
3 ve üzeri	59	25,5
Yok	56	24,2
Gelir		
Gelirim gidere eşit	118	51,1
Gelirim giderden az	88	38,1
Gelirim giderden fazla	25	10,8
Bakım şekli		
Sürekli	79	34,2
Dönüşümlü	118	51,1
Ara-sıra	24	10,4
İhtiyaç duyulduğunda	10	4,3

Katılımcıların %58'i kadın, %42'si erkektir. Yaş dağılımlarına göre: 18-27 yaş arasında olanların oranı %11,3, 28-37 ya arasında olanlar %21,6, 38-47 yaş arasında olanlar %23,8,

48-57 arasında olanlar %30,3 ve 57 üzeri olanlar ise %13.0 oranındadır. Evli olanların oranı %71,9 iken eğitim durumu ilkokul olanları %35,5, ortaokul ve lise mezunlarının oranı benzer şekilde %20,3 olarak elde edilmiştir. Yakınlıkları açısından anne cevabı verenleri %31,2, baba cevabı verenler %19, eş cevabı verenler %15,2'dir. Sağlık sorunu olanların oranı %25,1'dir. Hastanın yaş dağılımları incelendiğinde 50'den küçük olanların oranı %22,5, bakım verme süresi 1-6 ay olanların oranı %32,9 olarak tespit edilmiştir. Çocuğu olmayanlarına göre %24,2, tek çocuğu olanlar %11,3, iki çocuğu olanlar %39, üç ve üzeri çocuğu olanlar %25,5'tir. Geliri giderine eşit olanlar %51,1, geliri giderinden az olanlar %38,1 ve geliri giderinden fazla olanlar %10,8'dir. Bakım şekli olarak; sürekli bakım verenler %34,2, dönüşümlü bakım verenler %51,1, ara-sıra bakım verenler %10,4 ve ihtiyaç duyulduğunda bakım verenler %4,3'tür. Tablo1'de sunulmuştur.

Tablo 2. Bakım Veren Katılımcıların Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Normal Dağılımı

	n	Çarpıklık	Basıklık	p değeri*
Cinsiyet				
Kadın	134	-0,166	-0,577	0,008
Erkek	97	-0,227	-0,470	0,066
Yaş				
18-27	26	-0,130	-0,863	0,473
28-37	50	-0,434	-0,489	0,124
38-47	55	-0,025	-0,608	0,170
48-57	70	-0,313	-0,496	0,090
57 üzeri	30	-0,122	0,010	0,296
Medeni durum				
Evli	166	-0,189	-0,387	0,006
Bekar	65	-0,184	-0,867	0,200
Eğitim				
Okur-Yazar Değil	13	-0,288	-0,987	0,669
İlkokul	82	-0,045	-0,289	0,200
Ortaokul	47	-0,382	-0,488	0,441
Lise	47	-0,420	0,071	0,373
Üniversite Ve Üzeri	42	0,006	-1,429	0,003
Yakınlık				
Anne	72	-0,481	-0,387	0,039
Baba	44	-0,276	-0,753	0,118
Eş	35	-0,129	-0,270	0,628
Çocuk	29	0,149	-0,282	0,542
Kardeş	14	0,312	-0,822	0,591
Diğer	37	-0,016	-0,668	0,407
Sağlık sorunu				
Var	58	-0,452	-0,563	0,003
Yok	173	-0,093	-0,485	0,032
Hastanın yaşı				

50'Den Küçük	52	-0,492	-0,339	0,026
50'Den Büyük	179	-0,133	-0,570	0,021
Süre				
7 ay ve üzeri	155	-0,160	-0,343	0,016
Çocuk				
1	26	-0,501	-1,041	0,019
2	90	-0,213	-0,576	0,041
3 ve üzeri	59	-0,113	-0,329	0,200
Yok	56	-0,149	-0,845	0,200
Gelir				
Gelirim gidere eşit	118	-0,100	-0,695	0,005
Gelirim giderden az	88	-0,219	-0,147	0,053
Gelirim giderden fazla	25	-0,495	-0,921	0,036
Bakım şekli				
Sürekli	79	-0,083	-0,640	0,200
Dönüşümlü	118	-0,383	-0,247	0,015
Ara-sıra	24	0,979	1,171	0,080
İhtiyaç duyulduğunda				
Hastanın yaşı	10	0,224	-1,452	0,401
1-6 ay	76	-0,291	-0,984	0,014

*frekans değeri 50'den küçük olanlarda Shapiro Wilk, 50 ve üzeri olanlarda Kolmogorov Smirnov testi ile inceleme yapılmıştır.

Ölçek puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılmasında hangi tekniğin kullanılacağına karar vermek için verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Gözlem değeri 50'den küçük olan gruplarda Shapiro Wilk testi, 50 ve üzeri olan verilerde ise Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Yaş gruplarına göre inceleme yapıldığında ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği, cinsiyet, medeni durum, eğitim, yakınlık, sağlık sorunu, hastanın yaşı, süre, çocuk, gelir durumu ve bakım şekline göre verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen veriler Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılırken, normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi testi kullanıldı.

Tablo3.Bakım yükü ölçeği puan ortalaması

	Bakım yükü ölçeği
Ortalama	47,52
S.Sapma	13,718
Ortanca	49
Minimum	15
Maksimum	82
Cronbach's Alpha	0,893

Tüm gupta bakım bakım yükü puan ortalaması : 47.52 ±13,718 olarak bulunmuştur.

Tablo4.Bakım yükü ölçeği puan yüzdeleri

	Frekans	Yüzde
Hiç/az	4	1,7
Orta	67	29,0
İleri	125	54,1
Aşırı	35	15,2

Ölçek puanları sınıflandırıldığında; %1,7'sinin bakım yükünü yok , %29'unun hafif düzey, %54,1'inin orta düzey ve %15,2'sinde ağır bakım yükü altında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Demografik özelliklere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	n (%)	Ortalama (s.s.)	Ortanca (min-mak)	Test İst.	p
Cinsiyet					
Kadın	134 (58)	47,43 ± 13,27	49 (18 - 81)	U= 6376	0,806
Erkek	97 (42)	47,64 ± 14,39	50 (15 - 82)		
Yaş					
18-27	26 (11,3)	45,58 ± 13,73	47 (21 - 68)	F= 1,435	0,223
28-37	50 (21,6)	46,28 ± 11,95	49 (18 - 68)		
38-47	55 (23,8)	45,55 ± 15,02	48 (15 - 81)		
48-57	70 (30,3)	50,64 ± 13,46	52,5 (22 - 78)		
57 üzeri	30 (13)	47,57 ± 14,19	52 (19 - 82)		
Medeni durum					
Evli	166 (71,9)	48,45 ± 13,54	50,5 (16 - 82)	U= 4722,5	0,141
Bekar	65 (28,1)	45,12 ± 13,98	47 (15 - 70)		
Eğitim					
Okur-Yazar Değil	13 (5,6)	44,38 ± 13,46	48 (22 - 65)	$\chi^2= 6,196$	0,185
İlkokul	82 (35,5)	49,71 ± 13,96	51,5 (19 - 82)		
Ortaokul	47 (20,3)	48,43 ± 12,08	49 (21 - 71)		
Lise	47 (20,3)	48,17 ± 13,05	48 (16 - 73)		
Üniversite Ve Üzeri	42 (18,2)	42,45 ± 14,91	36,5 (15 - 69)		
Yakınlık					
Anne	72 (31,2)	48,28 ± 12,46	51 (15 - 73)	$\chi^2=3,078$	0,688
Baba	44 (19)	48,95 ± 12,49	49,5 (26 - 73)		
Eş	35 (15,2)	49,31 ± 13,64	50 (24 - 78)		
Çocuk	29 (12,6)	44,66 ± 15,66	46 (19 - 82)		
Kardeş	14 (6,1)	45,86 ± 14,29	47,5 (24 - 71)		
Diğer	37 (16)	45,49 ± 15,84	47 (16 - 81)		
Sağlık sorunu					
Var	58 (25,1)	47,79 ± 14,47	52 (18 - 81)	U= 4753	0,549
Yok	173 (74,9)	47,42 ± 13,5	48 (15 - 82)		
Hastanın yaşı					
50'Den Küçük	52 (22,5)	47,71 ± 12,42	49 (21 - 71)	U= 4629,5	0,954
50'Den Büyük	179 (77,5)	47,46 ± 14,1	49 (15 - 82)		
Süre					

1-6 ay	76 (32,9)	46,04 ± 13,5	47 (19 - 70)	U= 5454,5	0,361
7 ay ve üzeri	155 (67,1)	48,24 ± 13,81	50 (15 - 82)		
Çocuk					
1	26 (11,3)	44,15 ± 13,51	48 (16 - 61)	$\chi^2=4,208$	0,240
2	90 (39)	48,51 ± 12,35	49,5 (24 - 78)		
3 ve üzeri	59 (25,5)	49,86 ± 14,68	52 (19 - 82)		
Yok	56 (24,2)	45 ± 14,51	47 (15 - 72)		
Gelir					
Gelirim gidere eşit	118 (51,1)	45,54 ± 13,96	48 (15 - 78) ^{ab}	$\chi^2=7,94$	0,019
Gelirim giderden az	88 (38,1)	50,78 ± 13,03	52 (19 - 82) ^a		
Gelirim giderden fazla	25 (10,8)	45,32 ± 13,21	47 (16 - 62) ^b		
Bakım şekli					
Sürekli	79 (34,2)	49,39 ± 13,06	50 (25 - 81) ^a	$\chi^2=19,822$	<0,001
Dönüşümlü	118 (51,1)	49,16 ± 12,52	51,5 (16 - 78) ^a		
Ara-sıra	24 (10,4)	37,42 ± 15,7	35 (15 - 82) ^b		
İhtiyaç duyulduğunda	10 (4,3)	37,5 ± 14,61	38 (19 - 59) ^{ab}		

U: Mann Whitney U test istatistiği; χ^2 : Kruskal Wallis H test istatistiği; F: Tek yönlü varyans analizi test istatistiği; ^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Cinsiyete göre ortalanca bakım yükü değerleri farklılık göstermemektedir (p=0,806). Kadınlarda ortalanca değer 49 iken erkeklerde 50 olarak elde edilmiştir. Kadın ve erkeklerde bakım yükü orta düzey elde edilmiştir.

Yaş gruplarına göre ortalama bakım yükü değerleri farklılık göstermemektedir (p=0,223). 18-27 yaş arasında olanlarda ortalama değer 45,58 iken, 28-37 arasında olanlarda 46,28, 38-47 arasında olanlarda 45,55, 48-57 arasında olanlarda 50,64 ve 57 üzeri olanlarda 47,57 olarak elde edilmiştir. Tüm yaş gruplarında bakım yükü orta düzey elde edilmiştir.

Medeni durumuna göre bakım yükü ortalanca değerleri incelendiğinde evlilerde ortalanca değer 50,5 iken bekarlarda 47.0'dır. Aralarında istatistiksel olarak fark yoktur (p=0,141). Her iki medeni duruma göre bakım yükü orta olarak belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre bakım yükü ortalanca değerleri arasında fark yoktur (p=0,185). Okur yazar olmayanlarda ortalanca değer 48.0, ilköğretim mezunlarında 51,5, ortaokul mezunlarında 49.0, lise mezunlarında 48.0 ve üniversite ve üzeri olanlarda 36,5 dir.Üniversite ve üzeri mezunlarında elde edilen değere göre bakım yükü hafif iken diğerlerinde orta olarak belirlenmiştir.

Yakınlık durumuna göre ortalanca bakım yükü değerleri farklılık göstermemektedir (p=0,688). Annesine bakım verenlerde ortalanca değer 51 iken, babasına bakım verenlerde 49,5, eşine bakım verenlerde 50, çocuğuna bakım verenlerde 46.0, kardeşine bakım

verenlerde 47,5 ve diğer bir yakınına bakım verenlerde ortalanca değer 47.0 bulunmuştur. Tüm kategorilerde bakım yükü orta düzey elde edilmiştir.

Sağlık sorunu olanlarda ortalanca değer 52.0 iken sağlık sorunu olmayanlarda ortalanca değer 48.0 dır. Aralarındaki fark anlamlı değildir.($p=0,549$). Sağlık sorunu olanlarda ve olmayanlarda bakım yükü orta düzey elde edilmiştir.

Hastanın yaşına göre bakım yükü ortalanca değerleri arasında fark yoktur ($p= 0,954$). Yaşı 50'den küçük olanlarda ortalanca değer 49.0 iken 50'den büyük olanlarda da 49.0 olarak elde edilmiştir. Her iki yaş grubunda da bakım yükü orta düzeydir.

Sürelere göre bakım yükü ortalanca değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0,361$). 1-6 ay arasında bakım verenlerde ortalanca değer 47.0 iken 7 ay ve üzeri bakım verenlerde ortalanca değer 50.0 olarak elde edilmiştir. Her iki süre grubunda da bakım yükü orta düzey olarak belirlenmiştir.

Çocuk sayısına göre ortalanca bakım yükü değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0,240$). Tek çocuğu olanlarda ortalanca değer 48.0, iki çocuklu olanlarda 49,5, 3 ve üzeri çocuğu olanlarda 52.0 ve çocuğu olmayanlarda ortalanca değer 47.0 olarak elde edilmiştir. Tüm gruplarda bakım yükü orta düzey olarak belirlenmiştir.

Gelir grubuna göre ortalanca bakım yükü değerleri farklılık göstermektedir ($p=0,019$). Geliri giderine eşit olanlarda ortalanca değer 48, geliri giderinden az olanlarda 52 ve geliri giderinden fazla olanlarda 47 olarak belirlenmiştir. Geliri giderinden az olanların bakım yükü geliri giderinden fazla olanlardan daha yüksek elde edilmiştir. Geliri giderine eşit olanların ortalanca değeri diğerlerinden farklılık göstermemektedir. Tüm gelir gruplarında bakım yükü orta düzey elde edilmiştir.

Bakım şekline göre bakım yükü ortalanca değerleri farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Sürekli bakım verenlerde ortalanca değer 50.0, dönüşümlü bakım verenlerde 51,5, ara-sıra bakım verenlerde 35.0 ve ihtiyaç duyulduğunda bakım verenlerde de 38.0 olarak elde edilmiştir. Ara-sıra bakım verenlerin ortalanca değeri sürekli ve dönüşümlü bakım verenlerden daha düşük elde edilmiştir. Bakım yükü hafif düzeydedir. Sürekli, dönüşümlü ve ihtiyaç duyulduğunda bakım verenlerin ortalanca değerleri farklılık göstermemektedir ve ortadüzeydedir.

Tablo6. Bakım yükünü etkileyen faktörlerin regresyon analizi

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	35,619	3,267		10,901	,000	29,180	42,058		
	Gelir düzeyi eşit	,492	2,834	,018	,174	,862	-5,094	6,078	,362	2,766
	Gelir düzeyi az	5,212	2,925	,185	1,782	,076	-,551	10,976	,361	2,769
	Bakım şekli sürekli	12,012	2,660	,416	4,516	,000	6,770	17,254	,462	2,167
	Bakım şekli dönüşümlü	11,264	2,510	,413	4,489	,000	6,319	16,210	,461	2,167
2	(Constant)	36,027	2,261		15,933	,000	31,571	40,483		
	Gelir düzeyi az	4,807	1,758	,171	2,734	,007	1,342	8,272	,995	1,005
	Bakım şekli sürekli	12,009	2,654	,415	4,525	,000	6,779	17,240	,462	2,166
	Bakım şekli dönüşümlü	11,260	2,504	,413	4,497	,000	6,325	16,194	,462	2,167

Regresyon modeli analizinde; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yakınlık, sağlık sorunu, hastanın yaşı, süre ,çocuk sayısı bağımsız değişkenleri ve anlamlı çıkan bakım şekli ve gelir düzeyi modele eklendi. Analiz yaparken geliri giderinden fazla ve bakım şekli ara-sıra ihtiyaç olduğunda değişkenlerine dummy uygulandı. Model %11,7 sini açıklamaktadır.

(R²: 11,7)

Bakım veren bireylerin gelir düzeyinin az olması (geliri giderden az) ve bakım verirken sürekli ve dönüşümlü bakım vermesi ile bakım yükü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 7.Bakım Yükü Ölçeği Dağılım Durumları,n(%)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça Sık	Hemen her zaman
S1	61(26,4)	35(15,2)	73(31,6)	36(15,6)	26(11,3)
S2	35(15,2)	38(16,5)	90(39)	56(24,2)	12(5,2)
S3	32(13,9)	35(15,2)	77(33,5)	77(33,5)	9(3,9)
S4	98(42,4)	31(13,4)	81(35,1)	20(8,7)	1(0,4)
S5	97(42)	37(16)	72(31,2)	23(10)	2(0,9)
S6	55(23,8)	44(19)	81(35,1)	45(19,5)	6(2,6)

S7	11(4,8)	13(5,6)	45(19,5)	53(22,9)	109(47,2)
S8	6(2,6)	9(3,9)	51(22,1)	59(25,5)	106(45,9)
S9	80(34,6)	33(14,3)	87(37,7)	24(10,4)	7(3)
S10	40(17,3)	31(13,4)	93(40,3)	61(26,4)	6(2,6)
S11	39(17)	35(15,2)	86(37,4)	58(25,2)	12(5,2)
S12	34(14,7)	29(12,6)	84(36,4)	69(29,9)	15(6,5)
S13	67(29)	36(15,6)	60(26)	46(19,9)	22(9,5)
S14	2(0,9)	14(6,1)	18(7,8)	54(23,4)	143(61,9)
S15	24(10,4)	17(7,4)	69(29,9)	65(28,1)	56(24,2)
S16	61(26,5)	27(11,7)	96(41,7)	35(15,2)	11(4,8)
S17	14(6,1)	21(9,1)	64(27,7)	60(26)	72(31,2)
S18	69(29,9)	23(10)	85(36,8)	40(17,3)	14(6,1)
S19	6(2,6)	17(7,4)	69(29,9)	82(35,5)	57(24,7)
S20	8(3,5)	9(3,9)	45(19,5)	69(29,9)	100(43,3)
S21	2(0,9)	9(3,9)	32(13,9)	66(28,6)	122(52,8)
S22	4(1,7)	27(11,7)	75(32,5)	86(37,2)	39(16,9)

Tablo 8. Bakım yükü ölçeğinin tanımlayıcı istatistikler ve güvenirlik analizi

	Bakım yükü ölçeği
Ortalama	47,52
S.Sapma	13,718
Ortanca	49
Minimum	15
Maksimum	82
Cronbach's Alpha	0,893

Tablo 7’de ölçekte yer alan 22 maddeye ait frekans ve yüzde değerleri sunulmuştur. Ölçek toplam puanı incelendiğinde tanımlayıcı istatistikler Tablo 8’de yer almaktadır. Ölçekten alınan minimum değer 15 iken maksimum değer 82 olarak elde edilmiştir. Ortalama değer ise 47,52’dir ve bu değere göre tüm katılımcılar açısından değerlendirildiğinde orta derece yük (41-60 arası) olarak değerlendirilmektedir. 22 maddeden oluşan ölçeğe ait güvenirlik analizi sonucunda Cronbach’s Alpha değeri 0,893 olarak bulunmuştur .Durum ölçeğin oldukça güvenilir ölçek olduğu anlamına gelmektedir.

7.TARTIŞMA

Araştırmaya katılanların %58.0'i kadın %42.0'si erkektir. Türk toplumunda yaşlı bakımında kadınlar daha büyük rol tutmaktadır. "TÜİK 2014/2015 Zaman Kullanım Araştırması"nda alınan sonuçlarına göre de hanede bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bir birey olması durumunda kadınların erkeklerden beş kat daha fazla zaman ayırdığı bildirilmiştir (68). Aynı konuda yapılan bir diğer çalışma yaşlıların bakım sorununun çözümünün genellikle kadın merkezli olduğubakım verici rolünü genellikle kadınların üstlendiğini, primer bakım vericilerin eş,kız çocukları ve gelinlerin olduğu, bu durumda kadınların aile içerisindeki varolan sorumluluklarına birtane daha eklendiği ve kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyolojik sağlıklarının bu durumdan olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir. (70) Araştırma sonuçlarımız literatürle uyum göstermektedir.Ancak bakım yükü ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p=0.806$).

Yaş dağılımları incelendiğinde 18-27 yaş arasında olanların oranı %11,3, 28-37 yaş arasında olanlar %21,6 ; -47 yaş arasında olanlar %23,8; 48-57 arasında olanlar %30,3 ve 57 üzeri olanlar %13.0 olarak belirlenmiştir. Literatürde bakım vericilerin yaşı arttıkça, bakım yükününde buna paralel olarak artacağı ,bakım vericilerin hastaların günlük bakım ihtiyaçları artarken bunları karşılamada kendilerinin de yardıma gereksinim duyduğu belirtilmiştir.(69) Ancak çalışmamızda tüm yaş gruplarında bakım yükünün eşit ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır.Yaş ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p=0.223$).

Evli olanların oranı %71,9 iken, bekar olanların oranı %28.1'dir. Literatüde medeni durum, bakım veren aile üyesinin dışı vuran duygu durumunu etkiler ve evli olan aile üyesinin dışı vuran duygu durumunun, evli olmayan aile üyesine göre daha yüksek olduğu (daha fazla eleştirel/düşmancıl, koruyucu/kollayıcı tutumlarının olduğu) bir değişken olarak belirtilmiştir.(71) Çalışmamızda bakım vericilerin büyük çoğunluğu evli olmasına rağmen , evli ve bekar bireylerde bakım yükü eşit ve orta düzeyde bulunmuştur.Medeni durum ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p=0.141$).

Eğitim durumu ilkokul olanların oranı %35,5, ortaokul ve lise mezunlarının oranı ise ayrı ayrı olmak üzere %20,3 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve üzeri bireyler %18.2'dir. Literatürde bakım yükünü etkileyen faktörlerden birinin de bakım vericinin eğitim düzeyi olduğu belirtilmiştir.. Bakım verenlerin büyük bir kısmı uzun dönemde bakımı devam ettirmek için gerekli olan bilgi ve beceriye sahip değildir. Bu sebeple hazırlıksız yakalanıp, güven eksikliği hissedebilirler. Sağlık ekibinin yön göstermesi bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusundaki kaygıyı azaltır; daha önce hiç deneyimlemeden ihtiyaç duyulan bakımı verme, kaynaklara ulaşım ve bu kaynakları nasıl kullanacaklarını bilmedikleri için belirsizlik yaşayabilirler. (72) Çalışmamızda üniversite ve üzeri eğitimi olan bireylerin

bakım yükü puanı hafif düzeyde, diğer eğitim durumlarında orta düzeyde bulunmuştur. Eğitim durumu yükseldikçe bakım yükü puanı azalmıştır. Araştırma sonuçları literatürle benzerdir. Ancak bakım yükü ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.185$).

Hastanın yaş dağılımları incelendiğinde 50'den küçük olanların oranı %22,5, 50'den büyük olanların oranı %77,5'tir. Literatürde Selçuk ve Avcı tarafından 2016 yılında yapılan araştırmada yaşının eğitim düzeyinin bakım yükü üzerinde etkisi olduğu, yaşının eğitim düzeyi düşük ve ileri yaştaki bireylere bakım verirken bakım yükünün arttığı bildirilmiştir. Bu çalışmada bakım verilen bireyin yaşının bakım yükünü etkilediği, ileri yaşın bakım veren yükünün arttığı ($r=.184$ $p<0.01$) anlaşılmıştır. (73) Çalışmamızda 50 yaş üzeri bakım verenler çoğunluktadır. Ancak bakım yükü arasında fark bulunamamıştır. Her iki yaş grubuna bakım verenlerin bakım yükü orta düzeydedir. Bakım yükü ile hasta yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.954$).

Bakım verme süresi 1-6 ay olanların oranı %32,9 ve 7 ay ve üzeri %67,1 olarak tespit edilmiştir. Literatürde Ampalam ve ark.nın 2012 yılında yaptığı çalışmada, bakım veren yükünün bakım verilen süre ve bakım vericinin yaşı ile arttığı, bakım vermeye ne zaman başladığı, hastaneye yatış sayısı ve aktif semptomlarının olması ile bakım veren yükü arasında ilişki olduğu saptanmıştır. (74) Çalışmamızda 7 ay ve üzeri bakım verenlerin çoğunlukta olduğu ancak bakım veren yükünün bakım verilen süreye göre değişmemekte ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bakım yükü ile bakım verme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.361$).

Çocuğu olmayanların oranı %24,2, tek çocuğu olanların oranı %11,3, iki çocuğu olanların oranı %39, 3 ve üzeri çocuğu olanların oranı da %25,5'tir. Literatürde Covinsky ve arkadaşlarının çalışmasında ailedeki kişi sayısının artması bakım verenin bakım yükünü artırdığını bildirmiştir. (76) Çalışmamızda çocuk sayısının artması ve dolayısıyla ailedeki kişi sayısının artması bakım yükünü değiştirmemiş ve tüm çocuk sayılarında orta düzeyde bulunmuştur. Çocuk sayısı ve bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.240$).

Yakınlık açısından incelendiğinde anne cevabı verenlerin oranı %31,2, baba cevabı verenlerin oranı %19, eş cevabı verenlerin oranı %15,2'dir. Çocuk cevabı verenlerin oranı %12,6, kardeş cevabı verenlerin oranı %6,1 ve diğer cevabı verenlerin oranı ise %16,0'dır. Çalışmalar bakım vericinin hasta ile iletişiminin, yakınlığının ve bakım verici rolüne hazır oluşunun bakım verici yükünü etkilediğini belirtmektedir. (77) Ancak araştırmamızda hastaya yakınlık seviyesi bakım yükünü etkilememiş ve tüm bireylerde orta düzeyde bulunmuştur. Bakım yükü ile hastaya olan yakınlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.688$).

Geliri giderine eşit olanların oranı %51,1, geliri giderinden az olanların oranı %38,1 ve geliri giderinden fazla olanların oranı da %10,8'dir. Çalışmamıza gelir düzeyi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.019$). Yapılan regresyon analizinde geliri giderden az olan bakım vericilerin bakım yükleri daha fazla olduğu görülmüştür. Bakım yükü ise orta düzeydedir. Literatürde Işık ve Erci'nin 2013 yılında yaptığı çalışma sosyal güvence durumu ve gelir kaynaklarının bakım yükü üzerinde etkili olduğunu bildirilmiştir. (75) Bakım vericilerin bakım verme sorumluluklarından dolayı işlerini bırakmak zorunda kaldıkları ya da işi için ayırdıkları zamanı büyük ölçüde azalttıklarına dair çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Ekonomik durumu iyi olmayan bakım vericiler bakımlarına yardımcı olacak hizmet, araç gereç ve tıbbi tedaviyi satın alamamaktadırlar. (78) Geliri giderinden az olan bakım vericilerin hasta bireylerin beslenme, barınma, ısınma gibi ihtiyaçlarını yeterli karşılayamamasının, bakım verme yükünü arttırmış olabileceği düşünülmektedir. (19) Ayrıca ekonomik nedenlerle ailelerin küçük konutlarda oturması ve yaşlıyı ayırabilecekleri bir mekanın olmamasının yükü arttıracak bir neden olduğu belirtilmiştir. (79) Literatür çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Bakım şekli olarak sürekli bakım verenlerin oranı %34,2, dönüşümlü bakım verenlerin oranı %51,1, ara-sıra bakım verenlerin oranı %10,4 ve ihtiyaç duyulduğunda bakım verenlerin oranı da %4,3'tür. Çalışmamızda bakım verme şekli ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.001$). Yapılan regresyon analizinde sürekli ve dönüşümlü bakım verenlerin bakım yükünün arttığı görülmüştür. Literatürde bakım verme şekline göre incelendiğinde hastaya sürekli bakım veren bireylerin bakım yükleri daha fazla bulunmaktadır. (80) Hastayla sürekli zaman geçirmenin kişinin sosyal yaşantısından uzaklaşmasına, kendine ayırdığı zamanın azalmasına ve diğer yaşam rollerinde zorlanmasına sebep olabileceğinden bakım yükünün arttığı düşünülmektedir.

8.SONUÇ VE ÖNERİLER

Antalya ili Kaş ilçesinde 2019-2021 yılları arasında yapılan çalışmamızda herhangi bir sebepten yatağa bağımlı olanlara bakım veren bireylerin bakım veren bireylerin bakım yükü puan ortalaması $47.52 \pm 13,718$ 'dır. Bakım veren bireyleri %29'u hafif, %, %54,1'i orta düzeyde yüke sahiptir. Bakım veren bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, hastaya yakınlık, sağlık sorunu, hastanın yaşı, bakım süresi, çocuk sayısı ile bakım yükü arasında yapılan testler sonucunda anlamlı bir farklılığın çıkmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna karşın, bakım veren bireylerin gelir durumları ile bakım yükü arasında yapılan testler anlamlı ($p=0.019$) ve gelir düzeyi az olan bakım verenlerin daha fazla sorun yaşadıkları, bakım yükü puanları orta düzeyde bulunmuştur. Ayrıca bakım verenlerin bakım şekli ile bakım yükü

arasında yapılan testler anlamlı ($p=0.001$) ve bakım şekli sürekli ve dönüşümlü olan bireylerin bakım yükünün orta düzeyde, arasıra ya da ihtiyaç duyulduğunda bakım verenlerin bakım yükünün hafif düzeyde olduğu bulunmuştur.

Uzun bir tedavi süreci, hastalığın tedavisinin sonuca ulaşmaması, tekrar eden ve uzun süren hastane yatışları, hasta ve ailesinin duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşamasına neden olmaktadır. Aile bütçesi ve ülke ekonomisine de önemli yükler getirmektedir. Hastalık nedeniyle ebeveynler öncekine göre daha az süre çalışabilmekte ve işten ayrılmak zorunda kalabilmektedirler. Hasta ailelerinin bu dönemde çalışamamalarından dolayı aileye vetopluma maliyeti çok yüksek olmaktadır.(78) Ailede uzun süreli bakım verenler için en önemli destek kaynağı evde bakım ücretinin ödemesidir. Kamunun ailede uzun süreli bakım verenlere en önemli desteği ekonomik açıdan olmaktadır. Bu ekonomik desteği alarak bakım verenlerin baktıkları bireylerin kişisel bakımlarını sağlamaları ve psiko-sosyal destek vermeleri beklenmektedir. Evde bakım ücreti uygulaması Resmi Gazete’de 30.07.2006 tarihinde yayınlanan 26244 sayılı “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” ile yürütülmektedir.(81)

-Evde bakım ücretinin varlığı ve bu bakım ücretinin nasıl alınacağı konusunda evde bakım veren bireyler bilgilendirilmeli,

-Bakım ücreti şartları daha geniş kapsamlı olmalı ve daha çok bakım veren bireye ulaşabilmeli,

-Bakım verme aylıklarının bireyin tedavi masrafları ve ailenin ekonomik durumuna göre yeniden değerlendirilerek kişiye özgü miktarlarda verilmesi önerilebilir.

Bakım verme sürecinde asıl sorumluluk alan bireylerin aile ve arkadaş ilişkileri ya da sosyal faaliyetlerinden fedakarlıkta bulundukları görülmektedir. Yanısıra bu bireyler kendilerine boş zaman ayıramamaktadırlar. Dolayısıyla bireylerin kendilerini yalnız hissetme ihtimalleri artmaktadır. Bakım veren bireylerin bakım verdikleri kişiyle geçirdikleri vakit arttıkça bakım yüklerinde de artış olduğu ifade edilmektedir. Ancak bu yükün pozitif sosyal yardımla azaltılabileceği söylenmektedir.(80)

Ülkemizde şuan da aktif olarak çalışan Ail eve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı 30 gündüz yaşlı bakım evi bulunmaktadır. Bu merkezler yaşlıları tek başına yapamayacakları ya da yapmakta zorlanacakları faaliyetler konusunda desteklemektedir.

-Ancak bu gündüz bakım evlerinin sadece yaşlılara yönelik olmaması her yaştan bakıma muhtaç bireye hizmet edecek şekilde yeniden düzenlenmesi ve sayılarının artması;

-Aile bireylerinin bu şekilde bakıma destek alabilecekleri kurum ve kuruluşlar konusunda bilgilendirilmesi önerilebilir.

9.KAYNAKLAR

- 1.) İNCİ F.H., BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI, GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ, Haziran, 2006 ,DENİZLİ
- 2.) YILDIRIM S., ENGİN E., BAŞKAYA V.A. , İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve Yüğü Etkileyen Faktörler, The Burden of Caregivers of Stroke Patients and the Factors Affecting the Burden, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye,2013
- 3.) Atagün M.İ. , Balaban Ö.D., Atagün Z., Elagöz M. , Özpolat A.Y., Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü ,Caregiver Burden in Chronic Diseases, Psikiyatride Güncel Yaklaşımla,Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(3):513-552 © 2011, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658
- 4.) Öztürk N.S., TÜİK 2016 AİLE YAPISI ARAŞTIRMASI RAPORU ÇERÇEVESİNDE TÜRK AİLE YAPISININ DEĞİŞİMİ, Kocaeli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Lisans Programı, nursenaozturkk@gmail.com, Kocaeli, Aralık, 2017
- 5) Fauziana R. ,Sambasivam R., Vaingankar j., Abdin E., Ong H., Tan M., Chong S., Subramaniam M.,Positive Caregiving Characteristics as a Mediator of Caregiving Burden and Satisfaction with life in Caregivers or Older Adults,2018
- 6)Karahana A., Güven S., Yaşlılıkta Evde Bakım, Turkish Journal of Geriatrics 5, 155-159, 2002
- 7)Konak Ş., Sosyal, Ruhsal Ve Medikal Yönleriyle Evde Bakımı,Kongre Kitapevi,Ankara,2016
- 8)Altuntaş M., Yılmaz T.T., Güçlü Y.A., Öngel K., Evde Sağlık Hizmeti Ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri, Tepecik Eğitim Dergisi, 2010
- 9)Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Sağlık Emek ve Mesleki Örgütlerin Görüş ve Yaklaşımları,Türk Tabipler Birliği Yayınları,2016
- 10) Çavuş F., Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi , Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara ,2013
- 11) Yılmaz M., Sametoğlu F., Akmeşe G. ve ark., Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Med J 2010;11(3):125-132.
- 12)Dinç L., Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu , Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi ,Ankara , 2010
- 13)Kuzu F., Yaşlı Bireylerin Bakım Vericilerine Yapılan Ev Ziyaretlerinin, Depresyon, Stresle Başetme, Yaşam Kalitesi ve Bakım Yüğüne Etkisi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Sivas, 2018
- 14)Özyeşil Z., Oluk A., Çakmak D., Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yüğüünün Durumluk-Sürekli Kaygı Yordama Düzeyi,Anadolu Psikiyatri Dergisi,İstanbul ,2014
- 15) Özcan E. B. , Obsesif Kompulsif Bozukluğu n olan Hastaların Ailelerine Verilen psikoeğitimin Ailelerin Bakım Yüğüüne Olan Etkisinin Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2019

- 16) Pruchno R., The Burden And Benefits of Caregiving : A latent Class Analysis,PMC, April ,2018
- 17) Işıl Ö., Onan N., Yaşlı ve Demanslı Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Yaklaşımlar ,Türkiye Klinikleri Psychiatry Nurse Special Topics,2016
- 18) Montgomery RJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations 1985: 19-26.
- 19) Koçak, G. İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yüğü. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul,2011
- 20) Selçuk K. T., Avcı D., Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Etkileyen Etmenler,SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,Cilt 7, Sayı1, 2016
- 21) Arslantaş H., Adana F., Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü, Dergipark Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar , Cilt 3 , Sayı 2 , 2011
- 22) Yıldırım S., Yalçiner N., Güler C., Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü:Sistematik Derleme,Journal Of Psychiatric Nursing,2017
- 23) Öner İ. Ö., Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi , Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı ,Yüksek Lisans Tezi,2012
- 24) Yıldırım, S., Yalçiner, N., ve Güler, C. (2017). Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakımveren Yüğü: Sistematik Derleme. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dergisi*, 8(3), 165-171. Doi: 10.14744/phd.2017.60783
- 24) Özlü A., Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Yüğü ve Travma Sonrası Gelişim ile İlgili Özellikler, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2007
- 25) Arkın S. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Anksiyete Depresyon Ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir 2017
- 26) Karahan A, İslam S. A Comparison Study about Caregiver Burden between Physically Disabled, Pediatric and Geriatric Patients. J Marmara Univ Inst Heal Sci. 2013;3(1):1–7
- 27) Sivrikaya T, Tekinarslan İÇ. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Annelerde Stres, Sosyal Destek ve Aile Yüğü. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilim Fakültesi Özel Eğitim Derg 2013; 14(2):17-29.
- 28) Robison J, Fortinsky R, Kleppinger A, Shugrue N, Porter M. A Broader View of Family Caregiving : Effects of Caregiving and Caregiver Conditions on Depressive Symptoms , Health , Work , and Social Isolation. J Gerontol Soc Sci. 2009;64(6):788–798
- 29) Levine C., Supporting Family Caregivers:the Hospital Nurse's Assessment of Family Caregiver Needs, AJN American Journal OF Nursing 111(10),47-51,2011
- 30) Cingil D., Gözüml S., Hastasına Evde Bakım Veren Aile Bakım Vericilerinin Güçlendirilmesi : Sistematik Derleme ,Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics ,2016;2(3):60-72

- 31)Fadıloğlu Ç., Aksu T., Solunum Sistemi Hastalığı Olan Bireylerin Evde Bakım Gereksinimi Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi , Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 29(2), 1-12,2013
- 32)Özyeşil Z., Oluk A., Çakmak D., Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi, Anadolu Psikiyatri Dergisi , 2014;15:39-44
- 33)Atagün Mİ., Balaban D., Atagün Z., Elagöz M., Özpolat YA., Caregiver Burden in Chronic Diseases. Current Approaches in Psychiatry,2011;3(3):513-552
- 34)Toseland RW., Smith G., McCallion P., Family Caregivers of the frail elderly. Handbook of Social Work Practise with Vulnerable and Resilient Population,2001;18:99-109
- 35)Pinquart M., Sorensen S., Correlates of Physical Health of İnformal Caregivers: A meta-analysis. J Gerontol B-Psychol, 2007;62:126-137
- 36)Arslantaş H., Adana F., Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü, Psikiyatride güncel yaklaşımlar,2011;3(2)
- 37)Karadağ M., Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görelı Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi,Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara;2006
- 38)Danış MZ., Toplum Temelli Bakım Anlayışı, Özveri Dergisi,2006;3:44-47
- 39)Shepperd S., Doll H., Broad J., Gladman J., Liffe S., Langhorne P., et al. Early discharge hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 2009 jan 21;(1):CD000356
- 40)Ünlüoğlu İ., Saatçı E., Aile Hekimliğinde Evde Bakım. İstanbul: Akademi Yayınevi;2015
- 41)Sobel D. Galileonun Kızı, çeviren, Şener BS. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul;2000
- 42)Cimete G. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bbakımda Hemşirenin Yeri 1.Ulusal Eve Bakım Kongre Kitabı. 24-26 Eylül 1998; İstanbul.
- 43)Altuntaş M., Yılmaz T., Güçlü YA, Öngel K., Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 2010;20(3):153-8
- 44) Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik.2005.
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&soruceXmlSe arch=evde%20bak%C4%B1m>
- 45)Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanligincasunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
- 46)Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. 2015. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>
- 47)Evde Bakım Hizmetleri. 2017. <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9868,2017-05-05-2-1pdf.pdf>

- 48)Özlü A., Yıldız M., Aker T., Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi. 2009;46:38-42
- 49)Zarit SH., Family Care and Burden at the end of life. CMAJ. 2004;170(12):1811-1812
- 50)Zarit S H., Reeve K E, Back-Peterson J (1980).Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. Geontologist,20,649-55.
- 51) Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği, Denizli FH İnci, M Erde Journal of Anatolia Nursing and Health Sciens.2008
- 52)Erdem M., (2005), Yaşlıya Bakım Verme, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(3),(s.101-106)
- 53)Orak S.O., Sezgin S., (2015) Kanser Hastasına Bakım VerenAile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Journal of Psychiatric Nursing, 6(1), (s. 33-39)
- 54)Can T.(2010) BAKAS Caregiving outcomes scale'in (BAKAS bakım verme etki ölçeği) Türkçe'ye uyarlanması , geçerlilik ve Güvenirliği (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli
- 55) Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi (KİPT) Teknikleri ve Psikoeğitimin Şizofreni Hasta Ailelerinde öz-etkililik ve Bakım Yüküne Etkisi, Hatice Durmaz, Doktora Tezi, 2015
- 56)Cheng YC. Caregiver Burnout: A Critical Rewiew of the Literature. Faculty of the California School of Professional Psychology at Alliant International Universityi Degree Doctor of Pscycology , San Diego, 2005
- 57)Bar- David G. Three Phase Development of Caring Capacity in the Primary Caregivers for Relatives with Alzheimers Disease. J Aging Stud , 1999; 13(2): 177-198
- 58)Onat Ü., Yaşlanma ve Sosyal Hizmet , Yaşlılık Gerçeği, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, Ankara: H.Ü. Basımevi, 2004
- 59)Aksüllü N., Doğan S., Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi,2004;5:76-84
- 60)Pearlin LI, Pioli MF, McLaughlin AE., Caregiving by adult Children: Involvement, role, disruption, and health. Handbook of Aging and the Social Sciences, 5th Ed, 2001; 238-254
- 61)Gülseren L., Çam B., Karakoç B., Yiğit T., Danacı AE., Çubukoğlu Z., Taş C., Gülseren Ş., Mete L., Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi,2010;21:203-212.
- 62)Tariot PN., Medical Management Of Advanced Dementia. Journal of American Geriatric Society, 2003; 51(5): 305-313
- 63)Chumbler NR, Grimm JW, Cody M., Beck C. Gender, Kinship , and Caregiver Burden: The Case of Community-dwelling Mmemory İmpaired Seniors. Int J Gerișatr Psychiat,2003;18:722-732
- 65)Aşiret D., Kapucu S., İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi. 2012;2:73-80

- 66) Balkan E.S., Fışıloğlu H., (2017) İncinebilirlik Stres Uyum Modeli Çerçevesinde Evlilik Uyumunu, Nesne Psikoloji Dergisi, 5(9), (s167-186)
- 67) İlerisoy M., (2012) Aile Sistemleri Kuramı Çerçevesinde İntertilitite Tedavisi Gören Ailelerde Aile Yaşam Döngüsünün Nitel Yöntemlerle Araştırılması, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- 68) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Zaman-Kullanim-Arastirmasi-2014-2015-18627> (erişim tarihi: 08.08.2021)
- 69) Kahrıman, F. (2014). Kanserli hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi
- 70) Adak, N., 2003. Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: kadınlar. Aile ve Toplum, 2, 1-9.
- 71) Çetin N., Demiralp M., Oflaz F., Özşahin A., Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi, Anatolian Journal of Psychiatry 2013; 14:19-26
- 72) Mollaoğlu M., Tuncay Ö.F., Fertelli K.T., İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler, DEUHYO ED 2011, 4 (3), 125-130
- 73) Kalinkara V., Kalaycı I., Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik, Yaşlı Sorunları Aştırma Dergisi, Cilt (Vol) 10, Sayı (Number) 2, 2017, Sayfa (Pages) 19-39
- 74) Yıldırım S., Yalçın N., Gülerc., Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakım Veren Yükü Sistematiik Derleme, 2017
- 75) Sağlam Z., Koç Z., Çınarlı T., Korkmaz M., Altmışbeş Yaş Ve Üzeri Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü İle Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Samsun Sağ Bil Der, 2016; 1(2): 40-60
- 76) Covinsky KE, Goldman L, Cook EF, Oye R, Desbiens N, Reding D. The impact of Serious Illness on Patients' Families. J Am Med Assoc 1994; 273: 1839-45
- 77) Yeşil T., Ulusoy Ç.E., Korkmaz M., Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, GÜSBD 2016; 5(4): 54-66
- 78) Uğur Ö., Fadiloğlu Ç., Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Doktora Tezi, İzmir, 2006
- 79) Yaşar K.E., Temel B.A., Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler, İzmir, 2009
- 80) Duman H., Konya İlinde Evde Bakım İhtiyacı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükünün, Yaşam Kalitesinin Ve Bunlarla İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, Konya, 2019
- 81) Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017

Ek.1. Etik Kurul Onay Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.07.2019-E.51254



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/51254
Konu :Başvurunuz hk.

26/07/2019

Sayın Doç. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ

İlgi :20.06.2019 tarihli dilekçeniz
78.190.177.172
93913
10.08.2021

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Evde Bakım Hizmeti Veren Hasta Yakanlarının Bakım Yüktü ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu çalışmanız 02.07.2019 tarih ve 12 sayılı kurul toplantınızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek.2.Çalışma İzni



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Kay Devlet Hastanesi



Sayı : 90745374-619
Konu : Çalışma İzni / Bahriye Buket
BALABAN

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Antalya Kamu Eğitim Bürosu)

Kararımız Kay Devlet Hastanesi Personeli, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Bahriye Buket BALABAN'ın "Evde Bakım Hizmeti Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü ve Bunu Etkileyen Faktörler" konulu çalışmasını Hastanemizdeki uygulama talebi Baştahipliğimizizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Serdar YILMAZ
Başhekim

Kay Chavlat Harnowski

Telefon: Faks No:

e-Pin: policy.pwscd@usgik.gov or Internet Address: gtygms307@gmail.com

For more electronic issues, visit <http://a-belga.aegha.gov.tr> or alternatively 02620467-6861-4904-6546-43326736666 koda ile orijinalınıza.

Bu belge 3070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İlgi İlgi: Gülay GÜNEŞ

5. CONCLUSION

Toll-free No. 8242 8363 183