



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EVDE YATAĞA TAM BAĞIMLI HASTALARA BAKIM
VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DUYGU ÇOBAN SIKILMAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi NİHAL SUNAL

İSTANBUL-2018



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EVDE YATAĞA TAM BAĞIMLI HASTALARA BAKIM
VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DUYGU ÇOBAN SIKILMAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi NİHAL SUNAL

İSTANBUL-2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Duygu ÇOBAN SIKILMAZ
Tez Başlığı : Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım
Yükü ve Etkileyen Faktörler
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 12.04.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Dr.Öğr.Üye.Nihal SUNAL

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Seher DENİZ ÖZTEKİN

İstanbul Üniversitesi

Dr.Öğr.Üye. Özlem AVCI

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun .18./04./ 2018. tarih ve .2018.../...16.... - 02... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazılımına kadar bütün kademelerde etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Duygu ÇOBAN SIKILMAZ



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sũresince bilgi ve deneyimleri ile beni yœnlendiren Sayın Tez Danıőmanım Dr. œđr. Őyesi Nihal SUNAL' a ;

Araőtırmamın gerçekleőtirilmesini sağlayan T.C. Sağlık Bakanlığı Tũrkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bayrampaşa Devlet Hastanesi'ne araőtırmamı yaptım Evde Sağlık Hizmetleri'nde beraber ter dœktũđũm iş arkadaşlarıma,

Anket sorularıma cevap veren hasta yakınlarına,

Her zaman yanımda olan canım annem ve babama,

Sonsuz Teőekkũr Ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4.GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Kronik Hastalık.....	7
4.2.Yaşlılık.....	9
4.3.Özürlü-Engelli Kavramı.....	13
4.4.Yatağa Tam Bağımlı Hasta Özellikleri ve Bakım	15
4.5.Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Bakım Verme Nedenleri.....	16
4.5.1. Hastanın Kendisine Ait Olan Nedenler.....	16
4.5.2. Hastaya Yardım Eden Kişiyeye Ait Olan Nedenler.....	16
4.6.Bakım Verme ve Bakım Verme Yükü.....	16
4.6.1. Objektif Bakım Verme Yükü.....	17
4.6.2. Subjektif Bakım Verme Yükü.....	17
4.6.3. Objektif Bakım Verme Sonuçları.....	18
4.6.4. Subjektif Bakım Verme Sonuçları.....	18

4.7.Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Bakım Verenlerin Özellikleri ve B.V.Y.....	19
4.7.1. Formal Bakım Vericiler	20
4.7.2. İnfomal Bakım Vericiler.....	21
4.7.3. Primer Bakım Vericiler.....	21
4.8.Bakım Verici Yükünün Değerlendirilmesi.....	24
4.8.1. Objektif Değerlendirme.....	25
4.8.2. Subjektif Değerlendirme.....	25
4.9.Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü.....	26
4.9.1. Hemşirelik ve Bakım Vericinin Fiziksel Sorunları.....	28
4.9.2. Hemşirelik ve Bakım Vericinin Duygusal Sorunları.....	29
4.9.3. Hemşirelik ve Bakım Vericinin Sosyal Sorunları.....	29
4.9.4. Hemşirelik ve Bakım Vericinin Ekonomik Sorunları.....	29
4.10.Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	31
4.10.1.Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Tanımı.....	31
4.10.2.Evde Bakımın Önemi.....	33
4.10.3.Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Kapsamı.....	34
4.10.3.1.Hizmet Alanların Niteliğinin Evde Bakım Hizmetine Etkisi.....	35
4.10.3.2. Hizmet Sunanların Niteliğinin Evde Bakım Hizmetine Etkisi.....	35
4.10.3.3. Ulusal ve Uluslararası Sağlık Politikalarının Evde Bakım Hizmetine Etkisi	36
4.10.3.4. Teknolojik Çalışmaların Evde Bakım Hizmetine Etkisi.....	36
4.10.4.Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Hedefi.....	37
4.10.5.Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Olumlu Ve Olumsuz Yönleri.....	37
4.10.5.1.Evde Bakımın Olumlu Yönleri.....	37

4.10.5.2.Evde Bakımın Olumsuz Yönleri.....	40
4.10.6.Evde-Sağlık Bakımın Tarihçesi.....	41
4.10.7.Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Ülkemizdeki Yasal Durumu.....	43
4.10.8.Dünyada ve Türkiye de Evde Bakım Hizmetleri Mevcut Durumu.....	44
4.10.9.Evde Bakım Hemşireliği ve Önemi.....	47
5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	51
5.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	51
5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	51
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi Seçimi.....	51
5.4. Veri Toplama Araçları.....	51
5.4.1.Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Ait Sosyo-Demografik Veri Formu	51
5.4.2.Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Bakım Verenlere Ait Sosyo-Demografik Veri Formu.....	51
5.4.3.Burden Interview Bakım Yüğü Ölçeğı.....	52
5.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	52
5.6. Veri Toplama Yöntemi.....	52
5.7.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	53
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	53
6.BULGULAR.....	54
7.TARTIŞMA.....	70
8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
9. KAYNAKLAR.....	89
10. EKLER.....	98
11. ETİK KURUL ONAYI.....	108
12. ÖZGEÇMİŞ.....	111

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EBH: Evde Bakım Hizmetleri

ESYS: Evde Sağlık Yönetim Sistemi

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

FSÖ: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

ICF: Uluslararası Fonksiyonel Sınıflama

SVO: Serebro Vasküler Olay

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TDK: Türk Dil Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar LİSTESİ

Tablo.6.1.1: Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre dağılımı.....	56
Tablo.6.1.2: Katılımcıların alışkanlıkları ve ekonomik durumlarının frekans dağılımları.....	58
Tablo.6.1.3: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin frekans dağılımları.....	59
Tablo.6.1.4: Katılımcıların hastaya bakım verme durumlarına ilişkin frekans dağılımları.....	60
Tablo.6.1.5: Katılımcıların hasta bakımı ile ilgili ailede güçlük yaşama durumlarına ilişkin frekans dağılımları.....	61
Tablo.6.2.1: Yatağa tam bağımlı hastaların bazı demografik özelliklerine göre dağılımı.....	62
Tablo.6.2.2: Yatağa tam bağımlı hastaların hastalık durumlarına ilişkin frekans Dağılımı.....	64
Tablo.6.3.1: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine yönelik betimsel istatistikler.....	66
Tablo 6.4.1: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin görüşlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması.....	68
Tablo 6.4.2: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin görüşlerin demografik özellikler göre karşılaştırılması.....	69
Tablo 6.5.1: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin görüşlerinin yatağa tam bağımlı hastaların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması.....	70
Tablo 6.5.2: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin görüşlerinin yatağa tam bağımlı hastaların bazı demografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	70

1.ÖZET

EVDE YATAĞA TAM BAĞIMLI HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Evde bakım hizmetleri temel sağlık hizmetlerinin evde devamlılığını sağlayan önemli bir modeldir. Yataklı tedavi kurumlarında bakım için hastaya hastanede harcanan yüksek maliyetler, hastane yatak sayılarındaki yetersizlikler, hastanın evinde kendini daha huzurlu hissetmesi, hastane sonrası bakımın yerini evinde bakıma bırakmaktadır. Bu çalışma, evde yatağa tam bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 2015 yılı Mart ayında İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi Evde Bakım Biriminden yaralanan bakım vericilerle görüşme yapılarak gerçekleştirildi. Örneklemimizi, en az bir aydır tam bağımlı olan 70 (yetmiş) hastaya bakım verenlerden oluşturdu. Çalışmamızda üç ayrı veri formu kullanılmıştır. Örneklem tüm evreni kapsamaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 kullanılmıştır. Bakım verenlerin sosyal ve demografik verileri incelendiğinde, %78,6'sı **kadın**, %48,6'sı 38-54 yaşında olup, %78,6'sı evli olduğu, %48,6'sının **ilköğretim** mezunu olduğu, %67,2'sinin ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerin **aile yapılarının** %60,0 lık kısmı “çekirdek aile” olarak tanımlarken **çocuk sayılarının** ise %61,4 ile “1-5 arasında”, şeklinde olduğunu, %98,6'sının hasta ile **akrabalık derecesi** bulunduğunu; bakılanların %37,1'inin bakanın annesi olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların günlük yaşama durumlarına ilişkin frekans dağılımları incelendiğinde %85,7'si aile içinde **güçlükler yaşandığını** bu güçlüklerin “bakımda zorluklar”, “psikolojik sıkıntılar” ve “maddi zorluklar” olduğu bildirmişlerdir. Çalışmamızda bakım veren bireylerinin bakım verme yükü puan ortalaması 38,94 minimum: 15, maksimum: 71 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda; yatağa tam bağımlı bireylere bakım verenlerin bakım yükleri ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, bakımdan sorumlu olan evde bakım hemşireleri ile çalışma sonuçlarının paylaşılması; hemşirelerinin eğitim, danışmanlık ve hasta bakımı rollerinin planlanmasında rehber olacaktır.

Anahtar Kelimeler: yatağa tam bağımlı, bakım verici, bakım verme, bakım verici yükü

2.ABSTRACT

BURDEN CARE AND AFFECTIVE FACTORS IN CAREGIVERS OF BED BOUND PATIENTS

Home care services is an important model that supplies persistence for basic health services in homes. Because of high costs in hospitals for care, inefficiencies of number of beds in hospitals, patient's feeling more comfortable in their homes, home care comes after care in hospitals. This study was conducted to determine burden care and affective factors in caregivers of bed bound patients. Caregivers who attended to İstanbul Bayrampaşa Government Hospital Home Care Unit were taken to the study in March of 2015. Sample consisted of caregivers of 70 patients who were bed bound for one month at least. Three different data form were used. Sample was involved all universe. For data analysis, SPSS 18 was used. In the study; of the participants; 78.6% were women, 48.6% were between 38-54 years old, 78,6% were married, 48,6% were graduated from primary school and 67.2% were house wife. Also, 60.0% of their families were nuclear family and 61,4% of them had 1-5 children. Besides, 98.6% of them were relatives of patients and 37.1% of them were their mothers. It is determined that 85.7% of caregivers lived some difficulties as 'difficulties in care', 'economical difficulties'. Their burden care mean was 38,94 as minimum: 15, maximum: 71. According to these results; evaluation of burden care and affective factors of caregivers, sharing study results with home care nurses could be guide for planning of education, consultancy and patient care roles of nurses.

Key Words: bed bound, caregiver, giving care, burden care

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin sonucunda tıp ve sağlık alanında önemli gelişmeler yaşanmaktadır. (1) Yeniliklerin getirdikleri ileri teknolojinin kullanımı, nitelikli profesyoneller ile hizmet verme, hasta bakımında kaliteyi yükseltme çabaları, alan araştırmaları gibi nedenlerin sağlık hizmetlerinin maliyetini yükselttiği bilinmektedir. (2) Sağlık alanındaki hizmet niteliğinde gelişim hasta kişilerin nitelikli ve ucuz sağlık hizmetlerini daha fazla talep etmesine ve ayaktan tedavi uygulamalarına yönelmelerine yol açarken, bu uygulamaları da daha popüler hale getirmektedir. (3)

Tıp-teknoloji alanında ve erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ile yaşam standardının yükselmesi hastalıklara bağlı ölümlerin azalmasına neden olurken, yaşlanan nüfusta kronik hastalıkların sayısında artış olmaktadır. (4) Kronik hastalıklar ortalama yaşam ömrünün uzaması nedeniyle gelişmiş ülkelerde de en önemli sağlık sorunları arasında görülecek olup ülke ekonomisine ciddi oranda yük getirmektedir. (5)

Toplumsal ilerlemenin artmasıyla gereksinimleri fazlalaşan insanların sağlık sorunları da çeşitlenmektedir. Bunlar; hastane yatak sayısının azlığı sonucu hizmetin verimli bir şekilde sağlanamaması, sağlıkta kalite güvenliği ve kaliteli hizmet talebinin karşılanması ile ilgili sorunlar, hasta kişide hastaneye yatış ile psikolojik, fiziksel ve -sosyal sorunlar şeklinde sıralanmaktadır. (6) Engelli (özürlü), yaşlı ya da hasta olması nedeniyle yetersizlik yaşayan bireyin, desteğe ihtiyaç duyması ve bu desteğin GYA için gerekli olması, bakım hizmetlerine olan ihtiyacı doğurmaktadır. (7)

Son yıllarda toplumun her kesiminde sunulmaya çalışılan sağlık hizmetlerinin maliyet oranının artması, sınırlı hizmet kaynakları, sağlık sektöründe ekonomi alanında maliyeti azaltarak hizmet sunma ihtiyacını gündeme getirmiştir. (8) Günümüzde hızla artan nüfus, engelli birey sayısında artış, yaşlanan toplum, kronik hastalıklar ile gelişen erken ve geç komplikasyonlar nedeniyle kişilerin uzun süre hastane ortamında bakılması ekonomiye ciddi anlamda maddi yük getirmektedir. (9) Tekrarlı yapılan hastane poliklinik başvuru ve hastane yatışlarının çok fazla olduklarını ve ülke ekonomisine büyük zorluklar getirdiğini görmek güç olmamaktadır. (10)

Yatağa tam bağımlı hastaların ihtiyaç duyduğu bakımın genellikle sürekli ve uzun süreli olması ve bu hizmetin sürekli hastane ortamında verilmeye çalışılması sağlık sistemi için önemli sorunlar yaratmaktadır. Hastalıkların doğurduğu bakım ihtiyacı evrendeki ülkelerde farklı sağlık modelleri altında karşılanmaya başlanmış ve zamanla geliştirilmiştir. Nüfusun artması sonucu ortalama yaşam ömrünün uzaması nedeniyle yaşlı, özürü ve kronik hastalıklı birey sayısının artması ile formal ve informal bakım talebinin yükselmesi, Evde Sağlık-Bakım Hizmetine ihtiyacı meydana getirmiştir. (11)

Epidemiyolojik ve Demografik değişimlerden kaynaklanan ortak sonuç, psiko-motor bağımlılıkları sonucu oluşan yetersizliklerde bireysel ve daimi insani ihtiyaçların karşılanma arayışı bakım ihtiyacını arttırmıştır.(12)

Ülkemizde 2010 yılından sonra Evde Sağlık-Bakım Hizmetleri devlet destekli çeşitli kurumlarca karşılanmaya başlanmıştır.(13)

Bu hizmet hem Devlet hem de Özel Sektör tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı planlaması ile 2014 yılında Evde Sağlık Hizmetleri üç şekilde uygulanmaktadır:

- İl Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı Aile Hekimleri tarafından, aile hekimliği yasal düzenlemeleri doğrultusunda verilen hizmetler,
- Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerine bağlı Hastaneler bünyesinde kurulan Evde Sağlık Hizmet Birimleri tarafından verilen hizmetler,
- Belediyeler tarafından verilen sağlık hizmetleri şeklinde tanımlanmış olmasına rağmen; hizmet sunumunda en önemli kısmı hastaneler bünyesinde kurulan Evde Sağlık Birimleri üstlenmiş durumdadır.(14)

2017 yılı Temmuz ayından itibaren devlet sağlık politikalarının değişen kararları ile, Halk Sağlığı Müdürlüğü Evde Sağlık Birimi ve ilgili iş ve işlemlerini Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü bünyesinde birleşerek hizmet vermeye başlamış olup, Evde Sağlık Yönetim Sistemi (ESYS) ile tek elde toplanarak ortak telefon numarasına bildirilen not ile ihtiyaç sahibi evde bakım hastalarına 24 saat içinde gidilen ve rapor edilen hasta memnuniyeti odaklı bir sisteme geçilmiştir.(15)

Ev ortamında sağlık ya da bakım hizmeti verilirken özellikle yatağa tam bağımlı hastalarda bakım verenlerin yuku artmaktadır. Yapılan örnek ve benzer araştırmalarda yatağa tam bağımlı hastalarına bakım veren ailelerin bakım yuku yaşadıkları bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin %88.2'sinin hastanın acı çekmesinden, %54.4'ünün hastalık hakkında bilgisi olmamasından, %63.2'sinin hastadaki depresyondan ve %47.1'nin hastalık bulgularından olumsuz yönde etkilendikleri belirlenmiştir.(16)

Zamanla geniş aile yapısının küçülerek çekirdek aile yapısının gelişmesi, ailede çoğunlukla hasta bireyin bakımını üstlenen kişi olan kadının da günümüzde çalışma hayatına katılması, kadının ev işleri, çocuk bakımı gibi ek sorumluluklarının da olması, sorunların diğer insanların yaşamlarına göre daha fazla yaşanmasına neden olmakta ayrıca bakım gerektiren hasta bireyin çeşitli ilaç, tıbbi malzeme ve ekipman gereksinimi olması bakım vericiler için maddi manevi yük oluşturmaktadır.(17)

Bakım yuku hem hastalar ve hem de bakım verenlerden kaynaklanan çok boyutlu özelliklerinden etkilenmektedir. (18) Son yıllarda devletin evde bakılan hastalar için aile üyelerine verdikleri maddi destekler ve hasta ile bakım vericilerin yakınlaşma sürecinden dolayı duygusal bağ oluşturması ve gelişmesi şeklinde olumlu sonuçları da bulunmaktadır. (19)

Artan bakım yuku çeşitliliği ve buna bağlı bozulan yaşam kaliteleri, bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntılar, tedavi alan bireyin hastalığına uyumunu güçleştirmekle birlikte hasta bireye sağlıklı ve bilinçli bir şekilde bakım verebilmesi için öncelikle bakım vericinin kendi ihtiyaçlarını karşılamış olması gerekmektedir. (20) Hastalara bakım veren bireylerin bakım yuku nedenlerinin bilinmesi, hastanın etken sonucu bozulan uyum (adaptasyon) durumunu desteklemek, geliştirmek ve dengelenen sağlığının sürdürülmesinde, tedavi ve bakım sürecinde ayrıca hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında da önemi büyüktür. (21) Yatağa bağımlı bireylere bakım verenlerin bakım yükleri ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, özellikle bakımdan birinci derecede sorumlu olan evde bakım hemşireleri ile çalışma sonuçlarının paylaşılması; evde bakım hemşirelerinin eğitim, danışmanlık ve hasta bakım rollerinin planlanmasında rehber olacaktır. (22)

4.GENEL BİLGİLER

Tanımlar;

Yatağa bağımlılık

Kişinin kendi temel ihtiyaçlarını giderebilmesi, sosyo-kültürel ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması için günlük yapması gerekenleri yapamaması, bağımsızlık düzeyinin bağımlı hale gelmesi, birinin yardımına ihtiyaç duyma hali olarak tanımlanmaktadır (23).

Bakım

Türk Dil Kurumu'nun tanımında bakım; “bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak tanımlanmaktadır (24).

Bakım Hastası (Bakıma Muhtaçlık): Hastalığı nedeniyle bakıma muhtaç olan, kendi başına işlerini yapamayan, kendi başına hastaneye gelemeyecek durumda olan ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için başkalarının desteğine ihtiyacı olan hasta kişi olarak tanımlanmaktadır (25).

Evde Bakım: kronik hastalığı, engeli veya yaşlılığı olanların ihtiyaçları doğrultusunda uzun ya da kısa süreli zamanda bireyleri buldukları ortamda psiko-sosyal, tıbbi ve günlük temel ihtiyaçlarının sağlanarak ya da desteklenerek yükünü hafifletmek, çevreye uyumunu kolaylaştırmak, kendisi ve ailesinin ihtiyaç duyduğu bilgilendirmeleri yapmak şeklinde tanımlanmıştır (14).

Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı “Profesyonel sağlık çalışanları tarafından veya hastabakıcı gibi informal tarzda yetişmiş bireyler tarafından hastaya kendi ev ortamında bakım hizmetinin verilmesi” olarak tanımlanmıştır (26).

Bakım Verme Yükü: Bireylerin bakmakla yükümlü oldukları kişilerden kaynaklanan fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmalarıdır (27).

Bireyin başta temel ihtiyaçları olmak üzere kendi başına yapamadığı aktivitelerin çevresindeki diğer bireyler tarafından yapılmasıyla bakım veren kişide ortaya çıkan

sosyoekonomik düzeyde, sosyal iletişimde ve ya ruh ve ya beden sağlıklarında bozulma durumları olarak tanımlanabilir (28).

4.1.Kronik Hastalık,

Çoğunlukla hayat boyu sürebilen, semptomatik tedavi edilen, kişinin doktor kontrolünde olması gereken, birkaç kronik hastalığın birbirini tetikleyerek bireyi hastane yatışların sevk edebilen, nedeni çoğunlukla bilinmeyen, genetik geçişli ya da doğuştan olabilen, tedavi süreci süreklilik gösteren bir hastalık çeşididir (29). Medikal tedavi ve rehabilitasyon ile sonuç alınamayan, tam anlamda iyileştirilemeyen, sağlıklı bireyin çalışma kapasitesini ve yaşam fonksiyonlarını uzun süreli etkileyen, ömür boyu tedavi gerektiren, tedavi süresi boyunca psiko-sosyol ve ekonomik alanlarda desteklenmesi gereken, çoğunlukla non-enfeksiyöz türde hastalıklardır (30).

Bu hastalıklar bulguların tekrarı, tedavinin sürekliliği ve bakımın özenli olması nedeniyle evde bakım gerektiren öncelikli hastalıklardır. Kronik hastalıklar sonucu artan mortalite ve morbidite oranları ve uzun süreli sağlık harcamaları nedeniyle Dünya ve Türkiye’de başta nüfus, sağlık ve ekonomi alanlarda önemleri giderek artmaktadır (31).

Son yıllarda Dünyada ve Türkiye’de yaşayan bireylerin yaşam süresinin uzaması, çevrede yaşanan değişiklikler, hareketsiz yaşam ve yetersiz ve dengesiz beslenmenin kronik hastalıkların sayısını arttırması olası bir sonuçtur (8).

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıkları; “kalıcı sekeller bırakan, geri dönüşümsüz patolojik değişimlere neden olan, hastanın iyileşmesi için özel hasta eğitimine gereksinim duyulan bunların yanında uzun süreli takip ve bakım gerektiren süreğen hastalıklar” olarak tanımlanmıştır (31).

DSÖ' nün 2011 yılında yayınladığı raporda, bulaşıcı olmayan hastalıkların ülke profilleri ile ilgili verilerini doğrular niteliktedir. 2008 yılında ülkemizdeki tüm ölümlerin % 85'ini kronik hastalıkların oluşturduğu tahmin edilmekte olup, bu hastalıkların başlıcaları; kardiyovasküler hastalıklar (%49), kanser (%18), solunum hastalıkları (%9), diyabet (%2) ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklardır (%7) (32).

Bu verilere ek olarak 2008 yılında ülkemizde 60 yaş altında tüm kronik hastalıklardan

ölümün erkeklerde % 30.8, kadınlarda % 22.9 olduğu belirtilmektedir (33).

Hastalık bireyin yaşantısında aksaklıklara neden olan, ruhsal bunalım yaşatabilen, sosyal ilişkilerini etkileyen, fizyolojik sıkıntılara yol açan bir kriz durumudur. Kronik hastalıklar, sağlıklı bireylerin çalışma kapasitesini ve yaşam fonksiyonları engelleyen, hayat boyu tedavi süreci gerektiren, dış görünüşte bozulma ve rol karmaşasına yol açan hastalıklar olup, kişinin çevreye uyum kapasitesini değiştiren ve etkileyen bir takım faktörler stres kaynağı olabilmekte ve yaşam boyu kalıcı değişikliklere sebebiyet verebilmektedir (34).

Kronik hastalıkların çoğu zaman orta yaşta başladığı ve ömür boyu sürdüğü görülmektedir. Tedavi sürecinden sonraki iyileşme dönemi sonrasında hastalık tekrarlarında hastalık seyrinin daha ağır olabildiği durumlar görülebilmekte, kesin olarak iyileşme sağlanamamaktadır (31). Günümüz şartlarında hastalar büyük oranda ileri yaş grubunda olup, altmış beş yaş üstündeki her üç bireyin birinde kronik hastalığa sahip olma durumu söz konusudur. Ölümlere sebep olma ihtimali çok fazla olan kronik hastalıklar sonucuyla yeti yitimi olan ve yaşamsal etkinlikleri açısından bağımlı hale gelen hastanın bakımında hastane bakımı yerini evinde bakıma bırakmaktadır (34).

Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım almasıyla ilgili yapılan örnek bir çalışmada, hastaların tanıdıkları tarafından evde bakılmasını tercih ettiklerini, kendilerini daha güvende ve rahat hissettiklerini belirtmiş olup, bu grup çoğunluktadır (13). Kronik hastalığı olan kişilere bakım verenlerin ihtiyaç duydukları yönde desteklenmesi, doğru ve yararlı bakım verme ilkeleri hususunda eğitim verilmesi, bakımdaki karışıklık ve belirsizliği önleyerek, kriz ortamının oluşmasını engelleyecek olup, stresle baş etme yöntemlerinin aktarılması ile de olası bir kriz halinde bakım vericilere yol gösterecektir (18).

Birçok etken ve etkileşimler sonucu meydana gelen kronik hastalıklardan kısmen korunma yöntemleri bulunmaktadır. Toplumsal olarak; temiz hava çalışmaları, düzenli beslenme, yediden yetmişe spor yapmaya teşvik etmek için alt yapı çalışmalarının

yapılması, kötü alışkanlıklardan (sigara, alkol, uyuşturucu vs.) uzak durma, ücretsiz yapılan periyodik muayeneler ve check-up hizmetleri, tüm bireylerin düzeylerine uygun eğitimlerin planlanması ve uygulanması, genetik yatkınlığı olanların daha sık kontrolü, erken teşhis için bilgilendirme gibi önlemler bu hastalıkları önlemede yardımcı olabilir (35).

4.2.Yaşlılık:

Son yıllarda özellikle gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin; temel halk sağlığı hizmetleri kapsamına alınarak insan sağlığı koruma ve geliştirme konusunda farkındalık oluşturulması, yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat edilmesi, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, tedavi olanaklarının artması, ölümlerle sonuçlanabilecek birçok bulaşıcı hastalığın kontrol altına alınması, doğum oranlarının düşmesi ile ortalama yaşam beklentisi yükselerek toplumda yaşlı nüfus sayısını arttırmıştır (8). Sanayileşme ile kişilerin sosyal, ekonomik, kültürel, teknolojik ve demografik etkileşimler yaşaması sonucu yaşlılık olgusu farklı anlam ve değer kazanmış olup, tıp alanındaki ilerlemeler insanların uzun ömürlü olmasını sağlamıştır (36). Bilim ve teknolojideki gelişmeler ile yaşam koşullarının iyileşmesi ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir ve uygulanabilir olması ortalama yaşam süresinin yükselmesini sağlarken; doğurganlık oranını azaltmıştır (18).

Yaşlı insan, mental ve fonksiyonel faaliyetleri yerine getirememe, bağımlı olmaya aday kişiler olarak tanımlanabilir. Bu tanıma zaman faktörünü eklendiğinde ise yaşlılığı “İlerleyen zaman ile birlikte, kişinin çevreye uyum sağlama yetisinin ve organizmanın iç-dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması, yaşamak için karşılanması gereken temel ihtiyaçların karşılanamaması, karşılanması için yarı bağımlı ya da tam bağımlı olarak yardım alınması, psikolojik olarak ölüme yaklaşma hali olarak da tanımlanabilmektedir (31).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılığı; “Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması“ olarak tanımlamaktadır (14). Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre yaşlılık dönemi başlangıcı olarak, 65 yaş kabul edilmektedir. Buna göre “65–74 yaş arası genç yaşlılık, 75–84 orta yaşlılık, 85 ve üzeri yaşlar ise ileri yaşlılık dönemi” olarak adlandırılmaktadır.(10) Dünya Sağlık Örgütü’nün yaşlılıkla ilgili yayınladığı

raporlarda, 65 yaş ve üzeri yaş grubunu gelişmiş ülkelerde tüm nüfusun %12-18'i olarak belirtmiş, gelişmekte olan ülkelerde ise sadece %4-7'sini oluşturduğunu bildirmiştir (37).

Yaşlılık ile ilgili oranlara bakıldığında; Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 65 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfus içindeki oranının 2030 yılına kadar 65- 69 milyon, 2050 yılında ise 80 milyon olacağı tahmin edilmekte olup, 2020 yılında Hollanda'da bu oranın %22'ye ulaşacağı bildirilmektedir. Avusturya'da %15.4, Almanya'da %16.2 ve 2025 yılında ise Avusturya'da %21.5, Almanya'da %23.4, Japonya'da %26.7 ve ABD'de %20'ye yükseleceği belirtilmektedir (38).

Dünya genelinde 60 yaş üzerindeki nüfusun 2025 yılında 1,2 milyara, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yapılan demografik tahminlere göre 2050 yılında dünyada her bir çocuga karşılık iki yaşlının bulunacağı tahmin edilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın "1996 yılında yapmış olduğu nüfus projeksiyonlarında, ülkemizde 65 yaş ve üstü nüfusun 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre %5.9 olduğunu, 2010 yılında %6,7, 2020 yılında %8,5 olduğunu ve 2030 yılında ise %12,1 olacağını tahmin edilmektedir.(5) Artan yaşlı nüfusun gelecek zamanda sayılarında daha fazla artış olması olası bir sonuçken, yaşlanan nüfusun ihtiyaç durumu da giderek değişken bir hal alabilir (39).

Yaşlanma dönemi fizyolojik bir süreçtir. İnsan vücudunda bulunan hücre, doku, organ ve sistemlerde zamanla meydana gelen, kalıcı ve hasarlı izler bırakan bir yaşamın dönemselsel bir kesitidir. Sağlıkla ilgili yapılan araştırmalar, geliştirilen sağlık hizmetleri, eğitilen toplum, teknolojik gelişmeler, anne bebek ölümlerinin azalması gibi faaliyetler sonucunda toplum yaşlanmaktadır. Yaşlanma süreciyle beraber sağlıkları bozulmuş, aktiviteleri azalmış, üretkenlik yetenekleri sınırlanmış ve bir anlamda kendilerine bakacak birine ihtiyacı olan yaşlıların sorunlarını artırmıştır. Yaşlı bireyin GYA' nden en az birini yerine getirememesi ya da bir ya da bir kaçını yapmakta zorlanma sonucu meydana gelen fiziksel yetersizlik ile birlikte uzun süreli sağlık bakımına ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşlı nüfusun giderek arttığı dünyada, yaşlı bakımı, sorumluluk ve yük kavramlarının oluşmasına neden olmuştur (27). Ülkemizde ileri yaş ile birlikte kişilerde belirli bir hastalık olmamasına rağmen fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden bazı farklılıklar görülebilmektedir. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri

nüfusun %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve daha fazla kronik hastalık olduğu tahmin edilmektedir. Yaşam kalitesini düşüren kronik hastalıklar, geriatric toplumlarda hızla artış göstermekte olup, yaşlı bireyin sosyal sağlığını da etkilerken; ihtiyaç durumu, tedavi ve bakım gereksinimleri açısından yaşamın diğer dönemlerine göre daha fazladır (40).

Yaşlının yaşamındaki sorunlara devletin yardım etmesi gerekli ve önemli olmakla birlikte, sonrasında sosyal politika ve bakım modellerinin belirlenmesi, ihtiyacı olana ulaştırılması ve sürekliliğinin sağlanarak gerekli denetimlerinde yapılması konusu bilhassa önem kazanmaktadır. Dünya ülkelerine ve ülkemizde kullanılan kurum hizmet modelleri; huzurevi, yaşlı bakım merkezi, yaşlı kulübü, yaşlı kreşi, yaşlı apartmanı olduğu görülmektedir. Hepsinin amacı yaşlıyı desteklemektir (41). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kurum bakımı, yaşlıların talep azlığı nedeniyle kullanılmamakta olup, evde bakım hizmeti bakıma muhtaç kişilerin isteği ile kendini tanıyanların yanında, kendi evinde ve ya yaşlının istediği yerde verilmesi şeklinde uygulanmıştır. Bu uygulama ile evde bakım, destekleyici evde bakım şeklinde sunulmuştur. Tercih edilme nedeni olarak da diğer kurumların soğuk yüzü, ilgi azlığı, sürekli hareket hali, aile üyelerinin yokluğu sık görülenlerdir (42). Onat (2004) tarafından Yaşlanma ve Sosyal Hizmet Yaşlılık gerçeği konulu araştırmada yaşlıların neredeyse tamamına yakınının (%91.7) huzurevinde kalmayı istemedikleri belirlenmiştir. Huzurevinde kalmayı istememe nedenleri incelendiğinde yaşlıların yarısı (%50.1) ailesiyle kalmaktan mutlu olduğu, %21'inin çocuklarının izin vermeyeceğinin, % 9.9'unun yalnız yaşamaktan hoşlandığı, %2.2 si huzurevi ortamından rahatsız olduğu için kalmadıklarını, %1.8'i ise toplum başkası nedeniyle huzurevinde kalmak istememektedir (43). Yaşlıların evde bakımı çoğu zaman aile üyeleri tarafından kendi bilgi ve tutumları çerçevesinde verilmeye başlanmış olup, 2014 yılına kadar bütünleşmiş ve gelişmiş uzun süreli yaşlı bakım sistemi geliştirilememiştir (44).

Evde bakım verenler çoğu zaman yaşlının yakınları ve bakıcılar olmaktadır. Ülkemizde ise, evde bakıma muhtaç kişilere bakım verenler aileler olmakta, bakım verme işi aile içinde yerine getirilmesi gereken bir görev haline gelmektedir. Türk Aile Yapısı ile ilgili yapılan bir çalışmada "yaşlıların % 63'ü kendi evlerinde, % 36'sı çocukları ile birlikte, % 1'inin ise huzurevinde" yaşadığı bildirilmektedir (36).

Dünyada yaygın olmakla birlikte Türkiye’de yaşlıların bakımını üstlenen aile üyeleri, cinsiyet açısından değerlendirilirse kadınlardır (34). Ersoy ve Arpacı (2001) tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre; yaşlı bakımında gelinlerin en çok karşılaştığı sosyal sorunlardan; evde yaşlı olduğu için gelinin sosyal faaliyetlere katılamaması ve bu durumdan (%38.4) oranında etkilendiği belirtilmiştir. Yaşlı bakımının fazla zaman alması nedeniyle gelinlerin %36.1’i hobilerini gerçekleştirememektedir. Kendilerinin göz hapsinde tutulduklarını, engellendiklerini, denetlenmeye çalışıldıklarını ve yargılandıklarını belirtmektedirler (37).

Yaşlıların evde bakımını güçleştiren durumlar olarak; nüfusun hızla artması, endüstrileşme ve kentleşme sonucu meydana gelen iç ve dış göçler nedeniyle çekirdek aileye dönüşüm, çekirdek aileye dönüşüm ile konutların küçülmesi, kadınların çalışma yaşamına katılmasıyla evde bakacak birinin olmaması, bakım verme durumunun aile ekonomisine ek yük getirmesi, gençlerin yaşlılığa bakış açısının değişmesi sonucu kuşaklar arası ortaya çıkan iletişim bozuklukları, yaşlıya bakımın uzun süreli olması, bakımın çok boyutlu olarak biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel çerçevede verilmesinin gerekliliği, fedakarlık, vicdani ödev ve sabır gerektiren bir iş haline gelmesi gibi nedenler sayılabilir (45).

Yaşlılık döneminde verilmesi gereken bakımın tedavi, sosyal ve psikolojik alanlarda olması, birden fazla bakım vericiye ihtiyaç olması ve bakımın uzun süreli olması nedenlerinden dolayı bakımda çok boyutluluk olmakla birlikte yatağa tam bağımlı hasta grubunun çoğunluğunu yaşlılar oluşturmaktadır (46). Baran ve diğerlerinin (2005) yaptıkları araştırmada da yaşlıya bakım veren bireylerin %68.2’sinin yaşlı ebeveyn ile birlikte oturmanın yaşamlarına ekonomik, sosyal ve fiziksel yönden çeşitli kısıtlamalar getirdiğini belirtmiştir (47).

Bir ve ya birden fazla kronik hastalıkların görüldüğü yaşlı nüfusunda, özellikle kronik hastalıklara bağlı mortalite ve morbidite oranının yüksek olması ile sağlık harcamalarında önemli bir yer tutacağı düşünülmektedir. Yaşlılara sunulacak olan evde sağlık-bakım programının ulaşılabilir ve uygulanabilir olması, toplumda ayırım yapılmadan tüm ihtiyaç sahiplerine verilmesi, hastanın yanında bakım vericinin ihtiyaçlarının da birçok boyutta değerlendirilmesi ve özellikle sağlık hizmetinin geriatri konusunda eğitilmiş bir sağlık ekibi tarafından verilmesi amaca uygun hizmetin

yapılmasını etkileyen etkin ve yaralı bir yöntem olup, bu sistem giderek önem kazanmaktadır (31).

4.3.Özürlü-Engelli Kavramı;

Tarihin eski dönemlerinden bu yana, insanlık tarihi kadar eski olan engelli insan olma hali, toplumların bu kişilere yönelik tutum ve gelişmeler, engelli bireyler için verilen sağlık ve eğitim hizmetlerini önemli ölçüde etkilemiştir. İnsanlık tarihinin gelişimi ile toplumların engellilere yaklaşımı farklılık göstermekte olup, bilimsel, teknolojik, kültürel ve ekonomik yöndeki olumlu değişimlerle anlamlı farklılaşmaların olduğu tespit edilmiştir (48).

Engellilik (özürlülük) hakkında kaynaklara bakıldığında eş anlama gelen tanımların yapıldığı görülmektedir. Sıklıkla kullanılanlar, "bozukluk", "engelli", "özürlü" ve "sakat" kavramlarıdır. Bu kavramlar üzerinde henüz bir anlaşma sağlanamamış olup, farklı tanımlamalar yapılmaktadır (9). Bunlardan fiziksel ya da zihinsel özelliklerinden dolayı diğerlerinin yapabildiği etkinliklerin geçici ve ya kalıcı bir şekilde gerçekleştirmekte yetersizlik yaşama durumu olarak tanımlanmıştır. Daha geniş tanımıyla kişinin engelli olması nedeniyle yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel değişkenleri yerine getirmede sıkıntı yaşama durumuna özür-engel denir (36).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) **engelliliği**, "kişiden ya da bir bütün olarak vücuttan beklenen davranışlar, yetenekler ve görevler olarak ifade edilen **normal** aktivitelerin yerine getirilmesindeki eksiklik ya da sınırlılık" olarak tanımlamaktadır (49). DSÖ'nün 1980 yılında yayınlamış olduğu bildirgesinde, engellilikle ilgili temel kavramları tanımlamıştır. Hastalık sonuçlarına dayanan ve sağlık boyutuna ağırlık veren bir tanımlama ve sınıflandırma yapılmış, engellilik için alttaki üç ayrı kategoride tanım geliştirilmiştir.

Bu tanımlar Uluslararası Fonksiyon Sınıflandırması'nda da (ICF) aynı şekilde kullanılmaktadır. Bunlar,

*** Yetersizlik (Impairment): Sağlık bakımından psikolojik, fizyolojik ve anatomik (fiziksel) yapı veya fonksiyonlardaki eksiklik ve anormallik olarak,

*** Özürlülük (Disability): Bir aktiviteyi normal tarzda veya normal kabul edilen sınırlar içinde gerçekleştirmekteki kısıtlılık veya yetersizlik olarak,

*** Engellilik (Handicap): Bir yetersizlik veya engel nedeni ile yaşa, cinsiyete ve sosyal faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesi” şeklinde sınıflandırılmıştır (50).

TC 5378 sayılı Kanun’da özürlü kavramını; “Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi sonucu toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlüğü olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi” olarak tanımlanmıştır (51).

Kalıtım, beslenme, hastalık, kazalar, çevre-ortam, görenek-gelenek ve eğitimsizlik gibi etmenler özürlüğe neden olabilir (48). Engelli bireyin yaşadığı sıkıntıların sonuçları yalnız bu sorunu yaşayan bireyi değil, ailesini ve yakın çevresini de olumsuz etkilemektedir. Bu konuda yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar genellendiğinde, aile fertlerinin özürlü birey karşısındaki tepkilerinin; şok, inkâr, üzüntü, kızgınlık, suçluluk, kaygı, beklenmedik krizler, dış dünyanın tutumuyla yüz yüze gelmekten kaçınma, hayal kırıklığı, kendine güven ve saygıda azalma gibi olumsuz davranışların görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir (51).

İnsan, yaratma gücü ve yetenekleri ile toplumun ayrılmaz bir parçasıdır; özürlüler ve normaller arasında, sosyal haklar ve görevler açısından ayrıcalıkları ortadan kaldırmak ve onları toplumla kaynaştırmak, devletin en önemli görevidir. Özürlü bireyin, toplumun bir parçası olduğu göz ardı edilemez bir durumdur. Bu bireyler de toplumun her üyesi gibi; sağlık, iş, sosyal servislerin kullanımı gibi alanlarda ihtiyaç duydukları desteği alarak hayatlarını idame ettirebilmelidirler (52). Bu bireylere sunulacak hizmetlerin daha iyi planlanabilmesi ve oluşabilecek özürlülüğün önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınabilmesi için öncelikle özürlülük ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin belirlenmesi, ihtiyaçlar çerçevesinde planlama yürütme ve değerlendirme işlemlerinin yapılması gerekir (53).

Dünya ve Türkiye’de üzerinde önemle durulan kronik hastalıklarla ilgili pek çok yayın yapılmış ve bu hastalıkların hangi bölgelerde, hangi yaş gruplarında, hangi

cinsiyette daha fazla görüldüğüne dair analizlerde bulunulmuştur (25). Günümüzde değişen toplumsal yapı, yaşlı nüfusun artışı ve buna bağlı engelli ve kronik hastalıklı bireylerin artışı ile değişen sağlık sistemi evde bakım hizmetlerine ihtiyacı gündeme getirmiştir. Yaşlanma ile görülen ve görülme sıklığı artan patolojik, fonksiyonel değişiklikler ve hastalıklar nedeniyle günlük yaşantılarında bağımlı hale gelen, bakım ve desteğe ihtiyaç duyan ileri yaş grubu, yaşadıkları fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar ile bağımlı hale getirerek uzun süreli bakıma, sağlığın bozulmasına ve sosyal etkinliklerin kısıtlanmasına neden olmaktadır (27). Söz konusu durum engelli ve kronik hastalıklı bakım hastaları için de geçerli olup, evde bakım hizmetleri kurtarıcı durum halini almakta ve gelişerek, yaygınlaşmaktadır (29).

4.4.Yatağa Tam Bağımlı Hasta Özellikleri ve Bakım Verme;

Yatağa bağımlı olma, bireyin kendi temel ihtiyaçlarını giderebilme ve toplumda aktif rol alabilmeleri için bağımlı olmadan başarabileceği ve üslenebileceği aktiviteleri yerine getirememeleri durumuna denir. Bireyin yaşayabilmesi ve sağlığını koruyabilmesi için gerekli olan ihtiyaçlarını tek başına yerine getirememesi, yardıma ihtiyaç duyma hali şeklinde de tanımlanabilir. Kişinin yatalak olma nedenleri farklılıklar göstermekle birlikte yatağa bağımlı olma süresi de bu duruma göre kısa ve ya uzun süreli de olabilir (23).

Evde sağlık-bakım hizmetleri kapsamında öncelikle günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen, zorlanan, yatağa ya da eve bağımlı hastalar girmektedir. Yetişkinlerde yatağa bağımlılığın en önemli ve en sık nedenlerinden birisi serebrovasküler olaylar (svo) ya da travma sonrası gelişen nörolojik defisitler durumlarıdır. Buna istinaden evde sağlık hizmetleri kapsamına giren hastaların büyük bir kısmını hemiplejik ya da kuadriplejik hastalar oluşturur. Türkiye'de yapılan örnek bir çalışmada evde sağlık hizmetleri alan hastaların yaklaşık %30'unun nörolojik defisiti olan hastaların oluşturduğu bildirilmiştir (1). Sık görülen hastalıklar ve nedenleri görülen toplum için önemli olup, çok sayıda ölüm ve iş kaybına neden olan vakalar olması hasabiyle o toplum için önemli bir sağlık sorunudur. Bu anlamda nörolojik defisitler nedeniyle yatağa bağımlılığa neden olan serebrovasküler hastalık, inme, kaza ve engelli olma durumlarının toplumda sık görülmesi ve ölüme yol açması nedeniyle tüm dünyada

olduğu gibi ülkemiz içinde maliyet, işgücü ve hastanede kalış süresinin artmasına yol açması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (54).

Yatağa bağımlı hastalara sunulan evde bakım hizmetleri ile hasta ve ailesinin evde yaşayabileceği sorunlardan ötürü hasta ve bakım vericilerin birçok alanda desteksiz bırakılmaması, endişelerinin giderilmesi ve sorularının cevapsız kalmaması hususları üzerinde durulmaktadır. Ayrıca bu hizmetler ile hastalarda oluşan ya da oluşabilecek akut ve kronik komplikasyonlar engellenip, tekrarlı hastane yatışlarının azaltılarak aile ve ülke ekonomisine katkı sağlanacağı görüşü savunulmaktadır (55).

4.5.Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Bakım Verme Nedenleri

Bakım veren kişinin üstlendiği yükün sebeplerini bakım veren kişinin kendisine ait olan sebepler ve hastanın kendisine ait olan sebepler olarak iki bölüme ayırabiliriz (24).

4.5.1.Hastanın kendisine ait olanlar; düşünme-kavrama-tutum-bilme konularında yaşanan eksiklikler, işlevsel kayıplar, psiko-davranış problemleri görülmekte olup, ciddi bakım gerektiren bir süreçtir (23).

4.5.2.Hastaya yardım eden kişiye ait olanlar; baktığı hastaya olan yakınlık derecesi, ekonomik durumunun yeterli olması, bakmayı üstlenmesi, sağlık durumunun müsait olması, çevresel baskı, dini inançlar, insani ödevler, çevreden destek görmesi, vicdan ve merhamet duygularının varlığı sebepler olarak gösterilebilir (14).

4.6.Bakım Verme ve Bakım Verme Yükü:

Bakım verme, hastayı bütüncül ve çok yönlü yaklaşımla değerlendirebilmek ve ihtiyaçları doğrultusunda bakım sürecini planlamak- yürütmek, hastanın gereksinim duyabileceği her türlü alanda emosyonel, fiziksel, sosyal ve maddi desteğin düzenlenmesini kapsayan, bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme süreci olarak tanımlanmaktadır (56).

Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre yk "birinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev anlamına" gelmektedir. "Yük" kavramı bakım sunma yaşantısına yönelik olumsuz yaklaşımı yansıtır (24).

Bakım verme yükü, bilhassa primer bakım verenleri etkileyebilmektedir. Primer bakım veren kişi, hastanın her gün ihtiyacı olan asıl bakımını sağlayan kişi olabileceği gibi bakımı sağlayacak düzenlemeyi yapan ve bu düzenin sürdürülmesinden sorumlu olan kişi/kişiler olabilmektedir. Bu iş bakım verenlerin yaşamlarını hem fiziksel hem de duygusal açıdan tümüyle işgal eden bir süreçtir (55).

Literatürler incelendiğinde "bakım verici yükü", hasta bireye bakım verme sonucunda bakım vericide ortaya çıkan bedensel, emosyonel, sağlık, ekonomik, sosyal sorunlar ve aile ilişkilerinin bozulması şeklinde tanımlanmaktadır (16).

Bakım verici yükü iki başlık altında toplanmış olup, yük kavramları arasındaki farkın bilinmesi bakım için mühim olmakla birlikte bu sınıflama profesyonel destek için yol gösterebilir niteliktedir (57).

4.6.1. Objektif yük, somut gözlenebilir yapıda olup, bakım verme ile ilgili ortaya çıkan ve fiziksel iş yükü olarak tanımlanabilir. Başlangıç evresi olan hastaya yardım etme süreci ile ortaya çıkan, direkt bakım yüküdür. Bakım vericinin hasta ile ilgili tüm işleri (yardım, kontrol, ödemeler vb.), deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve gerçekleştirmediği aktivitelerini (hobiler, kariyer, meslek) kapsamaktadır (58). Objektif yük, kişinin yardıma muhtaç bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve enerji olarak da tanımlanabilir (59).

4.6.2. Subjektif yük, bakım verenin bakım esnasında sıklıkla yaşadığı olumsuz duygular ve sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır (10).

Subjektif yük maruz kalınan olumsuz durum nedeniyle bakımı veren ya da yardımcı olanların duygu durumunda meydana gelen değişiklikler, tutum ve duygusal tepkiler olarak da betimlenebilmektedir. Subjektif yükü gösteren duyguların başında kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler, bakım verme işinin sonucu olan depresyon göstergeleri olarak ifade edilmektedir (20).

Bakım verme ile oluşan sevgi ve samimiyet ortamı, tıbbi ve bakım anlamında yaşanan kişisel gelişim, sosyal desteğin alınması, kişisel doyum sağlama ile gerçekleşen kendine saygı duyma gibi olumlu sonuçları olsa da literatürde sıklıkla bakım verme güçlüğünün meydana geldiğini görmekteyiz. Bakım vericilerin tamamı bakım verme güçlüğü yaşamamakta aksine gurur ve haz duyanların da olduğunu görülmekle birlikte

güçlük yaşayanların da, güçlük yaşama düzeyleri ile güçlük yaşanan alanlar birbirinden farklı olabilmektedir. Bakım yükü duygusunun yaşanması ile görülerek tespit edilen niteliksel veriler objektif ve subjektif sınıflamaya tabi tutularak tanımlamalar yapılmıştır (60).

4.6.3. Objektif bakım verme sonuçları; bakım verme sonucu yaşanan; bakım vericini yaşamındaki etkiler ve değişimler, bakım verme nedeniyle yaşanan yorgunluklar ile bakım verenin fiziksel sorun ve sıkıntıları şeklinde sıralanabilir (28).

4.6.4. Subjektif bakım verme sonuçları; özellikle bakım verenin rolü ile ilişkili olarak psikolojik alanda yaşadığı sorunları tanımlamaktadır. Bakımın yükü ve bu yükün istenmeyen etkileri gibi sebepler hastalara bakım veren aile üyelerini, gizli hastalar ve risk altındaki bireyler olarak tanımlamaktadırlar. Yukarıdaki kısımda tanımladığımız objektif bakım verme nedenleri ve subjektif bakım vermenin sonuçları olarak tanımlanmaktadır (61).

Günümüzde toplumun yapı taşı olan ailenin anne, baba ve çocuklar olarak küçülmesi, kadının ücretli bir işte çalışması ve aynı zamanda eş ve anne olarak evde sorumluluklarının olması sonucu birden fazla rol ve sorumluluk kadınlar tarafından yerine getirilmeye çalışılmaktadır. Bu durumdaki kadınların bakım yükü yaşamaması imkansız hale gelmekle birlikte, yaşadığı sıkıntılar fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanda bir çok soruna neden olmakta, bu kişiler kişisel isteklerini göz ardı etmekte, bireysel ihtiyaçlarını karşılayamaz duruma gelmektedirler (47).

Yapılan bilimsel çalışmaların neticesinde bakım verici stresinin iki tipi belirtilmiştir. Bu stres tipleri birincil ve ikincil olarak sınıflandırılmış olup,

Birincil stresin, bakım vericinin, hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerini planlanması ve yürütülmesi sırasında yapılacaklar ilgili doğrudan yaşadığı bir stres hali olarak tanımlanmakta olup; hastaya bakım verme dışında dolaylı yollarla gerçekleşen bir stres durumunun da olduğu ve buna da ikincil stres yaşama durumu şeklinde tanımlandığını kaynaklardan görmekteyiz. **İkincil strese** örnek verilecek olursak primer bakım vericinin zaman kısıtlılığı yaşaması sebebiyle diğer aile üyeleriyle çatışma yaşaması, iş kaybı nedeniyle meydana gelen ekonomik yetersizlikler, sosyalleşme sürecinin aksaklığa uğraması, aktivitelerde azalma gibi

durumlar sayılabilir. İkincil stresin boyutu ve etkisi birincil strese göre fazla olup ayrıca görülme sıklığı daha fazladır (8). Bakıcının tükenmişliğini arttıran etmenler; genç olmak, kadın olmak, düşük gelir grubunda olmak, yeterli ruhsal ve toplumsal desteği alamamak ve hastaya tek başına bakmak gibi nedenlerdir. Yapılan bilimsel araştırmalar incelendiğinde sıklıkla görülen bakıcı rolünü üstlenenlerin %70-80'inin kadın olması, bakım verenlerin çoğunlukla 50-60 yaşlarında olması, üçte birisinin bu işi tek başına üstlenmesi, bakıcı rolünü üstlenenlerin çoğunun daha önceki yaşamında çalışma hayatının olması başlıca görülenlerdir (60).

İnsan yaşamının devamlılığını sürdürebilmesi için günlük temel gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Yatağa bağımlı hastaların hastane ve ev ortamındaki bakımlarının yakınlarının yardımı ile karşılanması olan / olması gereken bir döngü şeklinde kabul görmüştür. Bakım verme süreci hem bakım alan yatağa bağımlı hasta hem de hastasının ihtiyaçlarını karşılayan bakım veren bireyler için zor bir süreç olmanın yanında toplumun sağlık hizmeti talebini karşılamada yetersiz kalabildiği ve ekonominin etkilendiği bir durum olması hasabiyle önemlidir (62).

4.7.Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Bakım Verenlerin Özellikleri ve Bakım Verme Yükü;

Bakım verme işi emosyonel, fiziksel ve maddi desteği beraberinde vermeyi gerektiren buna bağlı bakım veren bireyler açısından biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel alanlar başta olmak üzere birden fazla boyutta algılanan bir durumdur. Yatağa tam bağımlı kişilerin bağımlı olması nedeniyle uzun dönemli bakım gereksinimlerinin olması, yaşam süresinin uzamasıyla yatan hasta sayısının giderek artması, bakım veren kişilerin genellikle aile üyeleri olması bakım vericilerin bakım verme ile ilgili duygu durumu ve yaşantılarını etkileyen unsurlardır (8).

Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu (WHO-Home-Based Long Term Care Study Group) raporunda göre evde bakımı “var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler ve asıl mesleği evde bakım olan kişilerle bakıma yardımcı kişiler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir” şeklinde tanımlamıştır (10).

Sıklıkla yapılan hasta ve hastalığa ait çalışmalar, evde bakım hizmetinin başlaması ile yerini yeni bir araştırma konusu haline gelen bakım vericinin araştırılması ve değerlendirilmesi konusuna bırakmıştır (31).

Yapılan örnek bir çalışmada primer bakım vericilerin aile içerisinde seçildiği belirlenmiştir. Ailede yatağa tam bağımlı bireyin, primer bakım vericisinin hasta ile ilgili kararları geleneksel değerler ile sağlanmakta olup, sıklıkla bakım verici olarak tercih edilen kız çocuklarıdır. Eşler, yaşam boyu ev halkına bağlı akraba kadınlar, kız çocuğu, gelin, erkek çocuk, diğer akraba ve akraba olmayan kadınlar bakım işini üstlenen kişiler olarak sıralanmaktadır (20). Yapılan çeşitli araştırmalarda bakım verenlerin çoğunlukla kadın olduğu tespitine varılmış olup, genellikle ailedeki ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi, erkeklere göre daha hassas ve şefkatli olmaları kadınların bakım verme işinde uygun görülmesinin en önemli nedeni olmaktadır. Ayrıca kadınlarda vefa ve sorumluluk duygularının ağır basması nedeniyle daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere göre bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi mücadele edebilecekleri görüşü, onların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin temel nedenleri arasındadır (36). Bakım verme sorumluluğu, aile üyeleri arasında nadir olarak eşit paylaşılmaktadır. Ailede genellikle bakımın ana sorumluluğunu üstlenen primer bakım verici bulunmaktadır. Bu bireylere yardımcı olan ya da destekleyen sekonder bakım vericiler, hastanın bakımında rol alabilmektedir (60).

Bakım verici akut dönemden başlayarak evde bakıldığı döneme dek bakım sürecinin her aşamasında bağımlı duruma gelen hastaları destekleyen ve fiziksel bakımını direkt sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır (57).

Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı “profesyonel ve profesyonel olmayan bakım verenler tarafından ev ortamında verilen bakım hizmeti” olarak tanımlamaktadır, İnci'nin (2006) çalışmasında Karahan ve Güven (2002) bakım vermeyi formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelemektedir (63).

4.7.1. Formal bakım vericiler resmi ve ya özel kurumlarda ve uzman ve yardımcı kuruluşlarda bakım hizmetlerini sunan, sağlıkta eğitilmiş kişilerdir (10). Evde ya da

kurumda doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi çoğunlukla sağlık meslek grupları tarafından verilen sağlık ve bakım hizmetleridir (60).

4.7.2. İnfomal bakım vericiler maddi ya da manevi bir karşılık için verilmeyen, geleneksel bakım vermeyi bilen ve uygulayan kişilerden oluşan aile üyeleri, akrabalar, komşular ve tanıdıklar ile gerçekleşen profesyonel olmayan bakım çeşitidir. Bağımlı hastanın günlük yaşamına devam edebilmesi için beslenme, boşaltım, hareket, hastanın mekanik bakımı ve kullanılan tıbbi araç bakımını sağlamak, tedavi uygulamalarını desteklemek vb. uygulamalardır (60).

4.7.3. Primer Bakım Verici; Bakıma muhtaç olan bireye fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik destek sağlayan kişilerdir. Bu grup profesyonel anlamda eğitilmiş veya eğitimsiz kişilerden oluşabilir (10). Hastaya verilen multidisipliner bakımda yardım eden birey, bu "sorumluluğu sürdürmekte birinci derecede sorumlu olan kişi / kişiler" olarak belirtilmekte olup, primer bakım veren kişiler verdikleri bakımın boyutuna göre sınıflandırılmışlardır. Bular; **Birinci Tip Bakım Veren Kişi;** bakımın tüm takip iş ve işlemlerinden sorumlu olan kişi; **İkinci Tip Bakım Veren Kişi;** bakımdan primer sorumlu kişiler olup dışarıdan informal destek kaynaklarından destek alanlar, **Üçüncü Tip Bakım Verenler,** hem formal hem de informal kaynaklardan destek alan bakım verenlerdir (24).

Huang ve arkadaşlarının 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada, primer bakım vericilerin bakım verici yükünden daha fazla etkilendiği, süregelen stresör faktörlere bağlı somatik yakınmalar yaşadıkları görülmüştür. Bakım vericilerin çalışma yaşamlarının olumsuz etkilendiği, sosyal izolasyon yaşadıkları, ruhsal açıdan kendilerini bitkin hissettikleri, pek çoğunun sosyal desteklerinin düşük olduğu ve ailenin diğer üyelerinden veya arkadaşlardan yardım istemediği görülmüştür. Bu kişilerde depresif semptomların sık görüldüğü rapor edilmiştir (61).

Bakım verenin uzun süre hastaya bakmasına bağlı olarak gelişen fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik sorunlar hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bakım hastaları kadar, bakım veren aile bireyleri de çeşitli sorun ve zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar (1). Larsen (1998) bakım verenleri gizli hastalar olarak tanımlamıştır. Bakım verenleri %60'ı bakım verme görevi nedeniyle kendilerine ayıracak zamanlarının olmadığını, %78,79'unun kendini

yorgun hissettiklerini, %84,85 inin hasta ile iletişimde güçlük yaşadıklarını, %56,9'u ekonomik güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (5).

Bakımın hastaya doğru şekilde verilmesi ve etkili bir bakım için hastaya bakım vermeyi planlanmadan önce hastaya bakım verecek kişi ya da kişilerin tanınması, ihtiyaçlarının belirlenmesi, desteklenmesi ve onların kendi gereksinimlerinin gözden kaçırılmaması gerekmekte olup, öncelikle bu unsurlar üzerinde durulmalıdır. Bu detay dikkate alınmadığında kendi ihtiyaçlarını dahi karşılamayan, bundan ötürü kendisine hastaya ve hayata karşı olumsuz duyguları gelişen, hastaya bakım verme ya da destek olma yerine hastaya ve kendisine daha çok zarar veren biri haline gelmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bakım yükünü etkileyen faktörler durum, olay ve özellikle kişilerden büyük oranda etkilenmektedir. Hastalıkların rehabilitasyon aşamasında uzun vadede bakım vericilerin yükünü bakım vericiye ait faktörler, hastaya ait faktörler ve içinde bulunulan durumdan kaynaklanan faktörler belirlemektedir (57).

Bakım vericiye ait faktörler bakım vericinin kadın olması, yaşının ilerlemiş olması, eğitim düzeyinin düşük olması, fiziksel veya emosyonel sağlık durumunun kötü olması, hasta ile iletişiminin iyi olmaması, hasta ile birlikte geçirdiği zaman ve bakıma harcadığı sürenin fazla olması, hastanın bakımı dışında sorumluluklarının olması, yardım edebilecek bir yakının olmaması ve sosyal desteğinin yetersiz olması vb. faktörlerdir.

Bu faktörler bakım vericide psikolojik iyilik hali üzerinde olumsuz etkilere (depresyon, anksiyete ve alkol kullanımı) yol açmakta; uzun vadede bakım vericinin tükenmişlik sendromu yaşamasına, yük algısının artmasına neden olmaktadır (64).

Hastaya bakım veren kişi, bir başka kişinin ihtiyaçlarını giderme sorumluluğunu sürekli veya geçici olarak üstlenen kişidir. Bakım vermenin tıbbi ve sosyal boyutunun yanında, hastaya bakım veren kişinin hasta hakkında kararlar vermesi, tıbbi hizmet ihtiyacını desteklemek ve her işte her şey de hasta menfaatini düşünmesi gerekir (24).

Hastaya ilişkin faktörler hastanın erkek olması, yaşının ilerlemiş olması, genel sağlık durumunun kötü olması, yeti yitiminin ileri derecede olması, sözel iletişim güçlüğü olması, depresif olması, davranışsal sorunlarının ve bellek sorunlarının olmasıdır (65).

İçinde bulunulan duruma ilişkin faktörler incelediğimizde koşullar, sosyoekonomik durum, sağlık kuruluşlarına mesafe ve ulaşım gibi faktörler belirtilmektedir. Bütün bu faktörlerin birbiriyle etkileşimi yükün derecesini olumsuz etkilemektedir (66).

Bakım veren bireylerde uykusuzluk, kilo kaybı, sağlık durumunda bozulma, sosyal yaşamda ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, aile içi ilişkilerde sorunlar yaşanması, aile düzeninin bozulması, aile üyeleri arasında ilgi azlığı ve kaliteli zaman geçirememesi sorunları, ekonomik güçlükler gibi fiziksel sosyal ve ekonomik güçlüklerin yaşanmasının yanında; yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, iğneleyici davranışlar ve anksiyete gibi emosyonel belirtiler de görülebilmektedir (67).

Schulz ve Beach (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, dört yıllık süre içerisinde bakım verenlerin mortalite oranlarının bakım vermeyenlere göre %63 daha fazla olduğu, sağlıklarını daha kötü algıladıkları, kaygı yaşadıkları ve depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bedard, Koivuranta and Stuckey (2004) bilişsel fonksiyonlarında yetersizlik olan bireylere bakım veren kişilerin psikiyatrik ve fiziksel morbidite risklerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (68).

Bakım veren eşlerde vermeyenlere göre daha fazla depresyon görüldüğü, bakım verenin büyük bir çoğunluğunun kadın olması nedeniyle yine depresyonun fazla görüldüğünü, eğitim düzeyinin düşük olmasının depresyon oranını arttırdığını, isteksiz verilen bakımlarda öfke, kızgınlık oranının yüksek olduğunu, bakım için hazır olunması bakımında olumlu katkı sağladığını, bakım vermek için işten çıkıp hasta bakılması durumunda kişide ya da ailesinde ekonomik ve sosyal kayıpların görüldüğünü belirten çalışmalar görmekteyiz (35). Ülkemizde özellikle devlet destekli verilen evde bakım hizmetinin genellikle tıbbi boyutta olması, hastaya bakım verenlere hitap etmemesi, onlarla ilgilenen destek bir yapıda bulunmaması, karşılaşılan olumsuzluklarda çoğu zaman uzman yardımına gereksinim duyulduğunu bildirmektedir. Bu gereksinimin karşılanmasında iki temel etki oldukça yararlı olabilmektedir. Bakım veren kişiye verilen eğitim ve sosyal destek bu süreçte kişiye yol göstererek en az etki ile atlatmasına yardımcı olacaktır (63).

Sosyal destek kavramı ise insanların yaşamlarında önemli yeri olan, sürekli etkileşim halinde oluna, paylaşımların yaşandığı insani duyguların ortak olta olduğu samimi

ortamlarda meydana gelen kişilerarası ilişkiler sürecidir. Sağlıklı ve karşılıklı yaşanan sosyal destek sistemleriyle insanların kendilerini daha iyi hissettiklerini, baş etme mekanizmalarının geliştiğini belirten çalışmalar çoğunluktadır (69).

Bakım vericilerin bir kısmı bakım vermede olumlu ve ödüllendirici yönler bulsa da sorumluluk çoğu ailenin kendini kötü ve tükenmiş hissetmelerine neden olmaktadır. Literatürde bakım vericilerin en fazla sorun ve yükü, ilk hafta ve aylarda yaşadıklarını ve bu dönemde daha fazla anksiyetelerinin olduğunu ortaya koymuştur. Zaman içinde duruma uyum kazandıkları ve anksiyetenin yerini depresif semptomların aldığı bildirilmektedir (18). Toselanad ve arkadaşlarına (2001) göre bakım verme, “büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabildiğini” belirtmişlerdir (63).

Bakım işini üstlenenlerin kişilik özelliklerinin bilinmesi, bakımda informal destek verecek gruplarının bakıcının ihtiyacı ve kişiliğine göre oluşturulması, formal hizmetin planlamasında sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ülke sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir (36).

4.8.Bakım Verici Yükünün Değerlendirilmesi:

Bakım vericinin durumunun tanımlanması sistematik bir süreç olup, bakım verici yükünün değerlendirilmesi için gereklidir. Bakım vericinin kendi sağlık durumunu ve iyilik halini koruyabilmesi için kültürel değerleri ve algısı çerçevesinde durumunun yorumlanması, bu bağlamda özel sorunlarının, gereksinimlerinin, kaynaklarının ve güçlü yönlerinin belirlenmesi önemlidir. Bakım verme yükünün boyutunun belirlenmesi veya değerlendirilmesi hususu araştırmacılar için özellikli konu alanı olduğu bilinmektedir (69).

Bir olgu ya da bilgiyi anlamlı hale getiren o kavramın her daim değerlendirilmesi ve ölçülebilmesidir. Ölçme değerlendirme ise konu alanı ile ilgili standart birimlerin uygulanması ile olur. Ölçülmesi istenilen kavramın somut ya da soyut değişken olmasına göre uygun ölçme yol ve yöntemlerin izlenmesi bilimsel bilginin hazırlık

aşamasında fikir verebileceği gibi, somut değişkenlerin standart kurallar ve ölçü araçları diğerine göre daha kolaydır (5). Hemşirelik araştırmalarında sıklıkla konu olan gerilim, bakım verme, baş etme, kaygı, yakınma ya da ağrı gibi soyut kavramlar ölçülmek istenmektedir. Soyut değişkenlerin ölçümünde, ölçülecek kavramın değişik boyutlarını temsil eden, birçok göstergeden oluşan bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Sağlık profesyonelleri hem klinik verilere dayanarak hem de geliştirilmiş olan bu araçlarını kullanarak bakım verme güçlüğünün niceliksel boyutunu ya da risk derecesini belirleyerek hastaya zamanında ve uygun bakım yaklaşımlarında bulunabilirler. Profesyonel olmayan bakım vericilerin yükü ölçekler ile değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme araçlarının çoğu, yatalak hastalara bakım veren bireyler için oluşturulmuş ve başka araştırmalar için de kullanılmıştır (70).

Ülkemizde kullanılan birçok ölçek bulunmakta, bakım verme güçlüğünü ölçen yerli bir ölçeğimiz olmadığı için geçerliliği ve güvenilirliği teyit edilmiş yurt dışı kaynaklı birçok ölçek araştırmalarımıza kılavuzluk etmektedir. Ölçekleri bakım yükünün objektif, subjektif ya da her iki yönden değerlendirilebilmesini sağlamaktadır (71).

4.8.1.Objektif değerlendirme,

Hasta bakımı için yapılan iş ya da görevlerinin sayısı, niteliği, etkinliği ve bakımın süresi gibi hasta odaklı değerlendirmelerdir. Bakımı değerlendirmek için sadece objektif değerlendirmenin yapılması, bakım vericileri tanımlamada yetersiz kalmadığı ve kişiler arası farklılıklar olduğu için subjektif değerlendirmeye gereksinim olduğu belirtilmektedir (69).

4.8.2. Subjektif değerlendirme,

Bakım vericinin emosyonel strese verdiği tepkilerin derecesini belirlemek için yapılmaktadır; bakım verenin duygusal tepkilerine bakılarak özellikle depresif semptomlar ile ilişkisini ölçer (57). Subjektif ölçümlerin yapılması ve sonucun yorumlanabilmesi için, birçok basamağın izlenmesi gerekmele birlikte, uzun zaman alması ve klinik uygulanabilirliğinin sınırlı olması sebeplerinden ötürü bakım vericilerin cevaplamasını zorlaştırmaktadır. Uygulanabilirliğini arttırmak için kısa tarayıcı ölçekler kullanılabilir (69).

Bakım vericilerin bakım yükü ile ilgili yaşadıkları sorunlara genel anlamda baktığımızda, bakıcıların hastaya bakım verirken en çok sosyal yük yaşadığı, bunu duygusal, fiziksel ve ekonomik yükün izlediği belirtilmektedir (14).

Ailelerin bakım yükü ile ilgili yaşadıkları sorunlara genel anlamda baktığımızda, hasta ailelerinin hastaya bakım verirken en çok sosyal yük yaşadığı, bunu duygusal, fiziksel ve ekonomik yükün izlediği belirtilmektedir. Bakıcıların, uygun olmayan baş etme yöntemlerinin, bakım yükünü yaşama durumunu arttırdığı belirtilerek, bakım yükünün arttığı durumlarda bakımdan vazgeçme davranışı gösteren ailelerin olduğu da belirtilmiş, bakımdan vazgeçme davranışı gösteren ailelerde, yüksek nesnel ve öznel yük olduğu bildirilmiştir (1). Bilimsel araştırmalarda bakım verici yükünün ölçülmesi için çok boyutlu, geçerli, güvenilir ve klinik olarak uygun aracın kullanılması gerekir (72).

Bakım vericinin yaşadığı zorlukların değerlendirilerek, belirlenmesi bakım yükünü azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması için gereklidir (11).

4.9. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

Canlıların en üstünü olarak yaratılan ve karmaşık bedene sahip olan insanın, yaşaması için karşılanması gereken bazı gereksinimleri (solunum, boşaltım, beslenme, uyku gb) bulunmakta olup, bu ihtiyaçların kişinin kendisi tarafından karşılanmasına engel olan /olabilen hastalık durumlarında (yatağa bağımlı ya da tam bağımlı olma gb) bu ihtiyaçların başkası tarafından karşılanma hususu meydana gelmektedir. Yatağa tam bağımlı hastalığa sahip olanların bakımı ve karmaşık tedavilerinde, bakım veren bireylerin katılımı gerekmektedir. Bakım hastasına yardımcı olan kişiler ise sıklıkla hastanın ailesinden, yakınlarından oluşmakta olup, bazı durumlarda da bu hizmet ücret karşılığı alınabilmektedir. Bakım verenin kim olduğu değil, bakım işine gönüllü olması ve yardım alabileceği alanlar ile ilgili bilgi sahibi olması bakım verme işini kolaylaştıran olmazsa olmazlardandır. Bakım vericinin hastaya bakabilmek için formal bakım veren sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olmak; tedaviye ve bakıma aktif olarak katılmak istemektedirler. Bakım verici kim olursa olsun öncelikle hastalıkla, hastayla ve bakım verme işi ile ilgili anlayacağı şekilde ve düzeyde bilgi sahibi olması gerekmekte olup, baş edebilme savunma mekanizmalarının gelişmesi için profesyonel anlamda yardıma ihtiyacı söz konusudur (73).

Bakım verenlerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda sağlık ekibinden alacakları rehberlikle bakım verme rollerini gerçekleştirmelerinin sağlanması, bireylerin sıkıntı yaşamalarını azaltabileceği belirtilmektedir. Literatürlere bakıldığında, bakım veren bireyin, bakımın boyutlarına ilişkin bilgi almaya ihtiyaçlarının olduğu belirtilmektedir. (5)

Aksayan ve Çimete'nin (53) "kronik hastalığı olan bireylere evde bakım veren aile üyelerinin gereksinimlerini belirlemek" amacıyla yaptıkları çalışma sonucu, aile bireylerinin %66.2'sinin ev içi rollerinde değişiklik yaşadıkları, aile üyelerinin %66.0'ının yorgunluk, bunaltı hissi yaşadıkları, sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiği belirttikleri ve bu sorunları çözmek için evde sağlık personeli istedikleri tespit edilmiştir. İlgili Literatürlerde de sıklıkla bakım vericilerin evde bakım vermek adına eğitim ve ya bilgilendirme almadıkları, bakım sonucu kendilerine zaman ayıramadıkları, aile, iş ve sosyal yaşantılarını olumsuz yönde etkilendiğini gösteren veriler mevcuttur (65).

Profesyonel anlamda yardım için başvuru alan, halka en yakın olan ve bakım işi en temel görevi olan hemşirelerin bakım konusunda sorumlulukları mevcuttur. Hemşireler hasta ve hastaya bakım vereni gözlemlemeli, bilhassa bakım vericiyi sakin ve doğru bir şekilde dinleyerek bu doğrultuda bakım planı hazırlayarak, neye ihtiyaç varsa (eğitim, sosyal destek, ekonomik destek, fiziksel destek, bakım verici değişikliği vs) açıklamalı ve yön gösterici vasıfta bulunmalıdır. Ayrıca var olabilecek sorunların da farkında olmalı hem hastayı hem de bakım vericiyi bütüncül anlamda değerlendirip bakıma destek olma, sağlığı geliştirme ve ek hastalıkları önleme gibi birçok olabilecek etkileri de belirleyerek gerekli düzenlemelerin yapılmasına katkıda bulunmalı ve yol gösterici olmalıdır. Çünkü hemşirelik insanın ihtiyaç duyabileceği temel ihtiyaçlar üzerine odaklanan, sürekli kendini geliştiren ve değişim halinde olan bir meslek olduğunu savunan görüşler ve kuramcılar bulunmaktadır (74).

Hemşireliğin tanımında belirtildiği gibi çağdaş hemşirelik anlayışında; bakım verme, eğiticilik, danışmanlık, liderlik, hasta savunuculuğu gibi birçok role sahip olan

hemşireler bu ekibin önemli bir üyesidir (21). Sağlık profesyonellerinin bakım veren kişilere destek sağlayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi için öncelikle bakım yükünü belirleyebilmeleri gerekmektedir. Daha önce yapılmış olan araştırmalar, kronik hastalıkları ve mental durum bozuklukları olan hastalara ve yaşlılara bakım veren ve evde bakımı sürdüren bireyler üzerine yoğunlaşmış ve hastanede yatan yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım yüklerini belirlemeye yönelik çok sayıda araştırma bulunmamaktadır (54).

Bakım hastaları ile ilgili hemşirelik dalında yayınlanmış çeşitli yayınlar bulunmakta ancak hekimlik dalında yayınlanmış yayınlara daha az rastlanmaktadır. Oysa bakım hastaları azımsanmayacak kadar büyük bir popülasyondur ve giderek genişlemektedir ve bu hastaların nasıl bakım aldığı bilinmesi ve mümkünse bakım kalitesini geliştirmek için gerekli adımların atılması hekimler için önem teşkil etmektedir. Çünkü bakım kalitesi, hastanın ilerleyen dönemlerde yaşayabileceği ek tıbbi sorunlarını da etkilemektedir. Bu nedenle bu konu üzerinde daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (75).

Bakım verenlerin karşılaştıkları sorunlar çok boyutlu değerlendirilmiş olup, bakımın bakım vericiye fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik alanda etkileri bilimsel çalışmalarla belirlenmiştir. Bunlar,

4.9.1.Fiziksel Sorunlar

Bakımın zorluğu, kişisel bakıma yeterli zaman ayırlamaması, ihmal edilen sağlık kontrolleri aksatılan ilaç tedavileri nedeniyle özellikle bakım vericilerin sağlıklarında daha fazla bozulmalar görülmektedir. Yaşanan sürekli yorgunluk hali, kilo alma ve ya aşırı kilo verme, uyku ile ilgili yaşanan sıkıntılar, kas ağrısıyla birlikte yaşanan can acıtan krampların çok boyutlu ve çeşitli derecede yük oluşturduğu bilinmektedir (76).

Morimoto ve diğ. (2003)'nin çalışmasında inmeli hastalara bakım verenlerin %50'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir. İnme hastalarına bakım verenler ile yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin %73'ünün en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve baş ağrısı, hipertansiyon, romatizma ve kalp hastalığının ise en sık karşılaşılan sağlık sorunu olduğu belirlenmiştir (2).

4.9.2.Duygusal Sorunlar

Çoğunlukla ve başlıca yaşanan duygular; kızma, öfke, isyan etme, hayal kırıklığı, kendini ayıplama / suçluluk duyma, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, uykusuzluk, özel hayatın bitme noktasına gelmesi, iğneleyici davranışlar, zorlanma sonucu sıkıntı yaşama, kederli olma, sosyal desteksizliğin oluşturduğu kimsesizlik hissi, yaşamdan yaşantısından beklentinin kalmaması gibi ve benzeri sorunlar bakım verenlerin yaşadıkları duygusal sorunlar arasında yer almaktadır (77).

Yapılan çalışmalarda yatağa tam bağımlı hastalara bakım verenlerin en çok anksiyete ve depresyon yaşadığı gözlenmiştir. İnmeli hastalara bakım verenler ile yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %51.1'inin bakım vermenin ilk ayında anksiyete yaşadığı belirlenmiş, İnmeli hastalara bakım verenler ile yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin %44.7'sinde depresyon gözlendiği belirlenmiştir (78).

Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal aktivitelerden feragat etmek zorunda kalan bakım veren kendini eğlendiren, dinlendiren ve boş zaman aktivitelerini değerlendirdiği faaliyetlerini yapamamakta; bu nedenle sosyal izolasyon yaşayan birey kendini bakım verirken yalnız hissetmektedir. McCullagh ve diğ. (2005) inmeli hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin %62'si-nin sosyal izolasyon yaşadığını belirlemişlerdir (79).

4.9.3.Sosyal Sorunlar;

Bağımlı hastaya bakım verme, kişiler arası ve sosyal problemlere yol açmaktadır. Bakım verenler yaşamlarını çoğunlukla bakıma muhtaç kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda düzenledikleri için aile ve arkadaş ilişkilerinde sıkıntı yaşamakta ayrıca sosyal faaliyetlerde bulunamamaktadırlar. Sürekli bakım için uğraşan ve bu işi doğal yaşamı haline gelen birey zamanla yoğun yalnızlık duygusunu yaşamakta ve sosyal anlamda izole olmaktadır (58).

4.9.4.Ekonomik Sorunlar

Bakım verme sonucu çoğunlukla yaşanan ekonomik sorunların, sağlık güvencesi kapsamında olmaması, devlet bütçesi kapsamında değerlendirilmemesi, aile bütçesini aşan sağlık harcamaları ve kişilerin eldeki imkanlar ile evde bakım vermeye çalışılması bakım veren aile üyelerine ekonomik anlamda sıkıntı yaşatmaktadır. 2010

yılında düzenlenen resmi gazete ile yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı bünyesine bağlı hastanelerde tüm ihtiyaç sahiplerine evde bakım hizmeti verilmesinin gerekliliği vurgulanmış, uygulama 2014 yılında ivme kazanmıştır (80).

Yatağa tam bağımlı hastaların hastalığın her aşamasında ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanması üzerine temellenen bir meslek kolu olan hemşirelik bireyin temel gereksinimlerinin karşılanmasında önemli hale gelmektedir. Evde yatağa tam bağımlı hastanın bakımında sorumluluk üstlenen hasta yakınları fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan zorlanma yaşayabilmektedir. Bu süreçte, hastaların bakım vericileri hastalığın akut, kronik ve uzun dönem bakımını kapsayacak şekilde hemşirelik bakımı ile sürekli desteklenmelidir (81).

Yatağa tam bağımlı hastalıklarda hemşirelik bakımı sadece hastanın değil, bakım vericisinin de gereksinimlerini karşılayacak şekilde olmalıdır. Yatağa tam bağımlı bireylere bakım veren primer bakım vericiler, bakım sürecinin yapı taşı konumunda olup, hastalığın tanı konulması sürecinden taburcu edilme ve evde bakıma başlama ve sürdürme eylemlerinde sağlık ekibi ile yakın iletişimde bulunan sorumlu kişidir. Bu nedenle hemşirelik bakımının yapılması için gerekli olan planlamada, hasta ve bakım vericileri holistik açıdan birlikte değerlendirilmelidir (82).

Bakım verici yükünü azaltmada hemşirenin rolü açısından literatür tarandığında az sayıda girişimsel çalışma göze çarpmaktadır. Bu çalışmalarda bakım verici yükü değerlendirildikten sonra hasta ve bakım vericilerine çeşitli destekleyici girişimlerde bulunmuş ve girişimin etkinliği değerlendirilmiştir (18). Hemşirelerin özellikle bilimsel çalışma yapmaları konusunda desteklenmesi gerekmektedir (21).

Hemşireler, bakım vericinin yaşadığı zorlukları belirleyerek kişilere destek vermelidir. Bakım yükünü saptamak için bakım veren bireylerle görüşme yapılmalı, yapılan görüşmelerden alınan cevapların tarafsız ve doğru olabilmesi için hastaya bakım verenden alınan bilginin özel bir ortamda alınması sonrasında da mahrem olan bilginin saklanacağı bilgisinin açıklanması doğru bilgiye ulaşmada önemli bir noktadır (83).

Hemşire öncelikle bakım vericilerin sağlıklarını ihmal edebileceklerini göz önüne alarak, bakım vermeden önce kendi ihtiyaçlarının karşılanması üzerinde durulmalıdır.

Bakım vericilerin alkol ve reçete edilmemiş ilaç kullanım durumu, kötü alışkanlık geçmişleri, bakımdan vazgeçme potansiyelleri, iştahta artma ya da azalma durumları, uyku düzenleri, endişe duyma, üzüntü, korkma ve depresyon gibi duygu durum geçişleri açısından izlenmeli, kişiye kendini bu yönde izlemesi eğitimlerle öğretilmeli ve desteklenmelidir. Bakım verenin ara verdiği hobilerine devam etmesi, sosyalleşmesi ve sevdiği alanlara uğraşması sonrasında bakım vericilerin yeteneklerine odaklanarak kişilerin ihtiyaçlarına uygun yardım etmesi konularında yol gösterici olunarak bakım verme güçlüğü ile baş etmesine yardım edebilir (84).

Bakımdan birincil ya da tek sorumlu olan kişinin bakım verici rolü nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için, aile ortamında verilen bakımda tüm aile üyelerinin bakım yeteneklerinin artırılması, bakıma katılması konusunda desteklenmesi gerekmektedir. Primer bakım vericiye özellikle onu tanıyan ve sevdiği aile üyeleri tarafından sosyal desteğin verilmesi, beraber vakit geçirilmesi bile dayanışma, normallik duygusunu destekleme ve kendini iyi hissetme gibi pek çok işlevi bulunmaktadır (85).

Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin saptaması için yürütülen bu çalışmanın, hem bakım veren bireylerin hem de bakım alan bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya ve bu doğrultudaki hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (86).

4.10.Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Kapsamı

4.10.1.Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Son yıllarda Evde sağlık ve bakım hizmetleri tanımı geçtiği anda akla gelen, sağlık harcamalarındaki sürekli artışın, düşük maliyette doğru kişiye ve yere, bilinçli bir şekilde karşılaması için geliştirilen, tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi son yıllarda bizim ülkemizde de uygulanan, gelişim ve değişim içinde olan bir hizmet alanıdır. Evde bakım, çeşitli kaynaklardan beslenen bir örgütlenme olup, insanı tüm yönleriyle değerlendiren geniş bir kavramdır. Sürekli bakım, topluma dayalı uzun süreli bakım ve evde uzun süreli bakım gibi farklı adlandırmalarla literatürde karşımıza çıkmaktadır (87).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (home-based long term care study group) hazırladığı raporda evde bakım: "varolan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçası olan ve bakıma gereksinim duyan kişiye, aile, arkadaş, komşu gibi geleneksel bakıcıların yanı sıra asıl mesleği evde bakım vermek olan profesyoneller ve gönüllüler tarafından sağlanan bakım etkinlikleri" olarak tanımlanmıştır (88).

Evde bakım ya da evde sağlık bakımı terimlerinin ortak teması hastaya ya da ihtiyaç sahibine gereksinim duyduğu boyuttaki bakımın ev ortamında, aile içinde ya da tanıdıklarının yanında verilmesi durumudur. Farklı isimler almasının nedeni; **evde sağlık hizmeti**; hastanın ihtiyacı olan sağlık hizmetinin bu konuda uzman kadro ya da sağlık personeli tarafından verilmesi iken, **evde bakım hizmetinin** sağlık çalışanı ya da profesyonel olmayan biri tarafından verilen hastanın kendi başına yerine getiremediği günlük yaşam aktiviteleri için desteklenen iş ve işlemlerin tümüdür. Resmi Gazete'de 10.03.2005 tarih ve 25751 sayı ile yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'te evde bakım hizmetini "hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması" olarak tanımlanmıştır (89).

Evde bakım hizmeti ile verilen tedavi hizmetleri, eğitimler, tıbbi anlamda bilgilendirmeler, psikolojik destek, yapılan medikal muayeneler evde bakımın tıbbi boyutunu oluştururken, barınma, yemek, sosyal faaliyetlere katılma, rehabilitasyon hizmetleri, sosyal danışmanlık konusunda verilen benzeri destekler ise bakımın sosyal boyutunu oluşturmaktadır (79). Yatağa tam bağımlı hastaların en temel ihtiyacı olan tıbbi evde bakımın yanında mutlaka sosyal boyutta hem hastanın hem de bakım vericisinin desteklenmesi önemlidir (90).

Evde sağlık bakım hizmetleri heterojen bir kavramdır. Literatürle incelendiğinde evde bakım müracaatçıların yaşam kalitesini korumak, geliştirmek, normal sağlığı devam ettirebilmek ve bağımsızlıklarını sağlamaktır. Evde bakım ile beklenenler fiziksel ve psiko-sosyal sağlık durumunda önemli gelişmelere imkan vererek, yaşam kalitesini geliştirmek ve sağlıklı bir şekilde devam ettirmektir (6).

4.10.2.Evde Bakımın Önemi

Günümüzde sağlık bakım sistemindeki değişiklikler ve teknolojiye ilerlemelerle birlikte bireylerin hastanede kalış süresi kısalmakta; bakım verme işi, sağlık kuruluşlarından evde bakıma doğru yer değiştirmekte ve evde bakım verilen hasta sayısı artmaktadır. Ortalama yaşam ömrünün uzaması, yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalıklara yönelik önlemlerin alınması gerekmekte olup tüm ülkelerde görülme sıklığı gittikçe artmaktadır (1).

Yaşayan yaşlıların %90'ının bir, %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin dört veya daha fazla sayıda hastalığa sahip olduğu göz önünde bulundurulursa kronik hastalıkların yaşlı nüfusta daha fazla görüldüğü açıkça anlaşılabilir. Evde bakılan yatağa tam bağımlı hastaların büyük bir kısmının nörolojik hastalıklar sonucu motor kuvvet kaybı yaşanarak günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı oldukları bazı çalışmalarla desteklenmektedir. Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimine yönelik yapılan bir çalışmada, bakıma muhtaç olan bireylerin evde bakımı tercih ettikleri görülmüştür (91).

Evde sağlık ve bakım hizmeti ona duyulan gereksinim sonucu ortaya çıkmıştır. Evde bakım hizmeti verilmesindeki temel amaç bireyin günlük ihtiyaçlarının karşılanarak, medikal tedavi ve psiko-sosyal destek ile maksimum sağlık durumuna kavuşmasını sağlamak, bakıma muhtaç kişinin yaşam koşullarının düzenlenerek, yaşam kalitesini arttırmaktır (25). Ulusal Evde Bakım Sisteminin temelini oluşturan üç bileşen vardır ve hizmet bu ana kriterler üzerinde şekillenmiştir. Bakım verme durumu, bakımın maliyeti ve hastanın ihtiyaçlarıdır. Evde bakım hizmeti hastaya kendi evinde ya da tanıdık bir yaşam alanında bakım verdiği için, ailesiyle birlikte zaman geçiren yardıma muhtaç kişiye sosyal ve psikolojik destek verilmiş olurken, ekonomik olması, kolay olması, eğitimlerin verilmesi, insanların kendi hayatlarını kontrol altına almasını kolaylaştırması gibi ek birçok avantajı mevcuttur (31). Evde bakım hizmeti hastane iş ve işlemlerini rahatlatan, iş yükünü azaltan, hastaneye kaldırılma vakalarını geciktiren ve ya önleyen bir sistem olup, iyileşmeyi destekler, kişiye hastane ortamına göre daha rahat olmasına imkan tanır (92).

Kültürümüzdeki geniş aile yapısının küçülerek çekirdek aile yapısının gelişmesi, ailede çoğunlukla hasta bireyin bakımını üstlenen kişi rolünde olan kadının da günümüzde çalışma hayatına katılması, bakım gerektiren bireyin çeşitli ilaç ve tıbbi malzeme gereksinimi olması gibi nedenlerden ötürü kronik hastalıklı bireylerin bakım sorumluluğu, aile fertleri için maddi ve manevi yük oluşturmaktadır. Evde bakım ekipleri sayesinde aile fertlerinin üstüne binmiş olan bakım yükü ve sorumluluğu biraz azaltılmakta ve sosyal ilişkiler geliştirilmektedir. Kültürümüzde huzurevleri ve benzeri yapılanmalarla ilgili düşünceler çoğunlukla olumsuz yöndedir. Evde bakım hizmetinin bilinçli ve ihtiyaca göre verilebilmesi için bireyi, çevresini ve bakım vericileri büyük bir tabloda bir bütün halinde görebilmek önemlidir (25).

4.10.3.Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Kapsamı

Dünya Sağlık Örgütü'nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım Grubu'nun 2000 yılındaki raporunun bütününde, “uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım” üzerine vurgulama yapılmıştır (92).

Evde bakım hizmetlerinden faydalanan grup çoğunlukla 65 yaş ve üzerindeki yaşlı hastalar, kronik hastalığı olan her yaş grubu insanlar, bebek ve çocuklarda oluşan idiyopatik, doğuştan ve ya sekonder kaynaklı özürlü, kaza sonucu sakatlık yaşayanlar, duyuşsal-mental hastalığı olanlar, madde bağımlı olan ve yatağa bağımlı hale gelen kişilerdir. Serebrovasküler olaylar sonrası gelişen hemipleji ve tetraplejiler yetişkinlerde yatağa bağımlılığın en önemli ve en sık nedenlerinden birisidir (93).

Dünyadaki hiçbir ülkede evde bakım hizmetlerinin sunumu için belirli kriterler, temel bir hizmet listesi, finansmanı, bakımın planlanması, yürütülmesi ve sürdürülmesi için alınan kararlar ya da anlaşmalar bulunmamaktadır. Her ülke, kültürel değerleri, sosyal yapısı ve ekonomik olanakları doğrultusunda belirlediği ve aralıklı olarak değişiklik yapılabilen bir liste oluşturmuştur (94).

Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesi için alınacak kararın uygulanabilir, ulaşılabilir ve sürekliliğinin olması, toplumun tüm kesimine eşit koşullarda olanak sağlaması gerekmektedir (48).

Evde bakım kapsamındaki hizmetler ise; **profesyonel hizmetler** (hemşirelik, fizyoterapi, sosyal hizmetler vb.), **destek hizmetleri** (ev temizliği, alış-veriş, yemek pişirme, çamaşır yıkama vb.) ve **araç-gereç hizmetleri** (walker (yürüteç), tekerlekli sandalye, özel yatak, bakım malzemeleri) olarak gruplandırılabilir (60).

Evde bakım, verilen hizmetin **özelliği gereği** üç açıdan sınıflandırılmaktadır.

Birincisi; evde bakım ile tıbbi hizmetlerin yanında aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği insani isteklere de cevap verilmelidir.

Bireysel ihtiyaç olan duş alma, kılık kıyafeti değiştirme, evle ilgili; temizlik, çamaşır yıkama, eve gıda alışverişi yapma, finansmanın düzenlenmesi; sosyalleşmeye teşvik ve kolaylaştırma yapılması konularını kapsamaktadır.

İkincisi; evde bakımın için ayrılan zaman, vakit ya da süredir. Hastanın ihtiyaç durumuna göre belirlenen bu süre kronik durumlar ve terminal dönemdeki hastalar için uzun süreli olurken, akut olgularda çoğunlukla hastane sonrası iyileşme aşamasında ise kısa süreli zaman diliminde verilmektedir. Bazı kaynaklarda kısa süreli bakım için otuz gün olduğu; uzun süreli bakımın 6 aydan daha fazla bir zaman diliminde verildiği, belirtilmektedir.

Üçüncüsü ise; Aile ve ya uzman olmayan kişiler tarafından verilen; informal bakım ve farklı meslek alanlarındaki uzman kişilerin verdikleri; formal bakım olmak üzere iki gruba ayrılabiliriz (95).

Evde bakım hizmetlerinin kapsamını belirleyen dört temel etmen bulunmaktadır. Bunlar; hizmeti alanların niteliği, hizmeti sunanların niteliği, ulusal ve uluslararası sağlık politikaları ve teknolojik gelişmelerdir (89).

4.10.3.1. Hizmeti Alanların Niteliğinin Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamına Etkisi, Evde sağlık ve bakım hizmeti yediden yetmişe tüm ihtiyaç sahibi insanlara hitap etmesi nedeniyle heterojendir.

4.10.3.2. Hizmeti Sunanların Niteliğinin Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamına Etkisi, Sağlık personeli kurumsal hizmet sunma odaklı bir eğitim programı ile

yetişmektedir. Alınan eğitim kapsamında, tedavi rejimleri kurumsal bakım sunacak tiptedir. Evde bakım hizmetleri kronik hastalıkları, terminal dönemi, yaşlılık ve engelliliğe bağlı hastalıkları kapsadığından ve hizmeti alanlara kurumsal tedavi sonrası, evde sağlık hizmeti sunumunu hedeflediğinden sağlık personelinin belirtilen hastalıklara sahip kişilerin gereksinim ve beklentilerini sürekli olarak karşılayabilmesi ve bu açıdan, personelin sunulan hizmetler konusundaki hizmet içi eğitiminin kesintisiz sürdürülmesi gereklidir.

4.10.3.3. Ulusal ve Uluslararası Sağlık Politikalarının Evde Bakım Hizmetlerine Etkisine bakıldığında, devletlerin sosyal güvenlik sistemlerinin evde bakım hizmetleri kapsamının belirlenmesinde ve ihtiyaç sahibi her kesime ulaşmasında önemli etkindir. Bu hizmetin sosyal güvenlik sistemlerine dayatılması, uygulamanın ulaşılabilirliğini artırmakta, kapsamını genişletmektedir.

4.10.3.4. Teknolojik Gelişmelerin Evde Bakım Hizmetlerine Etkisi, Gelişen teknoloji ile sağlık alanında kullanılan ileri teknoloji, evde bakım alan hastaların da kullandıkları bir takım cihazlarda da uygulanması cihaz kullanılabilirliği arttırarak, evde bakımı daha cazip hale getirebilir niteliktedir (96).

4.10.4.Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Amacı ve Hedefi

Evde bakım hizmetlerinin amacı, hastane sonrası hastalıkların evde tedavisine devam etmek, hastane yatak sayısını verimli ve ihtiyaça yönelik kullanarak hasta mağduriyetini önlemek, doğum ile ölüm aşamasındaki tüm hastalara hitap edilebilen bakım verme alanı olarak faaliyet göstermek, hasta sağlığının ve fonksiyonlarının maksimum rahatlık ve konfor içinde devam ettirmek için gerekli malzeme ve hizmet sunulması, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek, hastane enfeksiyon riskini azaltması, sağlık hizmetlerinin maliyetinin düşürmesi, hastanın tanıdıkları ile aynı ortamda bakım ve tedavi alması sonucu kısa sürede moral desteği sağlamak, hastanın yaşam kalitesini hastanın ihtiyaçlarına yönelik en iyi seviyeye çıkarmak amaçlanır (97).

Evde bakımın yaygınlaştırılması için Dünya'nın her yerinde kullanılan belli bir sistemin olması, kriterlere dayanması, bu bakımı verebilecek nitelikli sağlık

profyonellerinin yetişmesine imkan veren eğitim sistemlerinin kurulması, sosyal devlet desteği, alt yapı çalışmaları ve uzun dönemli pilot çalışmalar gerekmektedir (31).

Hastaların bağımsızlığa ulaşmaları, yaşam kalitelerini geliştirmeleri ve devam etmeleri evde bakım hizmetlerinin genel hedefidir. Bu hizmetlerin hedefinde; yaşam kalitesini artırmak, hizmeti alanların iyi olma durumunu en üst düzeyde korumak ve sürdürmek amacı bulunmaktadır (24). Bilhassa istek ve talepleri karşılamak için ölkemizde de evde sağlık bakımı hizmetleri verilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik 3895 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuş, 19.02.2016 yılında tekrar güncellenmiştir (1).

Bu yönerge ile Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde oluşturulacak evde sağlık hizmet birimlerinin tanımı, bu hizmetleri alacak hastalara ilişkin tıbbi ve sosyal ölçütlerin tespiti, evde sağlık hizmeti verecek sağlık ekibinin ve gerekli ekipmanların standartlarının belirlenmesi, ilgili personelin görev yetki ve sorumlulukları, randevu, kayıt ve takip sistemlerinin kurulması, çalışma sistemine ilişkin usul ve esaslar ile denetim esaslarına ilişkin mevzuat ve altyapı düzenlemeleri yapılarak evde sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları vasıtasıyla sosyal devlet anlayışı içerisinde verilmesi ve tüm ölkede genelinde etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulamaya konulması hedeflenmiştir. Hedeflere ulaşılabilmesi için daha çok hizmet birimi aktive edilmelidir (98).

4.10.5.Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Olumlu Ve Olumsuz Yönleri

Ölkemizde evde sağlık hizmetlerinin ilk olarak özel sektör tarafından verilmesi, sonrasında devlet tarafından sigorta üzerinden de tüm vatandaşların yararlanabileceği bir hizmet alanı haline gelmesinin, yeni bir sistem olması ve hizmet vermeyi amaç edinmesi birçok avantajın yanı sıra dezavantajı da beraberinde getirmektedir (46).

4.10.5.1.Evde Bakımın Olumlu Yönleri:

Hizmetin hastanın alışık olduğu ortamda verilmesi, hastanın çevresindeki diğer kişilerle birlikte değerlendirilmesi, hastanın temel ihtiyaçlarının karşılanması ve bağımsızlığa ulaşmalarına destek olunması, hastane hizmetine göre daha ulaşılabilir ve uygun olması, profesyonel sağlık vericiler tarafından verilen evde sağlık hizmetinde hasta ve hasta çevresiyle daha samimi ve yakın ilişkilerin kurulması tedaviye uyum sürecini olumlu yönde etkilemektedir (94).

Hastanede bulunulan süre içerisinde uyulması gereken bazı hastane kuralları olup, yaptırım güçleri bulunmaktadır. Bireyin evinde bakılması sürecinde verilen evde bakım hizmetinin ihtiyaç ve beklentilere cevap vermesi hastanın bireyselliğini sürdürmesine, daha rahat davranmasına olanak sağlayarak hastayı özgürleştirir. Hastanın izole edilmeden zaten tanıdığı ve sevdiği ortam da bakılması kişiyi psikolojik anlamda rahatlattığı için akut hastalıklardaki bakım alma durumunda iyileşme durumu artarken evde yatağa tam bağımlı hastaların anı yaşamasına ve güzel vakit geçirmelerine olanak sağlamaktadır (14).

Sürekli hastane bakımına muhtaç olan, doktor muayeneleri, tetkik ve tedavileri olan ve GYA bile yerine getiremeyen bağımlı hastaların hastane transfer işlemleri oldukça zor ve maliyetli olması hasabiyle bu durumdaki kişilerin bakıma gitmesi yerine bakım ve sağlık hizmetlerinin bu kişiye gelmesi hem bireyler hem de toplum için daha kolay ve ucuz bir yol olan evde bakım hizmetlerine bırakılmaktadır. Uygunsuz hastane kullanımları, başvurular, hastane yatışları, hastane enfeksiyonlarının artmasına neden olurken hastanelerde gereksiz yoğunluğa sebep olmaktadır. Evde bakım hizmeti ile hastaların hastanede yatış süresi kısaltılarak, aynı yatak sayısı ile daha fazla hastaya sağlık hizmeti sunmak mümkün hale gelir. Hastaneye yatış için sıra bekleme süreleri kısaltılabilir. Ayrıca evde bakımın maliyeti hastane bakımına göre daha düşüktür (65).

Hastanede bakım verenler ile evde profesyonel bakım verenlerin mevcut durumlarını saptamak için yapılan bir araştırmada, evde bakımın hastanede verilen bakımdan hem tıbbi yönden hem de sosyal yönden daha az uğraşla ve daha az vakit ayırarak yapılabildiği görülmüş, memnuniyet düzeyinin fazla olduğu, hasta- hasta yakınları-

bakım vericileri ve sağlıkçılar arasında etkili ve anlaşılır bir bakım ilişkisinin kurulmasına olanak sağlamaktadır. İletişimin iyi olduğu bir ortamda stresin çok fazla yaşanmadığı, hastanın evinde sevdikleri ya da yakınları ile kalmasının da psikolojilerini olumlu etkileyerek iyileşmeyi hızlandırdığı ve adaptasyon sürelerini azalttığı bilinen bir olgudur (21).

Bakım veren informal grubun sürekli hasta bakım ve gözlem işiyle uğraşması sonucu tabii bir faaliyet olan kişiler arası görüşmelerde aksaklıklar yaşanmasına neden olabilmektedir. İnsanın insanla paylaşımında bulunması, bildiğini aktarması ve alması süreçleri insani bir özellik olduğu için, bakım vericilerin arada nefes almak için buldukları ortamdaki uzaklaşmaları kişilerin kendisi ve hastası adına duyduğu sıkıntı ve hüznü de azalttığı gözlenmiştir (20). ABD’de bakım vericilerin bakım verme ile ilgili durumlarını belirlemeye yönelik yapılan bilimsel bir çalışmada, bakım vericilerin %36’sının kırılğan durumda olduğu, bakım vermekte zorlandıkları, yaklaşık yarısının 20 saat veya fazla bakım verdiği, üçte birinden fazlasının ise bakım vermeye başladıktan sonra fiziksel sağlıklarının bozulduğu saptanmıştır (58).

Bakım alan ve bakım veren açısından yük getiren bakım süreci, özellikle profesyonel ellerde, ulusal düzeyde belirli bir sistem içerisinde yürütüldüğünde bakım süreci içindeki tüm taraflar için olumlu olacaktır. Evde bakım hizmetleri "sadece yaşama yıllar değil yıllara yaşam katar". Diğer bir deyişle kişinin özürü veya bağımlı olarak geçirdiği yıllarda yaşam kalitesini arttırmayı amaçlar. DSÖ'nün sağlık tanımında olduğu gibi tam bir iyilik hali yaratmaya çalışır (64).

4.10.5.2.Evde Bakımın Olumsuz Yönleri:

Medikal ya da tıbbi bakıma ihtiyacı olan bireylerin evlerine bakım için tanımadıkları kişilerin gelmesi, mahrem bölge olan ve özel hayatların yaşandığı ev ortamında, ev halkını ve hastayı bezen huzursuz edebilmektedir. Bu durum sıklıkla bakıma ilk başlanılan tarihlerde görülmekte, evde bakım hizmetlerinin genellikle uzun soluklu alınması bu göreceli huzursuzluk hissini kişi/kişilerden zamanla uzaklaştırmaktadır (79).

Bakıma muhtaç olan yatağa tam bağımlı kişilere semptomatik olarak verilen tıbbi evde sağlık tedavilerinde devamlı kullanılan ve ani durumlar için bekletilen evde medikal araç gereçlerin varlığı, yüksek teknolojiye sahip tıbbi cihazların kullanımının zor olması ve birden fazla bulunmaları evi hastane ortamına çeviren, hastaların psikolojilerini olumsuz etkileyen bir durumdur (33).

Evde bakım verecek personellerden özellikle de hemşirelerin alanında deneyimli olması, bildiğini eğitime dökebilmesi, hasta ve bakım vericisiyle şartlar el verdiği sürece etkileşimde bulunarak iyi bir iletişim halinde olması, evde bakım verecek personelin güvenliği, evde bakım hizmetlerinin sunumu açısından önemli bir öğedir. İnsan ve çevre güvenliğinin sağlanabilmesi için hastanede açığa çıkan tıbbi atıklar usulüne uygun biçimde yok edilmekte iken ev ortamında tıbbi atık imhası yapılamadığı için sıkıntı çıkmaması adına tıbbi atıkların yok edilmesi için önlemler alınmalı ve destek istenmelidir (64).

Ülkemizde evde bakım ve sağlık hizmetleri hizmet kolunun yeni olması, sürecin yönetilmesi ve denetlenmesi sorunlarına çözüm bulamamıştır. Çünkü evde bakım hizmetleri birçok iç ve dış etkenlerden etkilendiği için profesyonel ellerde yönetilmesi gereken bir örgütlenmedir (20).

Evde bakım hizmetlerinin dezavantajları arasında hastaya müdahale edilmesi gereken durumlarda oluşabilecek kriz ortamı, gerginliği artırması, acil durumlarda müdahale kısıtlılığı, komplikasyon riski gibi sorunlar önde gelmektedir (25).

Sözü edilen hizmetlerin kamu temelli ve sosyal güvenlik sistemi içinde yer alması, hem sosyal devlet ilkesi, hem de sosyal adalet anlayışının bir sonucu olduğu kabul edilmektedir (45).

4.10.6.Evde-Sağlık Bakımın Tarihçesi

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreçleri incelendiğinde bakımın evde başladığı bilgisi yer alır. Dünyada ve ülkemizde evde bakım hizmetlerinin gelişimi, hitap ettiği insana ait gelişim dönemleri, verdiği hizmet alanları sürekli değişim, gelişim ve yenilik halindedir. Eski Roma İmparatorluğunda doğumun nasıl evde nasıl yapılacağı hususundan dolayı başladığı, alternatif bakım haline gelmesinin temellerinin bu konuya dayandığı çeşitli kaynaklarda belirtilmiştir (93).

Evde bakım hizmetleri tarihte, evde hastalıkla mücadele eden kişilere gönüllü ve eğitimsiz kişiler tarafından yemek götürme ve yemeği yedirme, hastayı ve evini temizlemeye yardım etme, evini temizleme gibi eylemlerde bulunulmayla çok eski zamanlardan bu yana içgüdüsel olarak, yardım amaçlı verilmeye başlanmıştır (77). **1700'lü** yıllarda İngiltere de ev ziyaretleri yapılmış ve gelişimini Amerika'da sürdüren bir sistem olmuştur. **1800 'lü** yıllarda evde bakım hizmeti hasta ailesi ve yakınları tarafından verilmiştir. Kilisenin önderliğinde Avrupa'da başlayan bu hizmet gönüllüler tarafından bulaşıcı hastalıkların kontrol edilebilmesi için verilmiş olup, beslenme, barınma ve hastanın tecrit edilmesi faaliyetlerini içermektedir. **19. yüzyılda** hastalar evde tıbbi tedavi edilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duymuşlardır. **20. yüzyılda** nüfusun artması, köyden şehire göçler, sosyal koşulların imkansızlığı işsizlik ve buna bağlı yaşana yoksulluklar sosyal koşullardaki bozulmayı beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı arttırmıştır (93).

Hemşirelik hizmetleri evde bakım hizmetlerinin tarihi gelişimi kadar eski olup, ikili ilişkileri incelendiğinde uzun yıllar birlikte yürütüldüğü görülmektedir. Kırım Savaşı'nda Selimiye Kışlasında askerlere bakan, bakım için hasta ve çevresinin öncelikle düzenlenmesini savunan, tanınmış ve güçlü bir ailenin kızı olan Florance Nightingale savaşta askerlere yardım etmiş ve askerler tarafında lambalı kadın olarak betimlenmiştir. Nightingale bakım işinin yapılabilmesi için kadınları uygun görmüş ve eğitim almaları gerekli görmüştür. Bakım vermenin profesyonel bir meslek olmasının gerektiğini savunan ve hemşirelik mesleğinin temellerini atan, en önemli temsilcisidir (39).

ABD'de evde sağlık hizmetinin öncülüğü yapan hemşire Lillian Wald olmuştur. Yirminci yüzyılda William Rathbone ilk ziyaretçi hemşirelik hizmetini vermiştir. Rathbone, evinde eşine bir hemşire tarafından verilen hizmetten etkilenerek fakir hastalar için gönüllü bir hemşire servis hizmeti oluşturmuştur. Mary Robinson Liverpool'da evde hemşirelik hizmeti veren ilk hemşiredir (93).

Evde bakım hizmetinin tarihsel süreçteki faaliyetlerine bakıldığında hızlı yayılan, çok yönlü olan, sadece hastayı değil yakınlarını ve bakım verenleri de değerlendirilmeye alınması gereken, insani gereksinim ve beklentilere odaklanan bir hizmet biçimi

olması, ucuz ve ulaşılabilir olması talebi arttırarak gelişimi desteklemiş olsa da ülkemizde henüz çok yeni olması hasabıyla çalışmalar devam etmektedir (89).

Türkiye’de evde bakım hizmetinin gelişimine bakıldığında 15. yüzyılda Osmanlı Devleti’nde gezici hekimlik hizmetinin sunulduğunu, bakımın aileler tarafından yapıldığı görülmektedir. 1998’de İstanbul da Marmara Üniversitesi tarafından 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi düzenlenmiştir. 1999 yılında ilk kurumsal evde bakım hizmetlerinin faaliyette bulunduğunu görmekteyiz. Çıkarılan genelgeler ile evde bakımın tanımı yapılmış olup, yalnızca parası olan ihtiyaç sahiplerinin ulaştığı evde bakım hizmeti kamu desteğini alarak ihtiyaç sahibi tüm yaş grubundaki bireylere ulaşması sağlanmıştır (39).

Ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi yaşlı nüfus ve kronik hastalıkların oranı artmakla birlikte uzun dönem bakıma ihtiyaç duyan kişi sayısı da artmaktadır. Türk toplumunun aile yapısının özellikleri arasında evde bakım vermeye yatkınlığı da göz önüne alınırsa ülkemiz için evde bakım sisteminin çok uygun olduğu ve yürütülebileceği mümkün gibi gözükmektedir (99).

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreçteki dinamikleri incelendiğinde evde bakım hizmetlerini değerinin sürekli yeniden keşfedilmekte olduğu görülmektedir⁵⁴. Evde bakım hizmetleri, en azından iki yüzyıldır sürmekte olan pek çok ülkede hastalara, özel topluluklara ve hem de genel nüfusa hizmet sunmada bir yöntem olarak benimsenmiştir (99).

4.10.7. Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Ülkemizdeki Yasal Durumu,

Ülkemizde verilen bu hizmetin sadece tıbbi boyutunun bulunması, sosyal destek kavramının yok denecek kadar az olması ve sürekliliğinin olmaması sistemi yetersiz ve eksik bırakan konulardır (54).

- 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile bulaşıcı hastalıkların evde tedavisi, hekimlerin evde muayenesi ve ana-çocuk izlemine sağlayan maddeler koyulmuştur. Bu maddelerin uygulanması için hekim ve hemşireler evlere ziyaretler yapmışlardır.

- 1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı hemşirelik kanunu ile hemşirelere serbest olarak mesleklerini icra edebilme hakkı getirilmiş, çok sayıda sağlık kabinleri ve evde bakım bürolarının açılması desteklenmiştir.
- 1961 yılında 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ve 154 sayılı yönerge ile kronik hastalıklı bireylerin evde izlenmesi görevi halk sağlığı hemşirelerine vermiştir. Gebelerin evde izlemi, evde doğum, lohusa izlemi 0-6 yaş çocuk izlemleri ebelerle verilmiş, ebelerin denetimi de halk sağlığı hemşirelerine verilmiştir.
- 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur.
- 1983'te Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kanununun yılında yürürlüğe girmesi ile kurum, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlı, sakat, çocuk ve ailelere yardım götürme görevini üstlenmiştir (25).
- 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı", aile hekimlerinin gezici sağlık hizmetleri kapsamında evlere ziyaretler düzenlemesini içermiştir (6).
- Anayasamızın 41. maddesi ailenin korunmasına, 56. maddesi herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğuna, 60. maddesi herkesin sosyal güvenlik hakkı olduğuna, 61. maddesi sakat ve yaşlıların devletçe korunmasını hükmetmektedir. Buna istinaden devletin bu görevleri yerine getirmesi gerekmektedir (42).

Bu alandaki ilk yasal düzenleme 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik'tir. Bu yönetmelik özel evde bakım merkezlerinin ve hastaneler bünyesinde kurulacak evde sağlık ve bakım birimlerinin yapılanması, işleyişi, asgari gereksinimleri, denetimi gibi konularını düzenlemeyi amaçlamıştır.(67) Diğer önemli yönerge ise 24.02.2011 tarihli "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge"dir. Tüm bu gelişmelere rağmen; bugün için evde sağlık ve bakım hizmetlerinin, bir sistem dâhilinde faaliyet göstermesini sağlayacak bir makro plana, kaynakların daha verimli kullanımına ve entegrasyonuna ihtiyaç vardır, denilmiştir (96).

4.10.8.Dünyada ve Türkiye de Evde Bakım Hizmetleri Mevcut Durumu

Dünya ülkelerinde, evde yatağa tam bağımlı ve bağımlı hastaların temel ihtiyaçlarının karşılanması, bu hizmeti karşılarken zaman, emek ve paradan tasarruf edilmesi ve bu işin etkili, kapsamlı bir sistem haline gelebilmesi için devletin rolü hasta yakınlarını ya da bakım vericilerini hastalarına evde bakım vermeye devam etmeleri için yol gösterici olması, desteklenmesi ve ülke politikalarının bu yönde geliştirilmesi evde bakım hizmetlerinin geliştirmesini sağlayacaktır. Dünya ülkelerinden Amerika, Kanada, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Japonya, Suudi Arabistan, Endonezya ve Tayvan gibi birçok ülkede evde bakım hizmeti yürütülmektedir (34).

1947 yılında ABD’de ilk hastane temelli verilen bakım programında sunulanlar hemşirelik faaliyetleri olmaktan çok bir disiplin içindeki sağlık alternatifi halindedir.

1966’da Medicare (65 yaş üzerindeki hastalara ücretsiz bakım veren devlet programı) programının evde bakım programı kapsamına alınması ile bu dönemdeki evde bakılan hasta sayısı artmıştır.

1981 yılında evde bakımın kabulü için gerekli yatış kuralları kaldırılmıştır.

1983’te evde bakım firmalarının büyüme hızı bir kat daha artmıştır (12).

ABD’deki sağlık hizmetlerinde çalışanların %5.8’i evde bakım hizmeti veren sağlık çalışanları (doktor, hemşire, hasta bakıcı vs.) oluşturmaktadır ve bu sektör ekonominin en hızlı geliştiği sektörlerden biridir. Yabancı ülkelerde eski tarihlerden itibaren evde bakım sisteminin verilmesi ve geliştirilmesi çalışmalarının nedeni sayıları oldukça fazla olan yaşlı ve kronik hastalıklı kişilerdir. Gelişen ve gelişmekte olan her ülkenin sağlık durumu, ihtiyaç durumu, hastalık yaş grubu, sosyal destekler sistemi, personel sayısı, tıbbi araç gereç sayısı, deneyimli sağlıkçıların çokluğu hastane mevcut yatak durumu, maliyeti doğrultusunda toplum için kendinin belirlediği evde bakım standartları bulunmaktadır. Amerika ve Avrupa’nın birçok ülkesinde artık bu hizmetin uygulanması gerektiği değil nasıl daha kaliteli uygulanabilir tartışmaları yapılmaktadır (63).

İlk kez Newyork şehri kadınlar komisyonu evde bakım için bir mezun hemşireyi işe almıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde

Bu hizmet ile ilgili ilk kapsamlı kayıtlar ABD'den gelmiştir (16).

1800'lü yıllarda hastane yataklarının büyük kısmını uzun süre işgal eden hastalıklı ve bağımlı bireylerin sayılarının düzenli olarak artması üzerine evde bakıma ilgi duyulmasına teşvik etmiştir (32).

1960'lı yıllarda, geliştirilerek sigorta kapsamına girmiştir. 1965'te Medicare ve Medicaid sigorta sistemlerinin hayata geçmesi evde bakım hizmeti alan hasta sayısını arttırmıştır (33).

1982'de ABD'de Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Birlik; hastalar için verilen bakım kalitesinin arttırarak, bakım vericilerin ihtiyaçlarını ve gerek duydukları sosyal destekler yönünde bakım hizmeti sunanların haklarının korunması ve sağlığın merkezine evde bakımı yerleştirmektir. Bu çalışmalarıyla birlik evde bakım kavramının halka duyurulması ve tanıtılmasını sağlayarak, hizmetin toplumda bilinirliğini % 90'lara, evde bakım alanlarının sayısını da %30 arttırmıştır (4). Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği kayıtlarına göre, 1995'te yaklaşık 15.000 evde bakım şirketi ve bu şirketlerde çalışan 700.000 sağlık çalışanı bulunmaktadır (7).

1990'lı yıllar evde bakım hizmetlerine laboratuvar testleri, diş tedavileri, röntgen tetkikleri de girmiştir (31).

ABD de evde bakım sektörü en hızlı büyüyen sektör olup, evde bakım şirket sayısının yaklaşık 22 binin üzerinde olduğu tahmin edilmekte, iki ini en hızlı büyüyen sektör konumunda olduğu belirtilmektedir. ABD de yaklaşık 20 milyon yetişkinin ev ortamında informal bakım aldıklarını, hasta bakımlarının % 80'inin hasta yakınları tarafından desteklendikleri bildirilmekte olup, taburcu olan hastaların yüzde 15-20'si de evde bakım hizmetlerine yönlendirilmektedir. Bu hizmetlerin tüm sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 7,8'dir (31).

Kanada’da

1970 yılında evde bakım hizmetleri sağlık sistemi kapsamına girmiş ve yaygınlaşmıştır. Bu ülkede evde bakım destek ve hemşirelik servislerine kadar uzanmaktadır (19).

İspanya’da

Evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 milyondur.

İngiltere’de

Yaşlıların 1/6’sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir.

Japonya’da

Yaşlıların büyük bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri tarafından ev ortamında bakılmaktadır. Jakopzode (2000)’e göre, 65 yaş üzeri nüfusta 1998 yılı itibariyle evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus Kanada’da %17, Amerika’da %16, Avustralya’da %11,7, İsveç’te %11,2, Almanya’da %9,6, Fransa’da %6,1 ve Japonya’da ise %5’dir (71).

Hollanda’da,

18. Yüzyılda temelleri atılmış, ortalama 800.000 kişinin faydalanmasıyla başlayan evde kişisel bakım, evde sağlık bakımı, evde sosyal bakım ve evde yardım gibi, çeşitli yardım ve destek hizmetlerinden yararlanmaktadır. Hollanda da verilen evde bakım iki türdür. Bunlarda Aynı Yardımda: kişiler diledikleri kurumdan bakım alma hakkını kullanmakta iken; Nakdi Yardımda: evde bakım alan hastanın durumu ve harcamalarına bakılarak belirledikleri kişisel bütçe yardımını alırlar. Bu hizmet Türkiye’de çok yeni olan ve çalışmaları süren bir sistem iken dünyada geçmişi olan, yatırımlar yapılan bir sektör haline gelmiştir (67).

Türkiye’de

Evde bakımın tarihi henüz çok yenidir ve bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Bugün ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri

tarafından yürütülmektedir (14). Ülkemizde evde bakım hizmeti sunan kuruluşların sayısı yetersiz olması, verdiği hizmetlerin tıbbi ve tedavi amaçlı yapılması, günlük bakımda yetersiz kalmaları ve sosyal destek azlığı nedeniyle düzeni kurulan bir sistem olamamıştır (37). Ülkemizde teknoloji ve imkanların gelişmesiyle beklenen yaş ömrünün uzaması sonucu artan kronik hastalıklar, maliyetin artmasından dolayı özellikle terminal dönemdeki hastaların hastanede bakılamaması, yatak kapasitelerinin yetersiz kalması, hasta ve refakatçi ücretleri hesaplandığında artan maliyetler sonucu evde bakım ve sağlık hizmetinin verilmesi kaçınılmaz olmuştur. Türkiye nüfusunun %5.6'sı 65 yaş üzerindedir, bu dağılımın 2025 yılında %10'a, 2050'de ise %19'a ulaşacağı tahmin edilmektedir (71).

Evde bakım hizmetinin verilmesi için etkileşim ve iletişim halinde bulunması ve hizmet vermesi gereken profesyonel bir kadroya ihtiyaç bulunmaktadır. Bu kadroda; Doktor, Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Hemşire/Sağlık Memuru/ATT, Fizyoterapist, Beslenme uzmanı, Bakım Destek Ve Refakat Personeli, Büro Personeli, Bilgi İşlem Personeli, Ulaşım Sorumlusu bulunmalıdır (26). Evde bakım ekibinin sadece kendi aralarında değil hastane ve bakım vericilerle işbirliği içinde olması gerekir (48).

4.10.9.Evde Bakım Hemşireliği ve Önemi

Evde bakım süreci, kişinin hastalığı nedeni ile hastane koşullarına gereksinimi kalmadığında başlar. Amacı; koruma, tedavi ve rehabilite etme olan evde bakım kavramı çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle de farklı alanlardaki meslek üyelerinin birlikte çalışmasını gerektiren bir hizmet şeklidir. Evde bakım ekibinin multidisipliner ekip yaklaşımında hastanın tedavi ve bakımı her bir meslek grubunun hasta için önemli gördüğü stratejiler doğrultusunda yürütülür. Bu nedenle hasta bakımı sorunun özelliğine göre pek çok hizmet alanında çalışan profesyonel elemanların katkıları ile gerçekleştirilir (2).

Bu alanda çalışacak personelin mesleği, pratiği ve bilgisi çok iyi düzeyde olmalı ve hasta bakım vericilere anlaşılacak düzeyde eğitim verebilmelidir. Geniş bir uygulama alanı olan evde bakım, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, ev ekonomisti ve diğer sosyal hizmet elemanlarının aktif olarak yer aldığı

ve disiplinlerarası ekip çalışmasını gerektiren bir hizmettir (20). Birçok disiplinin katkısıyla verilmesi gereken evde bakım hizmeti “hemşire” odaklıdır ve hemşireler bu hizmetin temel yapı taşıdır. Evde bakım hemşireleri bakım vericilere uygun planlamalarda bulunarak, hastaların bakımını etkin bir şekilde yönetmelerinde yol göstermektedirler. Evde bakım hemşiresi, ev ziyaretleri yaparak hastaya bakım verenlerin günlük yaşama durumlarını belirlemek, uygun hemşirelik girişimlerini planlayıp, süreci yöneterek bakım veren bireylerin bakım verme sürecinin olumsuz etkilerinden zarar görmelerini engelleyebilmektedir (39). Uygun evde bakımı verebilmek için insan gücü ve alt yapıya ihtiyaç olduğu kadar bakımın hangi hastaya nasıl verileceği, hasta yakınlarının nasıl eğitileceği ve destekleneceği hususu da önemli kriterlerdir. İstihdama yönelik düzenlemelerin yapılması bakımı anlamlı hale getirerek hasta ve çevresindeki memnuniyet düzeyini arttıracaktır (94).

Çalışmamızın ana konusu olan hasta bakım vericilerden primer bakım vericiler hastanın bakım sorumluluğunu sürdürmede, günlük yaşam aktivitelerinde, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasında birinci derecede destek sağlayan kişilerdir. Primer bakım vericiler; hastanın beslenme, giyinme, banyo yapma, hareket etme, gibi günlük yaşam aktivitelerini; yemek hazırlama, alışveriş, ev idaresi, ev bakımı, ulaşım, ilaç yönetimi gibi enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini sağlamanın yanı sıra sağlık ekibi ile iletişim, koordinasyon ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanmasında da büyük önem taşımaktadır. Yatağa tam bağımlı bireylerin sınırlılıkları nedeni ile primer bakım vericiler, bakım sürecinde önemli yeri alırlar. Primer bakım vericiler, hastalığın tanı evresinden taburculuk ve evde bakımın sürdürülmesine kadar her dönemde sağlık bakım vericilerle iletişim içerisinde (20). Hemşireliğin bütüncül yaklaşımı çerçevesinde; hasta ve primer bakım verici birlikte değerlendirilmesi ihtiyaçların doğru tahmin edilmesi ve bakımın planlanmasında önemli husustur (13). Primer bakım verenler, hastaya verdiği bakımın zorluk derecesine göre bakımda yüklendikleri sıkıntılar tespit edilebilir. Bakım verenlerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak, öz bakımın önemi üzerinde durulmalı, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi gereksinimlerinin karşılanmış olmasının gerekli olduğu vurgulanmalıdır. Bakım verenin destek gruplarına üye

olması, ara verdiği hobilerine devam etmesi, bakım verme güçlüğü ile baş etmesine yardım edebilecektir (95).

Hemşirenin bakım vericilere ihtiyaç duydukları zaman gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda danışmanlık yapması, bakım verenin yardım arama çabasını destekleyerek onları bakım verme konusunda teşvik edecektir. Hemşirenin, bireye bakım verirken yaşadığı duyguların normal olduğunu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim vermesi gerekli ve önemli bir husustur (96).

Evde bakım hizmeti içinde doğru zamanda verilmesi gereken en önemli kavramlardan birisi taburculuk eğitimidir. Bu eğitimin akut hastalıkların bitiminden sonra uygun şekilde verilmesi tekrarlı hastane yatışlarını azaltırken; hastalık durumunda farklı amaçlar için verilmesi halinde hastaya verilen evde bakım hizmeti hastaya zarar verebilir (97).

Biz bu çalışmada özellikle EBH veren personele ışık tutması açısından İstanbul Bayrampaşa İlçesindeki bir hastaneden evde bakım hizmeti alan hastaların ve bakım vericilerinin yaşadıkları bakım yükü ve bu yükü etkileyen faktörleri ortaya koymaya çalıştık. Hasta özellikleri ve tıbbi durumlarının bölgesel farklılıklar gösterebileceği unutulmamalı ve EBH alan hastalara daha iyi hizmet sunulması açısından bölgesel yeni çalışmalar yapılmalıdır. Araştırmamız göstermiştir ki, değişik yaş gruplarında da çalışılsa, yatağa bağımlı hastalar ve evde bakım gören hastalarda en sık görülen sağlık problemleri genellenebilir niteliktedir (29). Evde bakım hizmetinden yararlanması gereken hasta sayısı özellikle yaşam süresinin uzaması ile birlikte giderek artmaktadır. Ayrıca belirli yaş gruplarında belirli hastalıkların görülmesi açısından, bu yaş gruplarında ilerisi için yapılacak sağlık planlamalarında, koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunulması açısından da çalışmamız değerlidir. Özellikle yaşlanan dünyada, gelecekte evde bakım hizmetlerinin daha da önem kazanacağı göz önünde bulundurulursa, çalışmamızın bulguları alınacak tedbirler için bir rehber olacaktır (98).

Bulgularımız evde bakım hizmeti veren sağlık hizmeti personeli ve sağlık politikaları

belirleyicileri açısından verimli bilgiler sunmaktadır (11). Yatağa bağımlı hastalarda en çok görülen kronik hastalıkların derlenmesi bu hizmeti sağlayacak sağlık personeline ve sağlık birimlerine personel, araç-gereç, malzeme açısından alınacak önlemler ve yapılacak hazırlıklar açısından bir ön bilgilendirme sağlamaktadır (99).



5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma Yatağa Tam Bağımlı hastalara bakım veren kişilerde bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma kapsamını 2015 yılı Mart ayında İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Kurumu Genel Sekreterliği'ne (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastane Hizmetleri Başkanlığı-5) bağlı Bayrampaşa Devlet Hastanesi Evde Sağlık Bakım Biriminden hizmet alan hastalara bakım veren bakım vericiler oluşturmuştur.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu araştırmanın evrenini, İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı Bayrampaşa Devlet Hastanesi Evde Sağlık-Bakım Biriminden hizmet alan 70 hastanın bakım vericisinden oluşmuş ve bakım vericilerin tamamına ulaşılmıştır.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra Yatağa Tam Bağımlı hastaya ve bakım veren bireylere ait sosyo-demografik veri formu ve Bakım verenlerin Yükü Envanteri ile toplanmıştır.

5.4.1. Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Ait Sosyo-Demografik Veri Formu (16)

Yatağa Tam Bağımlı hastaların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 16 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, mesleği, yatağa tam bağımlı olma süresi, etkilenen taraflar, mevcut sorunlar sosyal güvencesi, hastayı destekleyici araçların mevcut durumu, vb. içermektedir.

5.4.2. Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Bakım Verenlere Ait Sosyo-Demografik Veri Formu (29)

İnmeli hastaların bakım vericilerinin sosyo-demografik özellikleri, yaşanılan ortama ilişkin özellikler ve hastanın bakımına ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

5.4.3. Burden Interview Bakım Yüğü Ölçeği (Zarit Caregiver Burden Scale - ZBYÖ):

Bu ölçek Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek için 1980 yılında geliştirilmiştir. Türkiye de özellikle hemşireler tarafından yapılan araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini (bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu) belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek “asla”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık”, “her zaman” şeklinde 0’ dan 4’ e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeyi içerir. Ölçekten en az 0 ve en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının da 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” olarak belirlenir.(31) Ölçeğin birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş olup Cronbach Alpha Değeri 0.87 -0.99 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda, bakım veren aile üyelerinin bakım verme konusunda yaşadıkları sıkıntıların kolaylıkla değerlendirilebilmesine olanak sağlandığı için bu ölçek tercih edilmiştir (55).

5.5. Araştırmanın Etik Yönü

Medipol Üniversite’si Etik Kurulu’ndan alınan etik kurul onayı, araştırmanın ön projesi ve araştırmanın konu, amaç ve yöntemi ile ilgili bilgi veren bir dilekçe ile araştırmanın yapılacağı devlet hastanesinin üst kurumuna başvuruda bulunulmuş, kurumun yazılı izin ve onayından sonra çalışmaya başlanmıştır.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından, 01 Şubat-01 Nisan 2015 tarihleri arasında İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı Bayrampaşa Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde kayıtlı Bayrampaşa ilçesinde yaşayan, yatağa tam bağımlı hastalara bakım veren bireylerle yüz yüze görüşölüp, anket formu kullanılarak toplanmıştır. Bakım verenlere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır.

5.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları tek bir devlet hastanesinde evde sağlık bakım biriminde kayıtlı ve hastası hizmet alan hasta yakınları ile gerçekleştirilmiş olup, yalnızca o hastaneye genellenebilir, tüm evrene genellenemez. Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması başka kurumlarla karşılaştırılma yapılmamış olması da araştırmanın sınırlılıklarındandır.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, ankete katılan bireylerin ve hastaların kişisel özellikleri frekans ve yüzde dağılımı ile sunulmuştur. Bununla birlikte katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin görüşlerini betimlemek amacı ile aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ayrıca, ölçeğin geneli için ortalama puanlar elde edilmiş olup, söz konusu puanların ankete katılan bireylerin ve hastaların kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmasında iki grup içeren değişkenler için bağımsız örneklem için t testi (independent samples t test) ve ikiden fazla grup içeren değişkenler için tek faktörlü varyans analizi (one way ANOVA) uygulanmıştır.

Araştırmada anket uygulaması ile elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 programı ile analiz edilmiştir.

6. BULGULAR

6.1. Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Bakım Veren Bireylerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.1.1: Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		Sayı (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	55	78,6
	Erkek	15	21,4
Yaş	21-37	14	20,0
	38-54	34	48,6
	55-71	14	20,0
	71 ve üzeri	8	11,4
Medeni Durum	Bekar	14	20,0
	Evli	55	78,6
	Boşanmış	1	1,4
Eğitim Durumu	Okuryazar	8	11,4
	Okuryazar değil	6	8,6
	İlköğretim	34	48,6
	Lise 0	18	25,7
	Üniversite ya da lisansüstü	4	5,7
Mesleği	Ev hanımı	47	67,2
	İşçi	2	2,9
	Memur	1	1,4
	Serbest	1	1,4
	Emekli	12	17,1
	Diğer	7	10,0
Çocuk Sayısı	Yok	17	24,3
	1 tane	7	10,0
	1-5 tane	43	61,4
	5'ten fazla	3	4,3
Aile Yapısı	Çekirdek	42	60,0
	Geniş	22	31,4
	Parçalanmış	6	8,6
Toplam		70	100,0

Evde Yatağa Tam Bağımlı bireylere bakım verenlerin, bakım yükünü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada, evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bazı demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.1.1'de sunulmuştur. Buna göre, araştırmaya katılanların %78,6'sı (f=55) **kadın**, %21,4'ü (f=15) **erkek**; %20,0'ı (f=14) 21-37 **yaş** arasında, %48,6'sı (f=34) 38-54 yaş arasında, %20,0'ı (f=14) 55-71 yaş arasında ve %11,4'ü (f=8) 71 ve üzeri yaşta'dır. Aynı zamanda katılımcıların **medeni durumları** incelendiğinde; %78,6'sı (f=55) evli, %20,0'ı bekar, %1,4'ü ise boşanmış olarak tespit edilmiştir. Ankete katılanların %48,6'sının **ilköğretim** mezunu olduğu, %25,7'sinin **lise** mezunu olduğu, %11,4'ünün **okuryazar** olduğu, %5,7'sinin **üniversite ya da lisansüstü** mezunu olduğu belirlenirken %8,6'sının okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların **meslekleri** incelendiğinde ise, %67,2'sinin ev hanımı olduğu, %17,1'nin emekli olduğu, %15,7'sinin ise diğer (işçi, memur, serbest) mesleklerle uğraştığı tespit edilmiştir. Ankete katılanlar **kendi aile yapılarını** %60,0 (f=42) ile “çekirdek aile”, %31,4 (f=22) ile “geniş aile”, %8,6 (f=6) ile “parçalanmış aile” olarak tanımlarken **çocuk sayılarını** ise %61,4 ile “1-5 arasında”, %24,3 ile “yok”, %10,0 ile “1 tane” ve %4,3 ile “5'ten daha fazla” şeklinde belirtmişlerdir.

Tablo 6.1.2: Katılımcıların alışkanlıkları ve ekonomik durumlarına ilişkin frekans dağılımları

Değişkenler		Sayı (f)	Yüzde (%)
Alışkanlıklar	Sigara	35	50,0
	Alkol		
	Diğer		
Çalışma Durumları	Çalışıyor	9	12,9
	Çalışmıyor	61	87,1
Toplam		70	100,0
Bakım vermeye başlamadan önce çalışıyor muydunuz?	Evet	13	21,3
	Hayır	48	78,7
Toplam		61	100,0
Ekonomik Durum	Gelir gidere denk	38	54,3
	Gelir giderden az	19	27,1
	Gelir giderden fazla	13	18,6
Hastaya bakım vermek ekonomik durumunuzu etkiliyor mu?	Hayır	32	45,7
	Evet	38	54,3
Toplam		70	100,0

Tablo 6.1.2’de evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin alışkanlıkları ve ekonomik durumlarına ilişkin frekans dağılımları verilmiştir. Buna göre katılımcıların %50’si **sigara** kullandıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %87,1’inin (f=61) **çalışmadığı** %12,9’unun (f=9) çalıştığı tespit edilmişken, çalışmayanların %21,3’ünün (f=13) ise bakım vermeye başlamadan önce çalıştıkları tespit edilmiştir. Aynı zamanda katılımcıların %54,3’ü **ekonomik durumunu** “gelir gidere denk”, %27,1’i ekonomik durumunu “gelir giderden az” ve %18,6’sı ekonomik durumunu “gelir giderden fazla” şeklinde bildirmiştir. “**Hastaya bakım vermek ekonomik durumunuzu etkiliyor mu?**” sorusuna ise katılımcıların %45,7’si “hayır”, %54,3’ü “evet” şeklinde cevap vermiştir. Buna **göre hastaya bakım vermenin ekonomik durumunu etkilediğini düşünen katılımcılar** en çok (%78,9) maddi sıkıntı yaşadıklarını ve çalışma engeli yaşadıklarını, hasta için malzemelerle ilgili sıkıntı yaşadıklarını belirtmiştir.

Tablo 6.1.3: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin frekans dağılımları

Değişkenler		Sayı (f)	Yüzde (%)
Sağlık sorunuz var mı?	Evet	37	52,9
	Hayır	33	47,1
Hastaya bakım verilen sürede sağlığınız etkilendi mi?	Evet	37	52,9
	Hayır	33	47,1
Bakım verdiğiniz hasta ile aranızda akrabalık bağı var mı?	Evet	69	98,6
	Hayır	1	1,4
Toplam		70	100,0

Tablo 6.1.3’de evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin sağlık durumlarına ve hasta ile akrabalık bağlarına ilişkin frekans dağılımları verilmiştir. Buna göre katılımcıların %52,9’unun **sağlık problemi** olduğu, %47,1’inin sağlık problemi olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %52,9’u hastaya **bakım verilen sürede sağlığının etkilendiğini** belirtirken, %47,1’i hastaya bakım verilen sürede sağlığının etkilenmediğini belirtmiştir. Evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin %98,6’sı hasta ile **akrabalık derecesi** bulunduğunu belirtmiştir.

Buna göre evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireyler ile hastalar arasındaki akrabalık bağları incelendiğinde; %37,1’i (f=26) annesi olduğunu, %21,4’ü (f=15) eşi olduğunu, %14,3’ü (f=10) babası olduğunu ve %12,9’u (f=9) kayın validesi olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6.1.4: Katılımcıların hastaya bakım verme durumlarına ilişkin frekans dağılımları

Değişkenler	Sayı (f)	Yüzde (%)	
Hastaya ne kadar süredir bakım vermektedir?	0-1 yıl	25	35,7
	1-3 yıl	14	20,0
	4-5 yıl	15	21,4
	5-10 yıl	10	14,3
	10 yıl ve üstü	6	8,6
Hastanın bakıldığı yer	Hastanın evi	55	78,6
	Baba evi	4	5,7
	Çocuğunun evi	10	14,3
	Kardeşinin evi	1	1,4
Hastaya bakım vermek için bakım verenin hastaya ayırdığı günlük saat miktarı	5-11 saat	20	28,6
	12-18 saat	18	25,7
	19 ve üzeri saat	32	45,7
Bakım vericinin bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey var mı?	Yok	21	30,0
	Var	49	70,0
Hasta bakımında size yardımcı olan bireyler var mı?	Evet	58	82,9
	Hayır	12	17,1
Toplam	70	100,0	

Tablo 6.1.4’te evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin hastaya bakım verme durumlarına ilişkin frekans dağılımları verilmiştir. Buna göre katılımcıların %35,7’sinin hastaya 0-1 yıldır **bakım verdiği**, %20,0’ının hastaya 1-3 yıldır bakım verdiği, %21,4’ünün hastaya 4-5 yıldır bakım verdiği ve %22,9’unun ise hastaya 5 veya daha fazla yıldır hastaya bakım verdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %78,6’sı hastaya hastanın evinde **bakıldığını**, %14,3’ü hastaya kardeşinin evinde bakıldığını, %5,7’si hastaya baba evinde bakıldığını, %1,4’ü ise hastaya kardeşinin evinde bakıldığını bildirmiştir.

Ankete katılanlar hastaya bakım vermek için **günlük ayırdıkları saat miktarlarını** ise %28,6 ile “5-11 saat” şeklinde, %25,7 ile “12-18 saat” şeklinde, %45,7 ile “19 saat ve üzeri” şeklinde belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %30,0’ı **bakmakla yükümlü**

olduğu başka bir birey olmadığını bildirirken, %70,0'ı bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey daha olduğunu bildirmiştir. Bunun yanı sıra katılımcıların %82,9'u hasta bakımında kendilerine yardım eden kişiler olduğunu, %17,1'i hasta bakımında kendilerine **yardım eden kişiler** olmadığını belirtmiştir. Buna göre katılımcılar hasta bakımında kendilerine yardım eden kişi sayısının %61,0 ile “1-2 kişi” şeklinde ve yardım eden kişinin %64,4 ile “çocukların” olduğunu belirtmiştir. Ayrıca katılımcılar kendilerine yardım eden kişilerin en çok yardım ettiği konular olarak ise; fiziksel bakımda yardım; ev temizliği, yemek ve ulaşım-transport işlemleri olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6.1.5: Katılımcıların hasta bakımı ile ilgili ailede güçlük yaşama durumlarına ilişkin frekans dağılımları

Değişkenler		Sayı (f)	Yüzde (%)
Hasta bakımı ile ilgili aile de güçlük yaşama durumu	Yaşanıyor	60	85,7
	Yaşanmıyor	10	14,3
Bakım vermek günlük yaşamınızı etkiliyor mu?	Evet	65	92,9
	Hayır	5	7,1
Hastayı destekleyici araçlardan mevcut bulunanlar	Yok	14	20,0
	Var	56	80,0
Toplam		70	100,0

Tablo 6.1.5'te evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin hasta bakımı ile ilgili ailede güçlük yaşama durumlarına ilişkin frekans dağılımları verilmiştir. Buna göre katılımcıların %85,7'si aile içinde **güçlükler yaşandığını**, %14,3'ü aile içinde güçlükler yaşanmadığını belirtmiştir. Aynı zamanda katılımcılar aile içinde en çok “bakımda zorluklar” ve “psikolojik sıkıntılar” yaşadıklarını ve “maddi zorluklar” çektiklerini bildirmişlerdir. Ankete katılan evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireyler hastaya bakım verirken hastalara en fazla fiziksel bakımdan destek olduklarını, daha sonra ise psikolojik / duygusal bakımdan destek olduklarını belirtmiştir.

Bunlara ek olarak katılımcıların %92,9'unun **bakım vermenin günlük yaşamlarını etkilediği**, %7,1'inin ise bakım vermenin günlük yaşamlarını etkilemediği tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %20,0'ı kendilerinde **hastayı destekleyici araçların** bulunmadığını belirtirken, %80,0'ı kendilerinde hastayı destekleyici araçların (atel, korse, koltuk değneği, tekerlekli sandalye, lazımlık, baston vs.) bulunduğunu belirtmiştir.

6.2 Yatağa tam bağımlı hastaların demografik özelliklerine ilişkin bulgular

6.2.1: Yatağa tam bağımlı hastaların bazı demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Sayı (f)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	47	67,1
	Erkek	23	32,9
Yaş	<40	5	7,1
	40-59	5	7,1
	60-79	29	41,4
	80 ve üzeri	31	44,3
Cinsiyet	Bekar	2	2,9
	Evli	32	45,7
	Boşanmış	2	2,9
	Dul	34	48,6
Eğitim Durumu	Okuryazar	22	31,4
	Okuryazar değil	29	41,4
	İlköğretim	9	12,9
	Lise	10	14,3
Meslek	Ev hanımı	39	55,7
	Memur	1	1,4
	İşçi	2	2,9
	Çalışmıyor	1	1,4
	Emekli	27	38,6
Çocuk Sayısı	Yok	5	7,1
	1 tane	7	10,0
	1-5 tane	49	70,0
	5'ten fazla	9	12,9
Sosyal Güvence	Var	32	45,7
	Yakınından yararlanıyor	38	54,3
Toplam	70	100,0	

Evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin bazı demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.2.1 'de sunulmuştur. Buna göre, evde yatağa tam bağımlı hastaların %67,1'i (f=47) **kadın**, %32,9'u (f=23) **erkek**; %7,1'i (f=5) “<40 yaş”, %7,1'i (f=5) “41-59 yaş”, %41,4'ü (f=29) “60-79 yaş” ve %44,3'ü (f=31) “80 ve üzeri” yaştaadır. Aynı zamanda **hasta bireylerin medeni durumları** incelendiğinde, %48,6'sı (f=34) dul, %45,7'si evli (f=32) olarak tespit edilmiştir. Hastaların %12,9'unun (f=9) ilköğretim **mezunu** olduğu, %14,3'ünün lise mezunu olduğu, %31,4'ünün okuryazar olduğu belirlenirken %41,4'ünün (f=29) okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin **meslekleri** incelendiğinde ise, %55,7'sinin ev hanımı olduğu, %38,6'sının emekli olduğu, %3,7'sinin ise diğer (işçi, memur, serbest) mesleklerle uğraştığı tespit edilmiştir. Hastalar **çocuk sayılarını**, %70,0 ile “1-5 arasında”, %12,9 ile “5'ten fazla”, %10,0 ile “1 tane” ve %7,1 ile “yok” şeklinde belirtmişlerdir. Bununla birlikte hasta bireylerin %54,3'ü **sosyal güvencelerinin** olmadığını ve akrabaları üzerinden yararlandıklarını belirtirken %45,7'si ise sosyal güvencesi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin hastalık tanılarının daha çok “SVO, Alzheimer, Parkinson, HT+DM+Felç” şeklinde olduğu tespit edilmiştir.

6.2.2: Yatağa tam bağımlı hastaların hastalık durumlarına ilişkin frekans dağılımı

Değişkenler		Sayı (f)	Yüzde (%)
Ne Kadar Zamandır Yatağa Tam Bağımlı	1-3 yıl	38	54,3
	4-6	21	30,0
	7 ve üzeri	11	15,7
Hastalığa bağlı etkilenen bölge-bölgeler var mı?	Var	61	87,1
	Yok	9	12,9
Başka kronik bir hastalığınız var mı?	Evet	58	82,9
	Hayır	12	17,1
Sürekli Kullandığı ilaç var mı?	Evet	64	91,4
	Hayır	6	8,6
Daha önce hastaneye yatma öykünüz var mı?	Evet	55	78,6
	Hayır	15	21,4
Hasta konuşabiliyor mu?	Evet	45	64,3
	Hayır	17	24,3
	Çok az	8	11,4
Toplam		70	100,0

Tablo 6.2.2 'de evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin hastalık durumlarına ilişkin frekans dağılımları verilmiştir. Buna göre, evde yatağa tam bağımlı hastaların %54,3'ü "1-3 yıl", %30,0'ı "4-6 yıl" ve %15,7'si "7 ve üzeri yıl" **yatağa bağlı olduğu** belirlenmiştir. Hasta bireylerin %87,1'inin hastalığa bağlı olarak **etkilenen bölgelerin** olduğu (sağ kol, sağ bacak, sol kol, sol bacak), %12,9'unun hastalığa bağlı olarak etkilenen bölgelerin olmadığı belirlenmiştir. Katılımcılar hastaların %82,9'unun başka bir **kronik hastalığı** daha olduğunu (HT, DM, Alzheimer, Epilepsi Mesane Rüptürü vs.), %17,1'inin ise başka bir kronik hastalığı olmadığını bildirmiştir.

Ankete katılanlar hasta bireylerin %91,4'ünün **sürekli kullandığı ilaç** olduğunu (tansiyon, şeker, parkinson, Alzheimer vs.), %8,6'sının sürekli kullandığı ilaç olmadığını belirtmiştir. Evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin %78,6'sının daha önce hastaneye yatma öyküsü bulunduğu, %21,4'ünün daha önce **hastaneye yatma öyküsü** bulunmadığı tespit edilmiştir. Daha önce hastaneye yatan hasta bireylerin hastaneye yatma nedeni olarak "bilinç kaybı, enfeksiyon, dekübüt, vücut

ödemi, glop vs.” şeklinde tespit edilmiştir. Evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin %64,3’ünün **konusabildikleri**, %24,3’ünün konuşamadığı ve %11,4’ünün ise çok az konuştuğu tespit edilmiştir. Ayrıca evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin en fazla karşılaştıkları sorunlar sırasıyla idrar ve gaita kaçırmaları, beslenme ve uyku sorunu şeklinde belirlenmiştir.



6.3. Katılımcıların Bakım Verme Yükü Ölçeğine Yönelik Bulgular

Tablo 6.3.1: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine yönelik betimsel istatistikler

Tablo.6.3.1	Maddeler	Hiçbir	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen	\bar{X}	s.s.
		%	%	%	%	%		
1.	Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	32,9	18,6	18,6	17,1	12,9	1,59	1,43
2.	Yakınıza harcadığımız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	18,6	22,9	12,9	31,4	14,3	2,00	1,37
3.	Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	30,0	25,7	17,1	18,6	8,6	1,50	1,33
4.	Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	52,9	17,1	18,6	8,6	2,9	0,91	1,15
5.	Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	50,0	22,9	20,0	4,3	2,9	0,87	1,06
6.	Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarımızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	38,6	30,0	17,1	11,4	2,9	1,10	1,13
7.	Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	15,7	24,3	14,3	40,0	5,7	1,96	1,23
8.	Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0,0	0,0	4,3	31,4	64,3	3,60	0,57
9.	Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	44,3	20,0	24,3	10,0	1,4	1,04	1,11
10.	Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	35,7	22,9	18,6	18,6	4,3	1,33	1,26
11.	Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?	27,1	31,4	8,6	20,0	12,9	1,60	1,41
12.	Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	17,1	25,7	21,4	28,6	7,1	1,83	1,23
13.	Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	22,9	24,3	21,4	22,9	8,6	1,70	1,29
14.	Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	4,3	2,9	8,6	32,9	51,4	3,24	1,03
15.	Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	31,4	15,7	14,3	18,6	20,0	1,80	1,55
16.	Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	41,4	14,3	24,3	7,1	12,9	1,36	1,41
17.	Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	28,6	27,1	22,9	14,3	7,1	1,44	1,25
18.	Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	32,9	20,0	27,1	7,1	12,9	1,47	1,36
19.	Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	5,7	25,7	45,7	20,0	2,9	1,89	0,89
20.	Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	10,0	27,1	22,9	25,7	14,3	2,07	1,23
21.	Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0,0	38,6	18,6	25,7	17,1	2,21	1,14
22.	Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	8,6	15,7	22,9	30,0	22,9	2,43	1,25
Genel							1,77	0,69

"Hiçbir zaman=0", "Nadiren=1", "Bazen=2", "oldukça sık=3", "her zaman "=4 Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin betimsel istatistikler Tablo 6.3.1'de sunulmuştur.

Her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri bakım verme yükü konusunda en olumlu görüşler; **"Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?"** ($\bar{X}=0,87$), **"Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?"** ($\bar{X}=0,91$), **"Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?"** ($\bar{X}=1,04$) ve **"Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?"** ($\bar{X}=1,10$) maddelerine yöneliktir. Buna göre, "Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?" maddesine katılımcıların %50,0'ı "hiçbir zaman", %22,9'u "nadiren" ve %20,0'ı "bazen" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %7,2'si ise "oldukça sık" ve "her zaman" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?" maddesine katılımcıların %52,9'u "hiçbir zaman", %17,1'i "nadiren" ve %18,6'sı "bazen" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %11,5'i ise "oldukça sık" ve "her zaman" seçenekleri ile olumsuz görüş ifade etmişlerdir. Aynı şekilde "Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?" maddesine katılımcıların %44,3'ü "hiçbir zaman", %20,0'ı "nadiren" ve %24,3'ü "bazen" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %11,4'ü ise "oldukça sık" ve "her zaman" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. Son olarak, "Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?" maddesine katılımcıların %38,6'sı "hiçbir zaman", %30,0'u "nadiren" ve %17,1'i "bazen" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %14,3'ü ise "oldukça sık" ve "her zaman" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Tablo 6.3.1'deki bulgulara göre katılımcıların bakım verme yükü konusunda diğer maddelere göre en yüksek puan bildirilen maddeler; **"Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?"** ($\bar{X}=3,60$), **"Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?"** ($\bar{X}=3,24$) ve **"Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?"** ($\bar{X}=2,43$) maddeleri olmuştur.

Buna göre, "**Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?**" maddesine katılımcıların %4,3'ü "bazen" seçeneği ile görüş belirtirken %31,4'ü "oldukça sık", %64,3'ü ise "her zaman" seçenekleri ile görüş belirtmişlerdir.

Bununla birlikte "**Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?**" maddesine katılımcıların, %15,8'i "hiçbir zaman", "nadiren" ve "bazen" seçenekleri ile görüş ifade ederken %32,9'u "oldukça sık", %51,4'ü "her zaman" seçenekleri ile görüş ifade etmişlerdir. Benzer şekilde "**Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?**" maddesine katılımcıların %24,3'ü "hiçbir zaman" ve "nadiren" seçenekleri ile görüş bildirirken %22,9'u "bazen", %30,0'ı "oldukça sık", %22,9'u "her zaman" seçenekleri ile görüş bildirmiştir.

6.4. Araştırmada Kullanılan Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 6.4.1: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin görüşlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	T	P
Cinsiyet	Kadın	55	1,78	0,70	0,421	0,675
	Erkek	15	1,70	0,67		

Tablo 6.4.1'de evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğine yönelik görüşlerinin cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların bakım verme yükü ortalamaları cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6.4.2: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin görüşlerinin demografik özellikler göre karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yaş	21-37	14	1,86	0,70	0,523	0,668
	38-54	34	1,69	0,65		
	55-71	14	1,92	0,82		
	71 ve üzeri	8	1,64	0,68		
Eğitim Durumu	Okuryazar	8	1,88	0,73	0,817	0,519
	Okuryazar değil	6	1,30	0,35		
	İlköğretim	34	1,81	0,78		
	Lise	18	1,81	0,61		
	Üniversite ya da lisansüstü	4	1,64	0,43		
Ekonomik Durum	Gelir gidere denk	38	1,81	0,69	1,509	0,229
	Gelir giderden az	19	1,88	0,75		
	Gelir giderden fazla	13	1,47	0,54		

Tablo 6.4.2’de evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğine yönelik görüşlerinin bazı demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların bakım verme yükü ortalamaları yaşlarına, eğitim durumlarına ve ekonomik durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. ($p>0,05$).

6.5. Araştırmada Kullanılan Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Yatağa Tam Bağımlı Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 6.5.1: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin görüşlerinin yatağa tam bağımlı hastaların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Cinsiyet	Kadın	47	1,86	0,72	1,704	0,093
	Erkek	23	1,57	0,58		

Tablo 6.5.1’de evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğine yönelik görüşlerinin yatağa tam bağımlı hastaların cinsiyetlerine göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların bakım verme yükü ortalamaları yatağa tam bağımlı hasta bireylerin cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6.5.2: Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğine ilişkin görüşlerinin yatağa tam bağımlı hastaların bazı demografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yaş	<40	5	1,43	0,85	0,921	0,435
	40-59	5	1,65	0,67		
	60-79	29	1,70	0,71		
	80 ve üzeri	31	1,90	0,65		
Eğitim Durumu	Okuryazar	22	1,57	0,84	1,398	0,251
	Okuryazar değil	29	1,93	0,61		
	İlköğretim	9	1,88	0,62		
	Lise	10	1,60	0,51		
Yatağa Tam Bağımlılık Süresi	1-3 yıl	38	1,76	0,74	0,094	0,910
	4-6	21	1,81	0,65		
	7 ve üzeri	11	1,69	0,65		

Tablo 6.5.2’de evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğine yönelik görüşlerinin yatağa tam bağımlı bireylerin bazı demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların bakım verme yükü ortalamaları yatağa tam bağımlı hastaların yaşlarına, eğitim durumlarına ve yatağa tam bağımlılık sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Ölçekten alınan toplam puan: 38,94, Max:71, Min:15 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde ve yurt dışında bakım verenlerle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, bakım verenlerin çoğunlukla kadın olduğu, erkeklere göre kadın bakım verenlerin bedensel sağlık, yaşam beklentisi ve iyilik hali gibi konularda daha kötü düzeyde oldukları ve depresyon, anksiyete gibi semptomların yine kadınlar tarafından daha fazla yaşandığı gösterilmektedir. Pierce ve arkadaşlarının 2006 yılındaki inmeli hastaların bakım verenler ile yaptıkları bir çalışmada, bakım verenlerin %20’sinde depresyon ve anksiyete bozukluğu, % 15’inde kronik hastalık, % 6’sında ise uyku bozukluğu olduğunu saptamışlardır. Başka bir araştırmada bakım verenlerin %60’ında klinik depresyon semptomlarının olduğunu ve genel popülasyona göre demanslı yaşlıların bakım verenlerinde, klinik depresyon düzeyinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır (7).

7. TARTIŞMA

Yatağa tam bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada bakım veren bireylerin, %48,6'sı 38-54 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında; Bilgili'nin "Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi" konusunda 2006 yılında yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (30–59 yaş) aralığında olduğu belirlenmiştir. Yaşar'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada tüm bakım verenlerin yaş ortalaması 45.7 ± 9.07 bulunmuştur. Bakım verenlerin yalnızca %4.3'ü 60 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Yaşlanmayla beraber bakım vericinin fiziksel sağlık sorunlarında artma ve hasta ihtiyaçlarını karşılamada zorlanma, emekli olma ya da çalışamamaya bağlı finansal sorunlar yaşama, sosyal etkileşimde azalma nedeniyle yaşlı bakım vericilerin bakım yükü puanının diğer gruplardan daha fazla olduğu düşünülebilir. Bu araştırma bulguları literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir (14).

Araştırmaya katılan bakım verenlerin % 78,6'sı kadın, % 21,4'ü erkek olduğu belirlenmiştir. Yaşar'ın 2008 yılındaki çalışmasında bakım vericilerin % 88 inin kadın olduğu ortaya çıkmıştır (60). Çınar'ın 2011 yılındaki çalışmasında araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin, %61.2' sinin kadın olduğu saptanmıştır (18). Amerika'da 18 milyon bakım verenden büyük bir çoğunluğunun kadınlar olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde evde bakım hizmeti hasta yakınları tarafından verilen bir durum olup, bakımın sağlık boyutu sağlık ekibi tarafından verilmektedir. Kadından beklenen roller arasında bakım verici rolünün de bulunduğunu ve bu rolün kadınlar tarafından da benimsendiğini ve yerine getirildiğini göstermektedir. Kadınların bakım işine uygun görülmesi ya da çoğunlukla bakımın kadınlar tarafından verilmesinin nedeni, daha vefalı, merhametli, şefkatli, duyarlı ve doğal iş olarak görülmesi ile ilgili olup daha kadınların daha yakın ilişkiler kurabilmeleri, stres ile baş edebilme yeteneklerinin yüksek olması, bakım işinde daha yetenekli olmalarında dolayı da bu durum olağan hale gelmiştir (69).

Araştırmaya katılan bakım verenlerin eğitim ve meslek durumları incelendiğinde; katılanların %48,6'sının ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Han'ın 2013

yılındaki çalışmasına göre, sağlık eğitimi gereksiniminin, eğitim durumundan etkilendiği, ilköğretim mezunu olan bakım verenlerin puanlarının daha yüksek olduğu bulunduğu belirtilmiştir (14). Yaşar'ın 2009 yılındaki araştırmasında ilkokul mezunu bakım vericilerin bakım yükü puan ortalamalarının (6,29±2,83) üniversite mezunu bakım vericilere göre daha yüksek (5,27±2,88) olduğu saptanmıştır (14).

Eğitim durumu ilkokul olan bakım verenlerin, bilgiye ulaşma, bilgiyi anlamlandırılmalarının eğitim durumu yüksek olanlara göre daha zor olduğu bu nedenle sağlık eğitimi gereksinimlerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca literatürde eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin bakım süreci nedeniyle sağlık riskinin daha yüksek olduğu ve bakım süreciyle daha iyi baş edebilmeleri için bilgi ihtiyaçlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Sonuçlar literatürle uyumludur. Bu durum, genel eğitim düzeyinin, bilgiye ulaşma, bilgiyi anlamlandırma ve bilgiyi uygulama yönünden etkili olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra eğitilmiş kişilerin finansal kaynakları daha iyi olabilir. Böylece stres semptomları ile daha iyi baş edebilirler (55).

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde ise, daha çok %67,2'sinin ev hanımı olduğu, tespit edilmiştir. Yaşar'ın 2009 yılındaki çalışmasında yaşlıya bakım verenlerin meslek durumları incelendiğinde %96'sı ev hanımı olduğu saptanmıştır (14). Yine Çetinkaya 'nın 2008 yılındaki benzer çalışmasında bakım verenlerin %43.2'si ev hanımı olduğu bildirilmiştir (24). Bayramova' nın 2008 yılındaki benzer çalışmasında da bakım verenlerin %60.1'inin emekli olduğunu bildirmiştir.(5) Bekdemir'in 2014 yılındaki yatağa tam bağımlı hastalar ile ilgili çalışmasında bakım veren bireylerin mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde % 46, 2'sinin ev hanımı, % 17,6'sının emekli, % 10, 3'ünün işçi, % 9,6'sının serbest meslek sahibi, % 1,9' unun memur, %14.3'ünün mesleklerinin diğer meslek grubunda (bakıcı, öğretmen, öğretim üyesi, mühendis, mimar, hemşire, satış uzmanı, sekreter) olduğu tespit edildi (24).

Çalışma kapsamında, katılımcıların medeni durumları, çocuk sayıları aile yapıları incelendiğinde; %78,6'sı evli, %61,4 ile "1-5 arasında çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Karaaslan'nın 2013 yılındaki çalışmasında, bakım vericilerin

çoğunluğunun evli (%78,7) ve çocuk sahibi (%74) olduğu belirlenmiştir (13). İnci'nin 2006 yılındaki çalışmasında bakım verenlerin %62.7'si çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (36). Koçak'ın 2011 yılında yaptığı çalışmada bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde %75.8'inin çocuk sahip olduğu belirlenmiştir (57). Evli olmak çocuk, eş ve ev sorumluluklarını da beraberinde getirmektedir. Hem bakım verme hem de bu sorumlulukları birlikte yürütmek zorunda kalmanın bakım yükünün artmasına neden olacağı düşünülse de bu çalışmada evli ve çocuklu olmanın bakım verici yüküne etkisinin olmadığı saptanmıştır. Öner'in 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada ise evli olmanın bakım yükünü arttırdığı saptanmıştır (35). Yaptığımız çalışmada ise evli ve çocuklu olmanın bakım yükünü attırdığı saptanmış olup bu sonuçla ilgili literatür ile paralellik göstermektedir.

Yapılan çalışmada %60,0'ı "çekirdek aile olarak tanımlanmıştır. Yaşar'ın 2008 yılındaki çalışmasında ve TÜİK 2006 yılındaki Aile Yapısı Araştırması'nda da hane yapısının %80.7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirtilmektedir (60). Ceylan'ın 2007 yılında yaptığı benzer çalışmada bireylerin çekirdek aile olarak yaşadığını belirtilmiştir. Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de büyük aile ile yaşama oranının düştüğü görülmekte ve bu aile yapılarında hastalıkların kabullenilmesi zor olmakta ve bakım vermek istenmemektedir. Yine bu ailelerde evde bakım verilirken yetersizlik yaşanması, sosyalleşme süreci ve destek sürecinde eksiklikler yaşanmaktadır (78).

Yapılan çalışmalarda; özellikle kronik hastalığı olan bireylere bakım veren bireylerin bakım verme gücünü ve yükünü etkileyen önemli faktörler arasında kendi yaşam alışkanlıkları ve maddi durumlarının olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda da bireylerin alışkanlıkları incelendiğinde; %50'sinin sigara, kullandıkları belirlenmiştir. Tülüce'nin 2012 yılında yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin büyük çoğunluğunun % 89.1'inin sigara kullanmadığı tespit edildi (22). Benzer çalışmada sigara kullanma durumuna bakıldığında hastaların çoğunluğunun kullanmadığı belirlenmiştir. Araştırma sonucumuzun paralel olmayan bulgular da tespit edilmiştir.

Hastaya bakım verme ile ekonomik durumları karşılaştırıldığında %54,3'ünün gelirinin gidere denk; olduğu tespit edilmiştir. Bakım veren bireylerin gelir durumu bakım verme yükünü etkileyebilmektedir. Kekeç'in 2011 yılında yaptığı araştırma kapsamında bakım verenlerin %26.8' nin gelir durumunun kötü ve çok kötü olduğu belirlenmiştir (20). Karataş'ın 2011 yılındaki benzer çalışmasında araştırmaya katılan ailelerin %40'ının hanedeki toplam aylık gelirinin 500-1.000 TL aralığında olması ağır düzeyde engelli birey ve ailesinin ekonomik desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (7).

Ülkemizde ailelerin büyük çoğunluğunun asgari ücretin altında bir gelirle yaşamını sürdürmeye çalışması, evde sağlık ve bakım hizmetinin devlet elinde verilmediği yıllarda hasta bireyin beslenme, barınma ve ısınma gibi temel ihtiyaçlarının yeterli düzeyde karşılanamaması ek sağlık sorunlarının yaşanmasına neden olarak evde bakım yükünün arttırılması gibi büyük sorunken; 2014 yılından itibaren sosyal devlet kapsamına alınan evde bakım hizmeti ile engelli ve yatağa tam bağımlı hasta ya da yaşlısı olana, hasta tıbbi ihtiyaçlarının raporlar çıkarılarak halledilmesi, hastanın evde medikal ihtiyaçlarını karşılanması ve devletin asgari ücretin 2/3 si kadar yakınlarına bakım ücret vermesi evde hastasına bakmayı cazip hale getirmiştir (7).

Çalışma kapsamında bakım verenlerin %87,1'inin çalışmadığı, tespit edilmiştir. Ayrıca, "Hastaya bakım vermek ekonomik durumunuzu etkiliyor mu?" sorusuna bakım verenlerin %54,3 ü "evet" şeklinde cevap vermiştir. Çetinkaya'nın 2008 yılındaki araştırmasında bakım verenlerin %92.4'ü çalışmadığını bildirmiştir. Çalışmayan bakım verenlerin %7.6'sı bakım vermeden önce çalıştığını, bakım vermek için işten ayrıldığını bildirilmiştir (24). Kalav'ın 2011 yılındaki araştırmasında bakım verenlerin çoğunluğunun (%85,4) bir işte çalışmadığı saptanmıştır (55).

Çalışma kapsamında bakım verenlerin sağlık problemleri incelendiğinde %52,9'unun sağlık problemi olduğu, %52,9'u hastaya bakım verilen sürede sağlığının etkilendiğini belirtilmiştir. Kekeç'in 2011 yılındaki araştırmasında bakım verenlerin %13.6'sının bakım vermeye bağlı sağlık sorunu geliştiği belirtilmiş olup, bireylerin %34.4'ü bel ağrısından, %46.9'u psikolojik sıkıntılardan yakınmaktadır (20). Yine başka bir

çalışma olarak Aşiret'in 2011 yılındaki benzer çalışmasında bakım verenlerin yarısından fazlasının en az bir sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Sağlık sorunlarının ilk beşteki dağılımları ise hipertansiyon, bel fıtığı, mide ülseri, baş ağrısı ve hiperkolesterolemidir. Aynı örnek çalışmada bakım verenlerin % 47.8' i var olan sağlık sorunlarının bakım vermeyle ilişkisi olduğunu ve %63.6'sı da sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını üzüntü ve stresle ilişkilendirmişlerdir (56).

Çalışma kapsamında bakım veren bireylerin ne kadar süredir bakım verdikleri incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun %35,7'sinin hastaya 0-1 yıldır bakım verdiği ve %21,4'ünün hastaya 4-5 yıldır bakım verdiği tespit edilmiştir. Karataş'ın 2011 yılındaki çalışmasında bakım hizmetini on yıldan çok yapanların oranı % 83.4, on yıldan az bakım verenlerin oranı ise % 16.6' olarak tespit etmiştir (7). Evde verilen bakımın tek kişi tarafından sosyal ve profesyonel destek sistemleri olmadan, uzun soluklu verilmesi bakımın yükünü arttırmaktadır. İnme tanısının alınmasının üzerinden uzun zaman geçmiş bireylere bakım verenlerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ve ruhsal sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir. Bu duruma sebep olarak, bakım verme sorumluluğunu yerine getirmekte zamanla zorlanmaların ve tükenmelerin fazlalaşması gösterilebilir (55).

Çalışma kapsamında bakım verenlerin akrabalık bağları incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%98,6) hasta ile akrabalık bağı olduğu belirlenmiş, bunlarında en fazla (%37,1) annesine bakım verdiği tespit edilmiştir. Çetinkaya'nın 2008 yılındaki çalışmasında araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin %41.3' ünün annesine baktığı tespit edilmiştir. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular, yukarıda bahsedilen çalışma sonuçlarını desteklemektedir (24). Bunun yanı sıra çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu (%82,9) hasta bakımında kendilerine yardım eden kişiler olduğunu belirtmektedir. Buna göre katılımcılar hasta bakımında kendilerine yardım eden kişi sayısını %61,0 ile "1-2 kişi" şeklinde ve yardım eden kişinin %64,4 ile "çocukların" olduğunu belirtmiştir. Bayramova'nın 2008 yılında kabul edilen doktora tez çalışmasında hastaların % 93,3'ünün bakımlarında yardım aldığı, yardım alanların %60'ının bakım verenlerin eşleri olduğunu bildirmişlerdir (5). Aşiret'in 2011 yılındaki inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü konulu

çalışmasında bakım verenlerin çoğunluğunun hasta bakımına yardımcı bireye sahip olduğu ve yardım eden bireylerin genellikle bakım verenin kardeşleri ya da çocukları olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar kendilerine yardım eden kişilerin en çok yardım ettiği konular olarak; beslenme, temizlik, hareket, boşaltım ve tedavi işlemleri olduğunu belirtmiştir. Hastalık ilerleyici bir süreç olması ile birlikte bazı fizyolojik değişiklikler ve hastalıkları beraberinde getirmektedir. Bireylerin bu sağlık sorunlarının olumsuz etkileri nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelerek başka birinin yardımına gereksinim duydukları düşünülmektedir (56).

Çalışma kapsamında hastaların bakıldığı yer incelendiğinde büyük çoğunluğunun (78,6) hastanın kendi evinde bakıldığını belirlenmiştir. Atalay ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptığı Türk Aile Yapısı Araştırmasında, yaşlıların %63 'ünün kendi ortamlarında, % 36' sının çocuklarının yanında, % 1' inin huzurevinde yaşadığı saptanmıştır (34). Bakım verici ile bakım alanın aynı evde yaşaması bakım işini kolaylaştıran olağan bir durum iken; bu durumun olumsuz etkisi olarak da yaşanan bakım vericinin kendine ait bir yaşam alanının olmaması, sürekli hasta ile aynı ortamda olması, kendi aktivitelerini gerçekleştirememesi gibi olumsuz sonuçlar da yaşatabilmektedir (69).

Bunun yanı sıra çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun gün içinde hasta bakımı için ayırdığı saatin 19 ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. Finlandiya'da yapılan çalışmada ise bakım vericilerin büyük çoğunluğu (%73) yaşlısıyla gün içinde 8 saatten fazla vakit geçirdiği ve Yaşar 'ın 2009 yılındaki örnek çalışmasında bakım verenlerin yaşlı ile gün içinde geçirdiği süre ortalama 9.76 ± 5.54 saat olduğu belirtilmiştir (14). Aynı zamanda katılımcıların (%70)'inin bakmakla yükümlü olduğu başka birey olduğu belirlenmiştir. Bekdemir'in 2014 yılındaki benzer çalışmasında bakım veren bireylerin bakmakla yükümlü oldukları kişiler incelendiğinde % 26,6'sının kendisine, % 56,4'ünün eşi ve çocuklarına, % 14,7' sinin eşine, % 2,2' sinin ise kardeşlerine bakmakla yükümlü oldukları tespit edildi (96).

Bakım veren bireylerin, bakım verme görevlerine ek olarak çocuklarıyla ilgili sorumluluklarını da yerine getirmeye çalışmaları, yüklerinin daha fazla artmasına ve

dolayısıyla yaşamdan daha az doyum almalarına yol açabilmektedir. Çocuk sayısının fazla olması, bakım verme işlevinden geriye kalan zamanlarda her bir çocuğa ayrılacak zamanın azalması anlamına gelebilmektedir. Bu durumda birey, çocuklarına yeterince zaman ayırmadığını düşünüp suçluluk duygusu hissedebilmektedir. Bakım verenlerin çoğunun kadın, çalışmayan ve düşük gelir düzeyine sahip bireyler olmaları da yükü daha fazla arttırabilmektedir. Diğer yandan çocukları yetişkin olan bakım verenler de benzer şekillerde bakım yükü hissedebilmektedir. Araştırma sonuçlarımız literatürle paralellik göstermektedir (98).

Çalışma kapsamında yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin hasta bakımı ile ilgili ailede güçlük yaşama durumları incelenmiş ve katılımcıların büyük çoğunluğu (%85,7) aile içinde güçlük yaşandığını belirtmiştir. Aynı zamanda katılımcılar aile içinde en çok “bakımda zorluklar” ve “psikolojik sıkıntılar” yaşadıklarını ve “maddi zorluklar” çektiklerini bildirmişlerdir. Baran ve diğerleri’ nin 2005 yılında yaptıkları araştırmada da yaşlıya bakım veren bireylerin %68.2’si yaşlı ebeveynle birlikte oturmanın yaşamlarına ekonomik, sosyal ve fiziksel yönden çeşitli kısıtlamalar getirdiğini belirtmişlerdir. Ankete katılan evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireyler hastaya bakım verirken hastalara en fazla fiziksel bakımdan destek olduklarını, daha sonra ise psikolojik ve duygusal bakımdan destek olduklarını belirtmiştir. Bunlara ek olarak katılımcıların %92,9’unun bakım vermenin günlük yaşamlarını etkilediği tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da uzun süreli verilen bakımın yaşam kalitesini negatif etkilediği ortaya çıkmıştır. Bu durumun hastalık süresi uzadıkça günlük yaşamı etkileyecek birçok sorunun ortaya çıkması, bakım vericilerin bir kısmının işlerini sürdüremeyerek bırakmaları ve maddi güçlükler çekmeleri, geleceğe dair korku ve endişelerin artması, sosyal destek kaynaklarının azalması, hastalığın nüks etmesi gibi kaygılardan kaynaklandığı düşünülebilir (69).

Çalışma kapsamında evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin bazı demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, yatağa tam bağımlı hastaların çoğunluğunun (%67,1) kadın olduğu ve hastaların %44,3’sünün “80 ve üzeri yaş” aralığında olduğu görülmektedir.

Çetin 'nin 2011 yılında yaptığı bu çalışmada bakım veren aile üyesinin yaşadığı bakım yükü üzerinde, cinsiyetin etkili bir değişken olmadığı belirlenmiştir (59). Literatürde şizofreni hastalarına bakım veren ailelerin bakım yükü ile hasta cinsiyetinin karşılaştırıldığı çalışmalarda; elde edilen sonuçtan farklı olarak hastanın cinsiyeti erkek ise, aile üyelerinin yaşadıkları bakım yükünün daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada her ne kadar hasta cinsiyeti, yaşanan bakım yükü üzerinde etkili bir değişken olarak belirlenememiştir de, elde ettiğimiz bir başka sonuç olan bakım yükü ile dışa vuran duygu durum arasındaki orta düzeyli pozitif ilişki; örneklem sayısının artması durumunda, cinsiyetin bakım verenin yaşadığı bakım yükü üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Özdemir'in 2013 yılındaki çalışmasında hastaların %59.3'ü 81-↑ yaşta olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucu ile ilgili literatürler araştırmamızı desteklemektedir (59).

Aynı zamanda hasta bireylerin medeni durumları incelendiğinde %45,7'inin evli olduğu ve hastaların %70'inin çocuk sayılarını "1-5 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Çetinkaya 'nın 2008 yılında yürüttüğü çalışmada hastaların %57.7' sinin evli olduğu % 94.8'inin çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Çocuk sahibi olan hastaların %70.9'unun 1-3 çocuk, %29.1'inin 4-↑ çocuk sahibi oldukları belirtilmiştir. Sonuçlar birbirini destekler niteliktedir (24).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %41,9'unun okur-yazar olmadığı, %55,7'sinin ev hanımı olduğu ve %54,3'ünün ise sosyal güvencesi olmadığı yakınlarından yararlandıkları belirlenmiştir. Çiftçi ve Yılmaz'ın 2005 yılındaki benzer araştırmasında ise hastaların %68.9'u ilköğretim mezunu olduğu ve Ülkemizdeki Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında bir işte çalışanların dışında, çalışmayanlar da sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunduğu saptanmıştır (44). Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Burada eğitim düzeyi arttıkça hastaların tedaviyi daha kolay anlayıp uyumlarının daha iyi olacağı söylenebilir. Akdemir ve ark'ın 2011 yılındaki çalışmasında yatağa tam bağımlı hasta bireylerin meslekleri incelendiğinde ise, %27 sinin emekli olduğu, tespit edilmiştir (54). Çiftçi ve Yılmaz'ın 2005 yılındaki açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin fonksiyonel sağlık örüntüleri (FSÖ) modeline

göre evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmada ise hastaların %60'ı emeklidir (44).

Çalışma kapsamında, yatağa tam bağımlı hasta bireylerin yatağa tam bağımlı olma durumlarına ilişkin verileri incelendiğinde evde yatağa tam bağımlı hastaların %54,3'ünün "1-3 yıldır yatağa tam bağımlı olduğu belirlenmiştir. Yine, çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastaların **%87,1'inin hastalığa bağlı olarak etkilenen bölgelerin olduğu** (sağ kol, sağ bacak, sol kol, sol bacak), %82,9'unun başka bir kronik hastalığı daha olduğu (HT, DM, Alzheimer, Epilepsi Mesane Rüpürü vs.) ve %91,4'ünün sürekli kullandığı ilaç olduğunu (HT, DM, Parkinson, Alzheimer vs.), tespit edilmiştir. Tülüce'nin 2012 yılındaki çalışmasında kalp yetersizliği dışında başka bir hastalık varlığının ve hastaneye yatışların bakım verenlerin bakım yükünü arttırdığı görüldü (22). Çaloğlu'nun 2012 yılındaki benzer çalışmasında araştırmaya dahil edilen hastaların kalp yetersizliğine eşlik eden birden çok hastalığa sahip olanların %41,7'sini oluşturduğu ve eşlik eden hastalıkların hipertansiyon ve diabetes mellitus (DM), solunum sistemi hastalıkları ve romatizmal hastalıklar olarak sıralandığı ortaya çıkmış ve kalp yetersizliği tanısı ile daha önce hastanede yatan hastaların oranı %66,7 bulunmuştur (93). Hastanede yatma öyküsü olanların %75'inin evde bakım gereksinim düzeyi açısından bağımlı olduğu ancak evde bakım gereksinimi ile hastanede yatma öyküsü arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlı değer taşımadığı ortaya çıkmıştır. Bu durum hastaneye yatan hastaların ve ikinci bir kronik hastalık varlığının, hastaların sağlık durumunun kötüleşmesi ve daha fazla bakıma ihtiyaç duyması; dolayısıyla bakım verenlerin yükünün daha çok artması ile açıklanabilir. Kalav'ın 2011 yılındaki benzer araştırmasında kronik hastalığı nedeniyle ilaç kullanan, özel diyeti olan ya da yaşam şekli değişikliği yapmak durumunda olanların BVYÖ puan ortalamaları; ilaç kullanmayan, özel diyeti olmayan ya da yaşam şekli değişikliği yapmak zorunda kalmayanlardan daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (55). Yine benzer çalışmalardan Bayramova'nın 2008 yılında yaptığı araştırmaya katılan bakım verenlerin hastalarına 6 ay ile 2 yıl arasında bakım verdiklerini belirtmişlerdir (58). Bahsi geçen ilgili literatürler araştırmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hasta bireylerin %78,6'sının daha önce hastaneye yatma öyküsü bulunduğu ve daha önce hastaneye yatan hasta bireylerin hastaneye yatma nedeni olarak "bilinç kaybı, enfeksiyon, dekübüt, vücut ödemi, glop vs." şeklinde tespit edilmiştir belirlenmiştir. Avcı ve Bayraktar (2004), şizofreni hastalarının %54.5'inin 1-3 kez hastaneye yattığını, Aydın'ın 2005 yılındaki çalışmasında ise 2.88 ± 2.94 hastaneye yatış yaptıklarını bildirmektedir. Bu sonuçları incelediğimizde araştırmamızla benzerlikler bulunmaktadır. Sonuçlara göre hastaların büyük bir çoğunluğunun hastaneye yatma deneyimi yaşadığı ve bu durumun da kaynaklarda belirtildiği gibi ailelerin yükünü arttırmış olabileceği düşünülmektedir (42).

Çalışma kapsamında literatür ile uyumlu olarak evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin %64,3'ünün konuşabildikleri, %24,3'ünün konuşamadığı ve %11,4'ünün ise çok az konuştuğu tespit edilmiştir. Ayrıca evde yatağa tam bağımlı hasta bireylerin en fazla karşılaştıkları sorunlar sırasıyla idrar ve gaita kaçırmaları, beslenme ve uyku sorunu şeklinde belirlenmiştir. Benzer araştırmalardan Enginyurt ve ark'ın yaptıkları çalışmada ESH alan hastaların %28.8'inde sadece idrar kaçırmaya şikayetini gözlerken; %49.6'sında hem idrar hem de gaita kaçırmaya şikayeti izlemiştir (63). Akdemir ve ark'ın çalışmasında ise hastaların %52.6'sında üriner, %28.9'unda da fekal inkontinans tespit etmişlerdir (54).

Çalışma kapsamında, "**yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?**" maddesine katılımcıların %60,2'si "hiçbir zaman", "**Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?**" maddesine katılımcıların %58,1'i "hiçbir zaman", aynı şekilde "**Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?**" maddesine de katılımcıların %58,6'sı "hiçbir zaman", seçenekleri ile görüş bildirmişlerdir. Son olarak, "**Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?**" maddesine katılımcıların %52,7'si "hiçbir zaman", seçenekleri ile görüş bildirmişlerdir. Tablo 6.3.1'deki bulgulara göre "**Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?**" maddesine katılımcıların %59,1'i "oldukça sık", "**Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?**" maddesine %32,3'ü "her zaman" seçenekleri ile görüş ifade etmişlerdir. Benzer şekilde "**Yakınınız**

hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?" maddesine katılımcıların %29,6'sı "her zaman", **"Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?"** maddesine katılımcıların 35,5'i "bazen", seçenekleri ile görüş bildirmiştir. Yatağa bağımlılık nedeni olan Demans'ın ilerleyen bir hastalık süreci olmasından dolayı bakım veren kişilerin geleceğin yakınına getirebileceklerinden korktuğu, bakım veren bireylerin bakım verdikleri kişilerin büyük çoğunluğunun anne babası veya yakın akrabası olmasıyla ilişkili bakımlarını kendilerinin devam ettirmek istedikleri, yakını hastalandığı zaman hayatının merkezine onu koyarak kontrolü kaybettiğini ve bakım verirken kendilerini kızgın hissetmedikleri bakımı sonuna kadar sürdürmek istedikleri, demans hastalarının özellikle ileri yaşta ki ve ilerleyen aşamadaki hastaların hastalık süreciyle orantılı olarak bakım vericileri tek dayanağı olarak gördüğü onun yardımına ihtiyacı olduğu düşünülmektedir (84).

Çalışma kapsamında **"Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?"** maddesine katılımcıların %50,0'ı "hiçbir zaman", Bununla birlikte **"Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?"** maddesine katılımcıların %52,9'u "hiçbir zaman", aynı şekilde **"Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?"** maddesine katılımcıların %44,3'ü "hiçbir zaman" şeklinde görüş bildirmişlerdir. Son olarak, **"Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?"** maddesine katılımcıların %38,6'sı "hiçbir zaman", seçenekleri ile olumlu görüş bildirmişlerdir. Tablo 6.3.1'deki bulgulara göre **"Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?"** maddesine katılımcıların %64,3'ü "her zaman" seçenekleri ile görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte **"Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?"** maddesine katılımcıların %15,8'i "hiçbir zaman", "nadiren" ve "bazen" seçenekleri ile görüş ifade ederken %32,9'u "oldukça sık", %51,4'ü "her zaman" seçenekleri ile görüş ifade etmişlerdir. Benzer şekilde **"Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?"** maddesine katılımcıların %24,3'ü "hiçbir zaman" ve "nadiren" seçenekleri ile görüş bildirirken %22,9'u "bazen", %30,0'ı "oldukça sık", %22,9'u "her zaman" seçenekleri ile görüş bildirmiştir.

Çalışma kapsamında, bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü puan ortalaması 38,94 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanlar ise minimum 15 maximum 71 puan arasında dağılım göstermektedir. Ölçekten toplamda 0-88 aralığında puan alınmaktadır. Puan yükseldikçe bakım yükü de artmakta ve elde edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilmektedir. Literatüre bakıldığında da Yaşar'ın 2009 yılındaki yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler konulu çalışmasında bakım verenlerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 58.56 ± 16.21 (min 21, max 88) bulunduğu, Kalav'ın 2011 yılındaki benzer çalışma kapsamında alınan bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamalarının 51.35 ± 12.33 ve Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden alınan maksimum puan 77, minimum puan 18 bulunduğu ve Türkoğlu'nun 2010 yılındaki çalışmasında bakım vericileri bakım verme yükü ölçeğinden aldığı puan ortalaması 36.65 ± 11.21 olarak saptanmıştır. Bu bağlamda çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir. Bakım vericilerin duygusal durumlarından dolayı yaşadıkları bakım güçlüğü ifade edemedikleri, ifade etmekte zorlandıkları ve şikayet ederek hastaları rahatsız edeceklerini düşündüklerinden bakım verme esnasında yaşadıkları yükü belirlemedikleri tespit edilmiş olup, araştırma sonucu yaşanan bakım yükü puanına paralel bir sonuç bulunmuştur. Sonuç olarak, araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin orta düzeyde bakım verme güçlüğü yaşadıkları söylenebilir (55).

Çalışma kapsamında, katılımcıların bakım verme yükü ortalamaları cinsiyetlerine, yaşlarına, eğitim durumlarına ve ekonomik durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). (Tablo 9-10). Literatüre bakıldığında İkte Öner'in 2012 yılındaki onkoloji hastalarına bakım veren bireylerde yaptığı çalışmada bireylerin cinsiyetlerinin bakım verme yüklerini istatistiksel olarak etkilemediğini tespit etmiştir ($p > 0,05$). Bununla birlikte Ak ve arkadaşlarının iki farklı ruhsal problemi olan hasta grubuna bakım veren bireylerin yaşadıkları güçlüklerin ele alındığı çalışmalarında, hastaların eğitim durumlarının, hasta yakını ile olan akrabalık derecesinin ve hastalık sürecinin bakım yükünü etkilediği bildirilmiştir. Bakım vermenin aile büyüklerine bir görev olarak görülmesi ve Türk aile yapısında anne, baba ve akrabaya olan bağlılık, yaşlıya bakım vermenin takdir edilen bir davranış

olması, verilerin özel bir üniversite hastanesinde genel olarak sosyo-ekonomik düzeyi yüksek, konu hakkında sorular soran, hastalık süreci hakkında detaylı bilgi alan bakım vericilere yapıldığından verilerin anlamlı farklılık göstermediği düşünülmekte, çalışmamızla benzerlik göstermektedir (35).

80 ve üzeri yaş grubundaki hastalara bakım veren katılımcıların bakım verme yükü ortalaması diğer yaş grubu hastalara bakım veren katılımcıların bakım yükü ortalamalarına göre daha fazladır. Yapılan bir çalışmada, hasta yaşı arttıkça bağımlılık düzeyinin arttığı saptanmıştır. Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik yetersizlikler, demansın yol açtığı sorunlarla birlikte bireyin başkalarının bakımına daha fazla ihtiyaç duymasına yol açabilmektedir. Dolayısıyla yaşlı ve demans tanısı almış bireye bakım vermek daha güç olabilmektedir. Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde başkasına bağımlı hastaya bakım veren ve hastasının tüm ihtiyacını karşılayan bakım vericilerin bakım yükünü daha fazla algıladıkları belirtilmektedir. Bu bağlamda çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir (87).

Çalışma kapsamında, yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ortalamaları bakım verme sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Tablo (6.2.2) Buna göre hastalara 1-3 yıl arası bakım veren katılımcıların bakım verme yükü ortalaması (=1,77), hastalara 4-6 yıl arası bakım veren katılımcıların bakım verme yükü ortalamasından (=1,81) daha düşüktür. Bekdemir'in (2014) araştırmasında bakım veren bireylerin bakım verme süreleri incelendiğinde % 9,3'ünün 1-6 ay, % 14,1'inin 7-12 ay, % 19,9'unun 1-2 yıl, % 56,7'inin ise 2 yıl ve üzeri süredir bakım verdiği tespit edildi. Hastaların yatağa bağımlılık süreleri incelendiğinde % 16,3'ünün 1-6 ay, % 11,5'inin 7-12 ay, % 23,7'sinin 1-2 yıl, % 48,4'ünün ise 2 yıl ve üzeri süredir yatağa bağımlı olduğu belirlendi (11).

Çalışma kapsamında, yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ortalamaları bakım verme sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Buna göre hastalara 1 yıldan daha az süreyle bakım veren katılımcıların bakım verme yükü ortalaması (=1,29) hastalara 1 yıldan

daha fazla süreyle bakım veren katılımcıların bakım verme yükü ortalamasından (=1,60) daha düşüktür. Literatürde yer alan çalışmalarda bakım yükünü etkileyen bir başka değişkenin bakım süresi olduğu belirtilmektedir. Çıtlık Sarıtaş ve ark'ın 2014 yılındaki çalışmalarında 13–24 ay bakım verenlerin yük algılarının, 24 ay ve üzeri bakım verenlere göre fazla olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmada bakım verenlerin hastaya bakım verme sürelerinin bakım yükü puanlarını etkilediği, altı ay-bir yıllık süredir bakım verenlerin bakım verme yükü puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Selçuk ve Avcı'nın 2016 yılındaki çalışmasında primer bakım vericilerin bakım süresi uzadıkça bakım yükünün arttığını belirlemişlerdir. Bu bağlamda çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir. Bakım verenlerin ilk bir yıl hastaya sundukları bakımda baş etme mekanizmalarını kullandıkları, bakımın birinci ve ikinci yılları arası bakım verme işlevini bir stresör olarak algıladıkları ve baş etme de sorunlar yaşayarak bakım yükünde artışa sebep olduğu düşünülmektedir (36).

8.SONUÇ

Çalışma sonucunda,

- Buna göre, araştırmaya katılanların %78,6'sı kadın, %48,6'sı 38-54 yaş arasında olduğu, medeni durumları incelendiğinde %78,6'sı evli, olduğu tespit edilmiştir.
- Ankete katılanların %48,6'sının ilköğretim mezunu olduğu, meslekleri incelendiğinde ise, %67,2'sinin ev hanımı olduğu, tespit edilmiştir.
- Ankete katılanlar kendi aile yapılarını %60,0 çocuk sayılarını ise %61,4 ile "1-5 arasında şeklinde belirtilirken; %87,1'inin çalışmadığı tespit edilmiştir.
- Aynı zamanda katılımcıların %54,3'ü ekonomik durumunu "gelir gidere denk", şeklinde bildirmiş olup, "Hastaya bakım vermek ekonomik durumunuzu etkiliyor mu?" sorusuna ise katılımcıların %54,3'ü "evet" şeklinde cevap vermiştir. Buna göre hastaya bakım vermenin ekonomik durumunu etkilediğini düşünen katılımcılar en çok (%78,9) maddi sıkıntı yaşadıklarını ve çalışma engeli yaşadıklarını, hasta için malzemelerle ilgili sıkıntı yaşadıklarını belirtmiştir.
- Evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin sağlık durumlarına ve hasta ile akrabalık bağlarına ilişkin frekans dağılımları verilmiştir. Buna göre katılımcıların %52,9'unun sağlık problemi olduğu, %52,9'u hastaya bakım verilen sürede sağlığının etkilendiğini belirtmiştir.
- Evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin %98,6'sı hasta ile akrabalık derecesi bulunduğunu belirtmiştir. Buna göre evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireyler ile hastalar arasındaki akrabalık bağları incelendiğinde; %37,1'inin annesi olduğu belirlenmiştir.

- Çalışma kapsamında, bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü puan ortalaması 38,94 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanlar ise minimum 15 maximum 71 puan arasında dağılım göstermektedir.
- Evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin hastaya bakım verme durumlarına ilişkin frekans dağılımları verilmiştir. Buna göre katılımcıların %35,7'sinin hastaya 0-1 yıldır bakım verdiği, %21,4'ünün hastaya 4-5 yıldır bakım verdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %78,6'sı hastaya hastanın evinde bakıldığını, bildirmiştir.
- Ankete katılanlar hastaya bakım vermek için günlük ayırdıkları saat miktarlarını ise, %45,7 ile "19 saat ve üzeri" şeklinde belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %70,0'ı bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey daha olduğunu bildirmiştir.
- Katılımcıların %82,9'u hasta bakımında kendilerine yardım eden kişiler olduğunu, belirtmiştir. Buna göre katılımcılar hasta bakımında kendilerine yardım eden kişi sayısını %61,0 ile "1-2 kişi" şeklinde ve yardım eden kişinin %64,4 ile "çocukların" olduğunu belirtmiştir. Ayrıca katılımcılar kendilerine yardım eden kişilerin en çok yardım ettiği konular olarak ise fiziksel bakımda yardım; ev temizliği, yemek ve ulaşım-transport işlemleri olduğunu belirtmiştir.
- Buna göre katılımcıların %85,7'si aile içinde güçlükler yaşandığını belirtmiştir. Aynı zamanda katılımcılar aile içinde en çok "bakımda zorluklar" ve "psikolojik sıkıntılar" yaşadıklarını ve "maddi zorluklar" çektiklerini bildirmişlerdir. Ankete katılan evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireyler hastaya bakım verirken hastalara en fazla fiziksel bakımdan destek olduklarını, daha sonra ise psikolojik/duygusal bakımdan destek olduklarını belirtmiştir. Bunlara ek olarak katılımcıların %92,9'unun bakım vermenin günlük yaşamlarını etkilediği tespit edilmiştir.

- Katılımcıların %80,0'ı kendilerinde hastayı destekleyici araçların (atel, korse, koltuk değneği, tekerlekli sandalye, lazımlık, baston vs.) bulunduğunu belirtmiştir.
- Evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğine yönelik görüşlerinin bazı demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların bakım verme yükü ortalamaları yaşlarına, eğitim durumlarına ve ekonomik durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğine yönelik görüşlerinin yatağa tam bağımlı hastaların cinsiyetlerine göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların bakım verme yükü ortalamaları yatağa tam bağımlı hasta bireylerin cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğine yönelik görüşlerinin yatağa tam bağımlı bireylerin bazı demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların bakım verme yükü ortalamaları yatağa tam bağımlı hastaların yaşlarına, eğitim durumlarına ve yatağa tam bağımlılık sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Evde yatağa tam bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğine yönelik görüşlerinin yatağa tam bağımlı bireylerin yatağa bağımlı olma sürelerine göre karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların bakım verme yükü ortalamaları yatağa tam bağımlı hastaların yatağa tam bağımlılık sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

ÖNERİLER

Bu bulgular doğrultusunda;

- Bakım verenler cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadınlar yetenekleri, hassasiyetleri ve zorunluluklar nedeniyle erkek nüfusuna oranla daha fazla sayıda bakım verdikleri ve kadının aile içindeki sorumluluklarının artarak bakım yüklerinin artmasına neden olduğunu, bu sebepten dolayı erkeklerin bakıma katılımını arttırmayı teşvik ederek kadının yükünün azaltılması gerekmektedir.
- Bakım verenlerde bakım verme sonucu asosyalleşme sürecinin başladığını, destek sistemlerinin bu gibi durumlarda pozitif etkisini, bakım verenlerin kendi ihtiyaçlarını karşılayamadan bakıma muhtaç birine yardım etme durumum sıkıntılarını görülmektedir, bu sebepten dolayı bakım verenlerin sosyal yönden desteklenmesi önemlidir.
- Bakım verenlerin bakım verme sonucu yaşadığı fiziksel, sosyal ve psikolojik sıkıntıların giderebilmesinde kesinlikle profesyonel desteğin olmasının gerekmekte olup, bakım vericilere evde bakım hizmetinden ücretsiz olarak faydalanabildiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Bakımda en önemli desteği veren/vermesi gereken profesyonel destek grubu (hemşire, hekim, psikolog, fizyoterapist gb) olan sağlıkçıların hastaya uygun bakımı hazırlamak için bakım vericisinin fiziksel, sosyal, kültürel ve psikolojik özelliklerinin de dikkate alınması bakımın niteliğini arttırırken, bakım vereninde kendine ait olan yaşamına devam edebilmesine katkıda bulunacaktır.
- Bakım verme işini yaşamın doğal bir parçası haline getirilmesi noktasında desteklenmelidir.

- Bakımın çıkış noktasından doğan hemşirelik mesleği, evde hasta bakımı konusunda ekibin kilit noktası niteliğinde olup en büyük sorumluluk onlara düşmektedir.



9.KAYNAKLAR

- 1.Tavas, A.E. (2014). Acil Servise Başvuran Yatağa Bağımlı (Bakıma Muhtaç) Hastaların Sağlık ve Sosyal Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir
- 2.Çifçi, E.S. (2006). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- 3.Sönmez, M. (2007). Alçılı Hastaların Evde Bakımları Sırasında Karşılaştıkları Sorunlar ve Başarımda Yöntemler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir
- 4.Dölek, B.Ö.,(2012) Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım. Klinik Gelişim, 25: s, 95-99.
5. Bayramova, N. (2008). Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir
- 6.Çavuş Ö F. (2013).Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara
- 7.Karataş, Z. (2011). Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral Ve Manevi Değerlerinin Başarımdaki Etkisi. Rize Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Rize
- 8.Aşiret, G.D., Kapucu, Sevgisun, K. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2: s, 1-5.
- 9.Kaya A. (2011). Bakım Hizmeti Veren Personelin Zihin Engellilerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Görüş ve Öneriler, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Bolu
- 10.Alpteker H. (2008). 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Bolu
- 11.Grunfeld, E., Coyle. D. Ve ark. (2004). Family Caregiver Burden: Results of a

longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers Canadian, Medical, Association , 170(12), 1795-1801.

12. Can, Ö.S.,(2008). Evde Bakım ve Tedavi, Türk Yoğun Bakım Dergisi (1): s 45-48.

13.Karaaslan A. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara

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

15. Altuntaş, M., Güçlü, Y.A., Öngel, K.,Yılmaz, T.T., (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 20 (3): s, 153-158

16.Fadıloğlu Ç., Doğan F., Ertem G. (2006). Evde Bakım. Meta Basım Matbaacılık.İzmir, 1-55.

17.Güneş, Ü., İsmailoğlu, E.G., Ülker, E., Zaybak, A. (2012). Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15(1): s, 1-7.

18.Çınar İ. (2011). Şizofreni Hasta Ailelerinin Bakım Yükleri ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir

19.Akpınar B. (2009). Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetlerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir

20.Kekeç M. (2011). Hemodiyaliz Tedavisi Alanlar Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Erciyes Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Kayseri

21.Ayhan Yavaş A. (2013). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara

22.Tülüce D. (2012). Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep

23. Demirlek, Ş. (2015). Yatağa Bağımlı Olan Hastalara Bakım Veren Kişilerin Depresyon Düzeyi, Bakım Yükü ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
24. Çetinkaya F. (2008). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir
25. Söylemezo Mukaddes Nüseybe. (2011). Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Denizli
26. Sayar, İ. (2010). Yaşlı Hastanın Evde Bakımındaki Sorunlar. Akademik Geriatri., 26-30 Mayıs., s, 148-152.
27. Okan, A. (2010). Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Hipertansiyon Farkındalığı ve Evde Bakım Uygulamaları. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tez. Bolu
28. Atagün ve ark. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü., Psikolojide Güncel Yaklaşımlar. 3(3): s, 513-552.
29. Gümüş, R. (2016). Yatağa Tam Bağımlı Hastalarda En Sık Görülen Kronik Hastalıkların Analizi Üzerinde Bir Derleme Çalışması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2(1): s, 44-50.
30. Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. 1 (1): s, 1-17.
31. Turan, Ö.S. (2008). Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecindeki Tıbbi Gereksinim Düzeyinin Saptanması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı., Uzmanlık Tezi. Ankara
32. Pınar, R. (2010). Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, 26-30 Mayıs. S, 153-156.
33. Hsiao, C.Y. (2010). Family demands, social support and caregiver burden in Taiwanese family caregivers living with mental illness: the role of family caregiver gender. Journal Of Clinical Nursing, december 19 (23- 24): 3494-503)
34. Güven, S., Öztop, H., Şener, A. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından

- Olumlu ve Olumsuz Yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. (1): s, 39-49.
- 35.Öner İkde Ö. (2012). Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzincan
- 36.İnci H.İ. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvelinirliği, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Denizli
37. Bahar,A., Parlar,S.(2007). Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi., 2(4): s, 33-39.
- 38.Aydın,A., Eker,S.S., Sarandöl,A., Kırılı,S. (2009). Şizofreni Hastalarında Bakım Verne Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri İle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 46: Özel Sayı:10-4
- 39.Elevli E. (2012). Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma, Beykent Üniversitesi İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- 40.Anuk, T., Kahramanca, Ş., Önder, T., Yıldırım, A.C. (2015). Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Hastaların Sosyo- demografik Özellikleri ve Tıbbi Durumlarının Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi., 42 (3)., s, 342-345.
- 41.Akmeşe, G ve ark. (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 11(3): s, 125-132.
- 42.Aydın, D. (2005). Evde Bakım Hizmetleri. Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları. S,20-34.
- 43.Güven S., Karahan, A. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. Turkish Journal of Geriatrics, Geiatri 5 (4): s,155-159.
- 44.Çifçi, E.S., Yılmaz, M. (2010). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. Türk Göğüs Damar Cerrahisi Dergisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 18 (3): s, 183-189.
- 45.Olak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. Turkish Journal of Geriatrics. 10(2): s,100-108.
- 46.Abacı L.Ç., Can, R., Kadioğlu, S. (2013). Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri Sırasında Gündeme Gelen Tıp Etiği Sorunları. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 35:

s,448-456

47. Arpacı, F. (2009). Yaşlıya Bakan Kadınların Bakım Yüklerinin İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi., s, 1-12.

48.Serenli, A. (2011). Türkiye’de Engelli Gerçeği. Müsiad Cep Kitapları, s, 16-80.

49.Üşenmez, A. (2013). Özel Eğitim Merkezinde Eğitim Alan Engelli Çocukların Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa

50.Cimete, G. (2010). Fiziksel Engelli Çocuk ve Ailesinin Evde Bakım Gereksinimine Işık Tutucu Araştırmaların Sistematik İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

51.Erdoğan, B. (2013). Evde Bakım Hizmeti Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyo- Ekonomik Durumlarının İncelenerek, Umutsuzluk ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Konya

52.Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü., 25(3): s, 1-7.

53.4. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi. (2015). SADEFE. 3-5 Aralık, İstanbul

54.Akdemir, N. (2011). Yatağa Tam Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi., 38(1): s, 57-65.

55.Yüksek Kalav, S. (2011). İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Lisans Tezi. Mersin

56.Aşiret Duru G. (2011). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınların Bakım Yükü. Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara

57.Koçak G. (2011). İnmeli Hastalara Bakım Vericilerin Yükü. İstanbul Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

58. Başkaya, V.A., Engin, E., Yıldırım, S. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yüksek Lisans Tezi. İzmir

59.Çetin N. (2011). Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisinin İncelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara

60.Yaşar F.(2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri. Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara

61.Demirbaş, H., Kadioğlu H., Sezer, A. (2015). Evde Bakım Hemşireliği: Mesleki Yetkinlikler ve Eğitim Standartları. İ.F.N. Hemşirelik Dergisi., 23(2): s, 160-165.

62.Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İzmir

63.Enginyurt, Ö., Öngel K., (2011). Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Ve Tıbbi Durumları. Smyrna Tıp Dergisi, Araştırma Makalesi., s,45-48

64.Yiğit S. (2004). Evde Bakım Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Sakarya Üniversitesi İşletme Yönetim ve Organizasyon Ana Bilim Dalı Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Sakarya

65.Ateş M., Taşdelen P. (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, s.22-28.

66.Karabağ H. (2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

67.Danış, M.Z., Solak,Y. (2014). Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu: Hollanda Örneği. International Journal of Social Science. S, 58-71.

68.Koç, G. (2005). Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir

69. Türkoğlu N. (2010). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum
70. Demir M., Ünsar S. (2008). Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi., 3(8): s, 120-130
71. Özer, Ö., Şantaş, F. (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi., 3(2): s, 96-103.
72. Çayır Y ve ark. (2013). Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri. Konuralp Tıp Dergisi., 5(3): s, 9-12.
73. Diker, J. (2000). Körfez 6 Nolu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı Bölgelerinde 65 Yaş Üzerindeki Kişilerde Kronik Hastalıklar ve İlaç Kullanımı. Geratri., 3 (3): s, 91-97.
74. Gölbaşı, Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 7(2): s, 15-22.
75. Arslan, Ş., Gökçe Kutsal, Y. (1999). Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirmesine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma, Geratri., 2(3): s, 1-14.
76. Arıkan, M ve ark. (2012). Evde Sağlık Hizmetlerinde Erişilebilirlik: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden Hizmet Alan Hastaların Hizmete Erişilebilirlikleri. 4. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. s, 1-11.
77. Kaya, H., Özkan, B. (2014). Evde Bakımda Kanıta Dayalı Psikososyal Müdahaleler. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E- Dergisi. 2(2): s, 1-8.
78. Ceylan, B. (2007). Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Konya
79. Hanzawa, S., Tanaka, G., Inadomi, H., Urata, M., Ohta, Y. (2008). Burden And Coping Strategies In Mothers Of Patients With Schizophrenia In Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62:256-263.
80. Cindoruk, M ve ark. (2010). Evde Bakım Hizmetleri., Akad Geriatri., 2: s, 121-127.

- 81.Gözüm, S. (2009). İnmeli Hastalara Evde Bakan Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum
- 82.Erdem, E. (2006). Kanserli Çocuğu Olan Ailelere Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir
- 83.Kasuya, R.T., Polgar-Bailey, and Takeuchi, R. (2000) Caregiver Burden and Burnout. Postgraduate Medicine.
- 84.Aker, A ve ark. (2005). Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 27 (3) : s, 89-94.
- 85.Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi Sempozyumu Raporu. (2013). Evde Bakım Derneği., 18-19 Eylül, İstanbul
- 86.Avcı, A., Bayraktar, N.(2004). Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 28 Eylül- 3 Ekim, Kuşadası, 771-772.
87. Durmaz H. (2011). Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum
- 88.Çayır, Y ve ark. (2014). Kuadruplejik Bir Olgu Üzerinden Evde Sağlık Hizmetleri. Genel Tıp Dergisi, 24(2): s, 1-4.
- 89.Karadağ M. (2006). Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitimi Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara
- 90.Grunfeld. E.,Glossop R. ve ark (1997). Caring For Elderly People At Home. The Consequences For Caregivers Canadian Medical, Assosiation ,157 (8) :1101-1104
- 91.Çayır Y. (2013). Birinci Basamak Evde Sağlık Hizmetleri. Dicle Tıp Dergisi. 40(2), s. 340-344.
- 92.Sağlıklı Kentler Birliği. (2013)Avrupa’da Evde Bakım Hizmetleri. S, 3-36.
- 93.Çaloğlu, A. (2012). Tıp Fakültesi Kardiyoloji Servisinde Kalp Yetmezliği

Nedeniyle Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimleri., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Samsun

94.Koç, F. (2009). Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir

95.Akkuş, H. (2010). Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD) Hastalarına Verilen Eğitim İle Evde Bakım Gereksinimlerinin Karşılaştırılması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tez. Bolu

96.Bilgin, S. (2011). Mide Kanserli Hastalara ve Aile Bakım Vericilerine Evde Verilen Hemşirelik Bakımının Yaşam Kalitelerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum

97.Arslantaş, H. (2009). Psikiyatrik Hastalıklarda Evde Bakım ve Hemşirelik Sürecinin Uygulanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi., 12(4): s, 1-6 ,96.

98.Cimete G. (1998). 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. Marmara Üniversitesi. İstanbul., 1-41.

99.American Psychiatric Association (2000). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Fourt Edition, Text Revision, 297, Washington.

10.EKLER

10.1. (EK.1) Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Ait Sosyo-Demografik Veri Formu

1)Hastalığın Tanısı;

Tetra felç: (1) Doğuştan kalça kırık anormali: (2) Parkinson: (3)

HT+DM+Felç: (4) SVO: (5) İmmobil: (6)

Meningosel+Hidroel+Dekübüt: (7) Beslenme Bozukluğu: (8) Alzheimer: (9)

CA: (10) HT+DM+Kalp Hastalığı: (11)

Böbrek Hastalığı: (12) HT+DM: (13) Zihinsel Engelli: (14)

2) Yaşınız;

3) Cinsiyetiniz; Kadın (1) Erkek (2)

4) Medeni Durumu; Bekar (1) Evli (2) Boşanmış (3) Dul (4) Ayrı yaşıyor (5)
Diğer (6)

5) Çocuk Sayısı; Yok(1) 1 tane (2) 1-5 tane(3) 5 taneden fazla(4)

6) Eğitim Durumu; Okur-yazar (1) Okur-yazar değil (2) İlkokul (3) Lise(4)
Üniversite ve Lisans üstü (5)

7) Mesleğiniz; Ev hanımı (1) Memur (2) İşçi (3) Serbest meslek (4) Çalışmıyor
(5) Emekli (6)

8)Sosyal Güvencesi; Var (1) Yok (2) Yakınından yaralanıyor (3)

9)Ne Kadar Zamandır Yatağa Tam Bağımlı;

10)Hastalığa bağlı etkilenen bölge-bölgeler var mı? Var (1) Yok (2)

Bölüm 2 soru 10 sağ kol etkilendiyse: (1) yoksa: (0)

Bölüm 2 soru 10 sağ bacak etkilendiyse : (1) yoksa: (0)

Bölüm 2 soru 10 sağ diğer etki varsa : (1) yoksa: (0)

Bölüm 2 soru 10 sol kol diğer etki varsa: (1) yoksa: (0)

Bölüm 2 soru 10 sol bacak diğer etki varsa: (1) yoksa: (0)

Bölüm 2 soru 10 sol diğer etki varsa: (1) yoksa: (0)

11)Başka kronik bir hastalığınız var mı? Var (1) Yok (2)

Bölüm 2 soru 11a:

HT: (1) DM: (2) HT+DM: (3) HT+ kalp yetmezliği: (4) Alzheimer: (5)
Epilepsi: (6) Mesane rüptürü: (7) Görme Engeli: (8)

12)Sürekli Kullandığı ilaç var mı? Evet (1) Hayır (2)

Bölüm 2 soru 12 a:

HT+DM: (1) Parkinson: (2) Tansiyon: (3) HT+Kalp Hastalığı: (4)

Alzheimer: (5) Parkinson: (6) Alzheimer+Parkinson: (7) Epilepsi: (8)

CA ilacı: (9) DM: (10)

13)Daha önce hastaneye yatma öykünüz var mı? Evet (1) Hayır (2)

Yattı ise;

En son yatma tarihi; tarih girildi

Hastaneye yatma nedenleri;

Dekübüt: (1) Enfeksiyon: (2) HT: (3) Ödem: (4) Kreatinin Yükselmesi: (5)
Bilinç Kaybı: (6) Glop: (7) Beslenme Sıkıntısı: (8) Dispne: (9) Diyaliz: (10)
Epilepsi: (11) Ameliyat: (12) Kemoterapi: (13) Trafik Kazası: (14)

Hastaneye yatma süresi; gün olarak girildi.

14)Hasta konuşabiliyor mu? Evet (1) Hayır (2) Çok az (3)

15)Hastada mevcut olan sağlık sorunları;

Beslenme: (15 a) İdrar ve gaita kaçırması: (15 b) Uyku sorunu: (15 c)

Görme problemleri: (15 d) Diğer: (15 e)

(sağlık sorunu olanların karşısına 1 olmayan boş geçildi)

10.2 (EK.2) YATAĞA TAM BAĞIMLI HASTAYA BAKIM VERENLERE AİT SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Açıklama:

İlgili anketler, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere yapılmaktadır.

Araştırmanın amacı, Yatağa Tam Bağımlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünü ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörleri belirlemektir.

Anketlere verdiğiniz bilgiler araştırma amaçlı kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmanın geçerliliği açısından cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Bu amaçla ayırdığınız zaman, ilgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Hemşire Duygu ÇOBAN SIKILMAZ

Medipol Üniversitesi HYO

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Denek No:

A-YATAĞA TAM BAĞIMLI HASTAYA BAKIM VEREN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1) Yaşınız;

2) Cinsiyetiniz; Kadın (1) Erkek (2)

3) Medeni Durumunuz; Bekar (1) Evli (2) Boşanmış (3) Ayrı yaşıyor (4)

4) Eğitim Durumunuz; Okur-yazar (1) Okur-yazar değil (2) İlköğretim (3) Lise (4) Üniversite ya da Lisans üstü (5)

5) Mesleğiniz; Ev hanımı (1) İşçi (2) Memur (3) Serbest (4) Emekli (5)
Diğer (6)

6) Çocuk Sayısı; Yok(1) 1 tane (2) 1-5 tane (3) 5 taneden fazla (4)

7) Alışkanlıklarınız; Sigara (1) Alkol (2) Diğer (3)

8) Aile Yapısı; Çekirdek (1) Geniş (2) Parçalanmış (3)

9) Çalışıyor musunuz; Evet (1) Hayır (2)

10) Cevabınız hayır ise bakım vermeye başlamadan önce çalışıyor muydunuz;
Evet (1) Hayır (2)

11) Ekonomik Durumunuz; Gelir-gidere denk (1) Gelir-giderden az (2) Gelir-giderden fazla (3)

12) Hastaya bakım vermek ekonomik durumunuzu etkiliyor mu; Hayır (1)
Evet (2)

“Evet” ise kodlama

1- çalışma engeli 2-maddi sıkıntı 3-hasta için malzemeler

13) Sağlık sorunuz var mı; Evet (1) Hayır (2)

14) Hastaya bakım verilen süresince sağlığınız etkilendi mi; Evet (1) Hayır (2)

15) Bakım verdiğiniz hasta ile aranızda akrabalık bağı var mı; Evet (1) Hayır (2)

16) Bir önceki soruya cevabınız “evetse”; Eşim (1) Annem (2) Babam (3)
Kayınvalidem (4) Eşimin babası (5) Yakın akrabamız (6) Uzak akrabamız (7)
Çocuk (8)

17) Hastaya bakım vermeye başlama tarihi;

18) Hastaya ne kadar süredir bakım vermektesiniz;

0-1 yıl: (1) 1-3 yıl: (2) 4-5 yıl: (3) 5-10 yıl: (4) 10 yıl üstü: (5)

19) Hastanın bakıldığı yer;

Hastanın evi: (1) Baba evi: (2) Çocuğunun evi: (3) Kardeş evi: (4)

20)Hastaya bakım vermek için bakım verenin hastaya ayırdığı günlük saat miktarı (24 saat);

21) Bakım vericinin bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey var mı;

Yok: (1) Var: (2)

22)Hasta bakımında yapılan işler;

Beslenme: (22a) Temizlik: (22b) Hareket: (22c) Boşaltım: (22d) Tedavi: (22e)

Ekonomik işler: (22f)

Diğer: (22g)

23)Hasta bakımında size yardımcı olan bireyler var mı; Evet (1) Hayır (2)

Cevabınız “evet” ise;

Yardım eden kişi sayısı;

Yakınlık derecesi;

Evlat: (1) Kardeş: (2) Gelinler: (3) Akrabalar: (4) Eş: (5)

24)Hasta bakımında yardımcı olan kişiler hangi konularda yardımcı olurlar;

Parasal yardımlar: (24a) Randevular: (24b) Fiziksel bakımda yardım: (24c)

Ev temizliği: (24d) Yemek: (24e) Ulaşım-Transport işlemleri: (24f)

Diğer: (24g)

25)Hastanın bakımı ile ilgili olarak ailede güçlük yaşama durumu; Yaşanıyor (1)

Yaşanmıyor (2)

Cevabınız “yaşanıyor” ise aşağıdaki seçeneklerden uygun olan ya da olanları işaretleyebilirsiniz;

Psikolojik sıkıntılar: (25a) Bakımda zorluklar: (25b) Maddi zorluklar:

(25c)

26)Hastanıza bakım verirken en fazla hangi yönden destek oluyorsunuz (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz);

Psikolojik/duygusal destek: (26a) Fiziksel bakımda yardım: (26b)

Parasal yardım: (26c)

27) Bakım vermek günlük yaşamınızı etkiliyor mu; Evet (1) Hayır (2)

28) Hastayı destekleyici araçlardan mevcut bulunanları işaretleyiniz;

28a Yok() 28b Atel/Korse() 28c Koltuk değneği() 28d Tekerlekli sandalye()

28e Lazımlık () 28f Baston() 28gDiğer()



10.3 (EK.3) BURDEN INTERVIEW BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ ANKET FORMU

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

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

3. Yakınınıza 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. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

10.4 (EK.4) ARAŞTIRMA İZİNİ

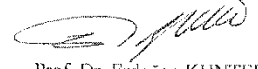
T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Sayı : 44274237 – 302.08.01 - 08
Konu: Duygu ÇOBAN

09/01/2014

İSTANBUL FATİH BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİNE

Fakültemiz Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL'ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Duygu ÇOBAN'nun, "Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Genel Sekreterliğinize bağlı Bayrampaşa Devlet Hastanesi Evde Bakım Biriminde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda, bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.



Prof. Dr. Erdoğan KUNTER
Dekan

Tel: (0212) 453 48 00
Faks: (0212) 531 75 55
e-mail: www.medipol.edu.tr

Adres: Atatürk Bulvarı, No:27, 34083
Ünkapı/İSTANBUL



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 51800557-770/2958
Konu : Duygu ÇOBAN

08.02.2015

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

İlgi : 09.01.2015 tarih ve 08 sayılı yazımız

İlgi tarih sayılı yazı ile tarafımıza bildirmiş olduğunuz Fakülteniz Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Nihal SUNAL'ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Duygu ÇOBAN'ın "Evide Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüktü ve Etkileyen Faktörler" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Birliğimize bağlı Bayrampaşa Devlet Hastanesinde yapabilmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. M. Hamza MÜSLÜMANOĞLU
Genel Sekreter

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 164
Konu: Etik Kurulu Kararı

18/07/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks: (0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, 34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Vercenlerin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	26.06.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	26.06.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 147	Tarih: 18.07.2014		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Duygu	Soyadı	ÇOBAN SIKILMAZ
-----	-------	--------	-------------------

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2012
Lise	Vefa Poyraz Anadolu Lisesi	2006

İş Deneyimi (sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	Özel Duygu Hastanesi	2010-Stajyer
Hemşire	Özel Medipol Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012-2014
Hemşire	Bayrampaşa Devlet Hastanesi	2014- halen

Yabancı Diller

	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi*	iyi	İyi*

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

ALES Puanı	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
2015 Sonbahar	65.25863		

Program	Kullanma Becerisi
MS Office Programları	Çok iyi