

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
(HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ)**

**(Doktora Tezi)**

**DEMANSLI YAŞLIYA BİRİNCİL BAKIM VERENLERİN  
YÜKLERİNİN AZALTILMASINDA NEUMAN SİSTEMLER  
MODELİNİN ETKİSİ**

**Hazırlayan  
Gökçe DEMİR**

**Danışman  
Prof. Dr. Nurgün PLATİN**

**Haziran 2012  
KAYSERİ**

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
(HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ)**

**DEMANSLI YAŞLIYA BİRİNCİL BAKIM VERENLERİN  
YÜKLERİNİN AZALTILMASINDA NEUMAN SİSTEMLER  
MODELİNİN ETKİSİ**

**Hazırlayan  
Gökçe DEMİR**

**Danışman  
Prof. Dr. Nurgün PLATİN**

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi  
tarafından TSD-10-3310 nolu proje ile desteklenmiştir.**

**Haziran 2012  
KAYSERİ**

## **BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

**Adı-Soyadı: Gökçe DEMİR**

**İmza:**

**YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI**

**“Demanslı Yaşlıya Birincil Bakım Verenlerin Yüklerinin Azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin Etkisi”** adlı **Doktora** Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

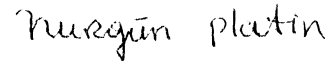
**Tezi Hazırlayan**

**Gökçe DEMİR**



**Danışman**

**Prof. Dr. Nurgün PLATİN**



**Anabilim Dalı Başkanı**

**Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ**



**Prof. Dr. Nurgün PLATİN** danışmanlığında **Gökçe DEMİR** tarafından hazırlanan **“Demanslı Yaşlıya Birincil Bakım Verenlerin Yüklerinin Azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin Etkisi”** adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

..... / ..... / 2012

## JÜRİ

## İmza

Danışman : **Prof. Dr. Nurgün PLATİN**

*Nurgün Platin*

Üye : **Prof. Dr. Ümit SEVİĞ**  
(Erciyes Üniversitesi-Sağ.Bil.Fak.)

*Ümit Seviğ*

Üye : **Prof. Dr. Nimet KARATAŞ**  
(Nevşehir Üniversitesi-S.Y.O.)

*Nimet Karataş*

Üye : **Prof. Dr. Süheyla ÖZSOY**  
(Ege Üniversitesi-Hemşirelik Fak.)

*Süheyla Özsoy*

Üye : **Yrd. Doç. Dr. Handan ZİNCİR**  
(Erciyes Üniversitesi-Sağ.Bil.Fak.)

*Handan Zincir*

## ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun .....tarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

**Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR**  
**Enstitü Müdürü**

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, hayatıma dokunarak kişisel gelişimime büyük katkı veren çok saydığım ve sevdiğim değerli danışman hocam Prof. Dr. Nurgün PLATİN'e,

Doktora eğitimim süreci boyunca beni her zaman destekleyen, içtenliğini, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen çok saydığım ve sevdiğim değerli hocam Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ'e,

Varlığı ile bana her zaman güç veren değerli hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a,

Alanı ile ilgili görüşlerinden dolayı Prof.Dr. Ayşe ÖZCAN'a,

Desteğini esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Handan Zincir'e,

Tez çalışmamı yürütmemde her konuda desteğini gördüğüm dostum Öğr. Gör. Şükran ŞİMŞEK'e, ve Öğr. Gör. Dr. Betül ÖZEN'e, her zaman destek olan Öğr. Gör. Dr. Zeliha Kaya Erten'e, odak grup görüşmelerinde yardımını esirgemeyen Öğr. Gör. Sevil BİÇER'e destek grup etkileşiminde ekibin üyeleri olan uzman doktor Şafak TAKTAK'a, psikolog Ertan AKDENİZ'e Sosyal Hizmet Uzmanı Murat EROĞLU'na,

Tezimin istatistiksel analizine yardım eden Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e, Öğr. Gör. Özkan SARIKAYA'ya,

Çalışma grubunda yer alarak, araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan birincil bakım verenlere,

Bu güne kadar tüm çalışmalarımnda her zaman yanımda olan ve destekleyen annem, babam, kardeşime,

En derin duygularla teşekkürlerimi sunarım.

**Gökçe DEMİR**

**Kayseri, 2012**

**DEMANSLI YAŞLIYA BİRİNCİL BAKIM VERENLERİN YÜKLERİNİN  
AZALTILMASINDA NEUMAN SİSTEMLER MODELİNİN ETKİSİ  
Gökçe DEMİR**

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Doktora Tezi, Haziran 2012**

**Danışman: Prof. Dr. Nurgün PLATİN**

**KISA ÖZET**

Demanslı yaşlıya bakım verenler fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi yönden etkilenip bakım yükü yaşamaktadırlar. Birincil bakım verenler bakım yükü yaşamamak için yardıma gereksinim duymaktadırlar. Bu araştırma, birincil bakım verenlere verilen eğitim ve destek grup girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla, ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası, tek gruplu yarı deneysel araştırma deseni olarak planlanmıştır. Araştırma, ölçütlere uyan 30 yaşlının birincil bakım verenleri ile gerçekleştirilmiştir. Veriler; Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu, Bakım Verenlerin Yükü Envanteri, Odak Grup Görüşme Formu kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Planlı olarak birincil bakım verenlere; bunaması (demans) olan yaşlının bakımına ilişkin eğitim ve bakım verenlerin yaşlılarına bakım verirken kendi sağlıkları için yapabileceklerine ilişkin eğitim olmak üzere iki eğitim verilmiş ve destek grup etkileşimi sağlanmıştır. Etik kurul onayı ve bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Değerlendirmede Mc-Nemar, varyans analizi ve içerik analizi yapılmıştır.

Birincil bakım verene yardım edenlerin eğitim öncesi ev ile ilgili işlerden üstlendikleri dört işten ve ev dışı işlerden üstlendikleri üç işten eğitim öncesi ile eğitim sonrası bulguları arasında fark olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Neuman Sistemler Modeline göre oluşturulan beş boyutta ki (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) eğitim öncesi olumsuz olarak ifade edilen özelliklerin eğitim sonrası azaldığı ve 1. ve 2. izlemlerde de bu azalmanın devam ettiği ya da tamamıyla ortadan kalktığı görülmektedir. Yine odak grup görüşmelerinde birincil bakım verenlerin bu beş boyutta eğitim öncesi ifadeleri ile eğitim sonrası ifadeleri arasında oldukça olumlu yönde yumuşama ve değişimler dikkati çekmektedir. Envanterin beş alt boyutundaki puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; envanterin eğitim öncesi toplam puan ortalaması ile ( $65.883\pm 19.5$ ) alt boyutlarından zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel, fiziksel ve sosyal yük eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Envanterin eğitim sonrası toplam puan ortalaması ile ( $37.067\pm 12.34$ ) envanterin alt boyutlarından duygusal yükte ise eğitim sonrası ile 1. ve 2. izlem arasında önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.01$ ).

Araştırmanın sonuçları, demanslı yaşlıya birincil bakım veren bireylere verilen eğitim ve destek grup etkileşimi birincil bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Neuman Sistemler Modeli, Bakım yükü, Planlı eğitim, Destek grup etkileşimi, Hemşirelik

**IMPACT OF NEUMAN SYSTEMS MODEL IN REDUCING CARE BURDEN  
PRIMARY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH DEMENTIA**

**Gökçe DEMİR**

**Erciyes University, Graduate School of Health Sciences**

**Department of Medical Nursing**

**Doctorate Thesis, July 2012**

**Supervisor: Prof. Dr. Nurgün PLATİN**

**ABSTRACT**

Caregivers of demantia patients are affected by physiologically, sociologically, psychologically, developmental, spiritual aspects thus,all these to become burden to them.Primary caregivers in order to avoid care burden need help.This research in order to evaluate the effectiveness of education and support group initiatives given to primary caregivers of dementia ,before and after education,was done using with mixed a single group quasi-experimental and qualitative methods. Research carried out to primary caregivers of 30 old people who fixed criterions.The data collected by researcher with using the Primary caregivers identification form, Primary caregiver burden inventory, form of focus group interviews in a planned way, to those who are primary caregivers were given education of caring which related to old people and what can do for themselves about their health while doing their works and support group interaction provided for them. Ethics committee approval and written informed consent form taken from individuals.While evaluating Mc nemar, Independent test and content Analysis were performed.

Between before and after education in those people who assist primary caregivers undertaken 6 tasks related to the housework were seen to occur the difference and it was stated as statistically significant ( $p < 0.05$ ,  $p > 0.01$ ). Five-dimensional features(physiological, sociological, psychological, developmental, spiritual aspects)which created according to Neuman systems model, which expressed as negative before education , decreases after aducation and the decreasing first and second observations follow-up are also reduced or totally eliminated.Yet,during the focus group discussions primary caregivers's expression related the five dimensions detente between the before and after education statements also changes in a positive way draws attention. If we look at the distribution of scores on the inventory's five sub-size dimensions, between total score average (65.883+-19.5) and sub-dimensions such as burden of time-dependence ,developmental physiological and social burden's before and after education scores were found to be significant difference.( $p < 0.001$ ). As a sub-dimension's of the inventory,emotional burden ,there was significant difference between first and second observations ( $p < 0.001$ ).

According to the results of this research, the education and support group interaction given to caregivers of demantia patients are pointed to be effective lessen their care burdens.

**Key words:** Neuman systems model, care burden, planned education, support group interaction,nursing.



## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK .....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI .....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI .....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	iv
TEŞEKKÜR .....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT .....	vii
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ .....	x
KISALTMALAR .....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. DEMANS SENDROMU .....	7
2.2. NEUMAN SİSTEMLER MODELİ (NSM) .....	7
2.2.1. Esnek Savunma Halkası (ESH) .....	7
2.2.2. Normal Savunma Halkası (NSH) .....	11
2.2.3. Direnç Halkaları (DH) .....	11
2.2.4. Temel Yapı (TY)/Öz .....	12
2.2.5. Birincil Bakım Verenler ve NSM'ne Göre Beş Boyut (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) .....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	20
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ .....	20
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ .....	20
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ .....	23
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	23
3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ .....	25
3.6. ÖN UYGULAMA .....	26
3.7. EĞİTİM VE DESTEK GRUBU PROGRAMLARININ GELİŞTİRİLMESİ .....	26
3.7.1 Eğitim Programlarının Geliştirilmesi .....	26

	<b><u>Sayfa no</u></b>
3.7.2. Destek Grubu Programının Geliştirilmesi .....	30
3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA BASAMAKLARI .....	31
3.8.1. Uygulama Öncesi Hazırlıklar.....	31
3.8.2. Eğitim Programı ve Destek Grubunun Uygulanması .....	34
3.9. VERİLERİN TOPLANMASI .....	39
3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	44
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU .....	45
3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	45
4. BULGULAR .....	46
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	100
6.KAYNAKLAR .....	124
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

## TABLO, ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 3.1.</b> Eğitim Grubu ve Destek Grubu Planı Şeması .....	38
<b>Tablo 4.1.</b> Demansı Olan Yaşlıya Birincil Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri .....	47
<b>Tablo 4.2.</b> Demansı Olan Yaşlıya Birincil Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özellikleri .....	48
<b>Tablo 4.3.</b> Birincil Bakım Verenlere Göre Demansı Olan Yaşlının Yaşadığı Sorunlar.....	49
<b>Tablo 4.4.</b> Demansı Olan Yaşlıların Öz Bakımları İle İlgili Üstlendiği Etkinliklerin Eğitim Öncesi, Sonrası, 1. ve 2. İzlem Sonuçlarına Göre Dağılımı .....	51
<b>Tablo 4.5.</b> Birincil Bakım Verenlerin Demansı Olan Yaşlının Öz Bakımı İle İlgili Üstlendiği Etkinliklerin Eğitim Öncesi, Sonrası, 1. ve 2. İzlem Sonuçlarına Göre Dağılımı .....	54
<b>Tablo 4.6.</b> Birincil Bakım Verene Yardım Edenlerin Demansı Olan Yaşlının Öz Bakımı İle İlgili Üstlendiği Etkinliklerin Eğitim Öncesi, Sonrası, 1. ve 2. İzlem Sonuçlarına Göre Dağılımı .....	57
<b>Tablo 4.7.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Fizyolojik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	61
<b>Tablo 4.8.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Kendi Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımı .....	62
<b>Tablo 4.9.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Fizyolojik Özelliklere Göre Dağılımı .....	63
<b>Tablo 4.10.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Psikolojik Özelliklere ve Duygulara Göre Dağılımı .....	68
<b>Tablo 4.11.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Somatik Belirtilere Göre Dağılımı .....	73
<b>Tablo 4.12.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Sosyo-kültürel Özelliklere Göre Dağılımı .....	76
<b>Tablo 4.13.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Gelişimsel Özelliklere Göre Dağılımı .....	81
<b>Tablo 4.14.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. izlemde Yaşadıkları Manevi Özelliklere Göre Dağılımı .....	84
<b>Tablo 4.15.</b> Birincil Bakım Verenlerin Her Şeyden Vazgeçme Duygusu Yaşamaları ve Kendileri için Bakım Vermenin Anlamına Göre Dağılımı .....	87
<b>Tablo 4.16.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Kullandıkları Baş Etme Yöntemlerine Göre Dağılımı .....	88

<b>Tablo 4.17.</b> Birincil Bakım Verenlerin Aile İçi ve Dışı Aldığı Yardım ve Yardım Türlerine Göre Dağılımı .....	91
<b>Tablo 4.18.</b> Birincil Bakım Verenlerin Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ve Envanterin Beş Alt Boyut Puan Ortalamalarının Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası ve 1. İzlem ve 2. İzleme Göre Dağılımı .....	94
<b>Grafik 4.1.</b> Birincil Bakım Verencilere Yardım Edenlerin Ev ile İlgili Üstlendiği İşlerde Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemlerde İstatistiksel Fark Olduğu Belirlenen İşler.....	59
<b>Grafik 4.2</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Azaldı” Olarak İfade Ettikleri Fizyolojik Özelliklerin Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemleri .....	65
<b>Grafik 4.3.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Arttı” Olarak Belirttikleri Fizyolojik Özellikler Eğitim Sonrası, 1. ve 2. İzlemleri .....	66
<b>Grafik 4.4.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Arttı” Olarak Belirttikleri Psikolojik Özellikler ve Duyguların Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemleri .....	70
<b>Grafik 4.5.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Yaşadıkları Somatik Belirtilerin Eğitim Sonrası ve veya 1. ve 2. izlemlerindeki İstatistiksel Fark Olduğu Belirlenenler .....	74
<b>Grafik 4.6.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Azaldı” Olarak Belirttikleri Sosyo-kültürel Özelliklerin Eğitim Sonrası 1. ve 2. izlemleri .....	78
<b>Grafik 4.7.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Azaldı” Olarak Belirtilen Gelişimsel Özelliklerin Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemleri .....	82
<b>Grafik 4.8.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Azaldı” Olarak Belirttikleri Manevi Özelliklerin Eğitim Sonrası 1. ve 2. izlemleri .....	85
<b>Grafik 4.9.</b> Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemlerde Kullandıkları Baş etme Yöntemleri .....	89
<b>Grafik 4.10.</b> Birincil Bakım Verenlerin Aile İçi Ve Dışı Alındığı Yardım ve Yardım Türleri .....	91
<b>Şekil 2.1.</b> Neuman Sistemler Modeli .....	10
<b>Şekil 3.1.</b> Kırşehir İl Sosyal Hizmetler Teşkilat Yapısı.....	23
<b>Şekil 3.2.</b> Araştırma Akış Şeması .....	43
<b>Şekil 4.1.</b> Bakım verenlerin yaşadıkları psikolojik özelliklerin sıralanması .....	71
<b>Şekil 4.2.</b> Neuman Sistemler Modeline Göre Araştırmanın Eğitim Öncesi ve 2.İzlem Bulgularının Özellikleri .....	92
<b>Resim 3.1.</b> Kırşehir Toplum ve Aile Danışma Merkezi.....	23

<b>Resim 3.2.</b> Toplum Merkezi Dinlenme Salonu .....	32
<b>Resim 3.3.</b> Tolum Merkezi Eğitim Salonu.....	33
<b>Resim 3.4.</b> Tolum Merkezi Toplantı Salonu .....	33
<b>Resim 3.5.</b> Tolum Merkezi Toplantı Salonu .....	34

**KISALTMALAR**

<b>AH</b>	: Alzheimer Hastalığı
<b>NSM</b>	: Neuman Sistemler Modeli
<b>ESH</b>	: Esnek Savunma Halkası
<b>NSH</b>	: Normal Savunma Halkası
<b>TY</b>	: Temel Yapı
<b>DH</b>	: Direnç Halkaları

# 1.GİRİŞ ve AMAÇ

## 1.1 PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Gelişmiş ülkelerde 1990-2020 yılları arasında yaşlı nüfusun artışıyla demans tanısı almış hasta grubu %37 artarak 7.4 milyondan 10.2 milyona yükseleceği düşünülmektedir (1). Avrupa Topluluğu Demansı Önleme ve Epidemiyoloji Birliği (EURODEM); demans prevalansını 65-74 yaş arası %3, 75-84 yaş arası %18.7 ve 85 yaş ve üstü için %47 olarak saptamıştır. Yaşla birlikte her beş yılda bir demans prevalansı iki kat artmaktadır. Yapılan meta analiz çalışmalarında Avrupa'da demans prevalansının %9 olduğu belirlenmiştir (2,3).

Türkiye'de 1985 yılında %4.2 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının 2000'de %5.6'ya, 2008'de ise %7.1'e ulaştığı görülmüştür. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 28.01.2011 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) tarafından ilan edilen rakamlara göre Türkiye nüfusunun %7,2'si 65 ve daha yukarı yaş grubundadır (4,5).

Ülkemizde yapılan nüfus tahminlerine göre, genç ve yaşlı nüfus grubunun birbirine %19.4 olan oranın 2038 yılında eşitleneceği, bu yıldan sonra yaşlı nüfus grubu payının genç nüfus grubu payının üstüne çıkarak, 2050 yılında %23.2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (6). Yaşlı nüfusundaki bu artış yaşlılıkla ilgili hastalıkların prevalansında da artışa neden olmaktadır. Bu hastalıklardan biri demans olup, giderek daha önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir.

Türkiye’de Gürvit ve arkadaşları (7) İstanbul Kadıköy’de yaşayan 70 yaş üzerindeki yaşlılarda prospektif, toplum kökenli ve kesitsel olarak yaptıkları çalışmada demans prevalansını %20 olarak belirlemişlerdir. Yine Elazığ İli Abdullahpaşa Sağlık Ocağı bölgesinde 65 yaş ve üzerinde demans prevalansı %7.3 olarak belirlenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerdeki demans prevalansı ise %33.6’dır (1,8,9).

Demans, yaşlılarda sık görülen, yıllar içinde yaşlılar arasında prevalansı artan en önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir. Kronik ve genellikle ilerleyici olarak bellek ve entellektüel kapasitenin azalması ile birlikte hatırlama, konuşma, algılama, hesaplama, yönelim, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olması ile karakterize bir tablodur. Demans ilerledikçe bilişsel işlevlerdeki bozukluğa bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, bilişsel ve davranışsal bozuklukları belirginleştikçe sosyal ve iş yaşantısında bozulmalar meydana gelmektedir (10-14). Bundan böyle yaşlı fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için bir başkasının yardımını gerektirir hale gelmektedir (15-17).

Halen tüm dünyada yaşlıların çoğu yaşamlarını kurum dışında sürdürmektedirler. ABD’de demansı olan yaşlıların %70’i evde, %5’i de aile bireylerince bakılmaktadır (18). İtalya’da demansı olan yaşlıların %80-90’nının bakımı aileleri tarafından karşılanmaktadır (19).

Türkiye’de modernleşme ve kentleşme gibi sosyal değişimi yaşıyor olmasına yönelik huzurevi gibi kuruluşların sayıları arttığı halde yetersiz kalmaları ve demansı olan yaşlının hastanede uzun süreli bakılamaması gibi nedenlerle çoğu zaman demanslı yaşlılar aileleri ile birlikte yaşamak zorunda kalmaktadırlar (20). Ayrıca Türkiye’nin sosyo-kültürel yapısına bağlı olarak da yaşlı bireylerin evde aile ve akrabalar tarafından bakılma anlayışı gerek yaşlılar gerekse yetişkin çocukları tarafından yaygın kabul gören bir anlayış olmaya devam etmektedir (20-22).

Ülkemizde toplumun, yaşlısının ve yaşlandığı zaman kendisinin ev ortamında kalmayı yeğlediğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (23,24). Aksayan ve Cimete’nin (24) İstanbul’da yaptıkları çalışmada yaşlıların %62.9’unun evde bakımı yeğledikleri, evde bakımı yeğleme nedeni olarak da %86.5’inin aile üyelerinin yanında bulunmayı istedikleri belirtilmiştir. Atalay ve arkadaşlarının (25) Türkiye genelinde yaptıkları Türk



Aile Yapısı Araştırmasında, yaşlıların %63'ünün kendi ortamlarında, %36'sının çocuklarının birinin yanında, %1'inin huzurevinde yaşadığı belirlenmiştir

Ancak yaşlıya bakım verme, aile bireylerini ve en başta bakım vereni sosyal, psikolojik, fiziksel, ekonomik ve kişiler arası gibi bir çok yönden etkilemektedir (1,26-28). Literatürde bakım verenler gizli hastalar olarak tanımlanmakta ve bakım veren ailelerin yaşadıkları stresle etkili bir biçimde baş edememelerinin sonucu ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (29-31). Konuya ilişkin yapılan araştırma sonuçları, demansı olan yaşlıya bakım verenlerin yüksek oranda psikolojik sıkıntı yaşadığı yine bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre depresyon ve diğer psikopatolojik hastalıklardan daha fazla etkilendiğini göstermektedir (32, 33). Bull (34) 60 bakım veren ile zamana yayımlı çalışmada artan sayıda bakım yükü ve depresyon saptamıştır. Vitaliona et al. (35) bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre stres hormonlarının %23 daha yüksek olduğunu ve stres yanıtlarının %15 daha düşük olduğunu belirlemiştir.

Diğer bir çalışmada bakım verenin yükünün artmasıyla enfeksiyon hastalıkları gelişme sıklığı arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (27). Bakım verenin eğlenme, dinlenme ve boş zaman kısıtlanmasına bağlı sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığının arttığına dikkat çeken çalışma sonuçları da bulunmaktadır (36). Demansı olan yaşlıya uzun süre bakım verme yalnız zaman ve enerji yönünden değil aynı zamanda maddi kayıpların da yaşandığı bir süreç haline gelebilmektedir. Bakım verenlerin %33'ü bu rolleri nedeni ile iş saatlerini azaltmak, dolayısıyla daha az ücret veren işlere kaymak zorunda kalmışlar, yine %33'ü bakım verme uğraşlarına bağlı olarak işlerinde daha az yaratıcı hale gelmişler, %20'si ise bakım vermeye bağlı olarak işlerinden ayrılmak zorunda kalmışlardır (37).

Bu nedenlerle birincil bakım verenler, hemşirelerden, hemşirelik bakım hizmeti, bekleyen çok önemli gruplardan biri olmaktadır. Bu hemşirelik bakım hizmeti, bakım verenlerin yaşadıkları tüm boyutlara (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) yönelik koruma, sürdürme ya da yeniden kazandırmak için gerekli girişimlerin planlama, uygulama ve değerlendirmesini içermektedir. Konu bu noktada Neuman Sistemler Modeli (NSM) ile bağdaştırılacak olursa; insana çok boyutlu ve bir sistem anlayışı ile baktığından, hemşirelik için sistem temelli ve kapsamlı bir kavramsal çerçeve sunmaktadır. Modelin odak noktası, bireyi fizyolojik, psikolojik,

sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi olmak üzere beş boyutun bir bileşimi ya da bir bütün olarak değerlendirmesidir.

Birincil bakım verenlere demansı olan yaşlının durumu ile ilgili bilgi vermek ve destek grup etkileşiminin kullanılması, bakım yükünü azaltan ya da gideren etmenlerden olduğu belirtilmekle birlikte, bunların etkinliğinin belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle bakım yükünü azaltmaya yönelik bilgi verme ve destek grup girişimlerinin etkisinin yarı deneysel bir çalışmayla ortaya koyulmasının literatüre önemli bir katkı vereceği düşünülmektedir.

### **Araştırmanın Amaçları**

Bu araştırmanın amaçları:

1. Betty Neuman'ın açık sistemler modeli araştırmanın çerçevesi olarak kullanılarak demansı olan yaşlıların birincil bakım verenlerine; demans, demansı olan yaşlı bakımı ve yaşlıya bakım verirken kendi sağlıklarını korumalarına ilişkin verilen eğitimin ve sağlanan destek grup etkileşiminin bakım yükünün azaltılmasına etkisini belirlemek,
2. Demansı olan yaşlıların birincil bakım verenlerinin aile dışı yardım alma konusunda Kırşehir İl Sosyal Hizmetler Kurumu'na bağlı Toplum Merkezi ve Aile Danışma Merkezi'nin hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak ve geliştirmek olarak belirlenmiştir.

### **Araştırmanın Terminolojisi**

Araştırmada kullanılan terminoloji aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

**Birincil bakım veren:** Bakımı üstlenmek konusunda birinci derecede sorumluluk alan birey.

**Bakım yükü:** Bakım veren kişinin üstlendiği bakım işinin; bakım verende ortaya çıkardığı, fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve manevi boyutlara ilişkin olumsuz sonuçları.

**Demansı olan yaşlı birey:** Altmış beş yaş ve üstünde klinik olarak demans tanısı koyulmuş birey.

**Aile dışı destek kaynakları:** Kurumsal desteklerden yararlanma ya da İl Sosyal Hizmetler Kurumu'na bağlı Toplum Merkezi ve Aile Danışma Merkezi'nin hizmetlerinden yararlanma.

### **Araştırmanın Varsayımları**

Araştırma, demansı olan yaşlı aile üyesine birincil bakım verenlerin bakım yüklerinin azaltılmasına gereksinimleri ve istekleri olduğu varsayımı üzerine kurgulanmıştır.

## **ARAŞTIRMANIN SORU VE HİPOTEZLERİ**

### **Araştırmada yanıt aranan sorular**

1. Birincil bakım verenlerin, eğitim öncesi bakım verirken karşılaştığı zorluklar (beş boyutta yaşanan) nelerdir?
2. Birincil bakım verenlerin, bakım verirken karşılaştığı zorluklar (beş boyutta yaşanan) yönünden eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. izlem ve 2. izlem arasında fark var mıdır?
3. Birincil bakım verenlerin eğitim öncesi, sonrası, 1. izlem ve 2. izlem sonrası, bakımda destek kaynakları nelerdir?

### **Araştırmada sınanan hipotezler**

**H<sub>01</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin fizyolojik boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltmaz.

**H<sub>11</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin fizyolojik boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır.

**H<sub>02</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin psikolojik boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltmaz.

**H<sub>12</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin psikolojik boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır.

**H<sub>03</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin sosyo-kültürel boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltmaz.

**H<sub>13</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin sosyo-kültürel boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır.

**H<sub>04</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin gelişimsel boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltmaz.

**H<sub>14</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin gelişimsel boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır.

**H<sub>05</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin manevi boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltmaz.

**H<sub>15</sub>:** Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubu bakım verenlerin manevi boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. DEMANS SENDROMU**

Demans yaşlılarda sık görülen en önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir. Yaş arttıkça hastalığa yakalanma olasılığı da artar (7,38,39). Kesin tedavisi olmayan, ancak belirtileri azaltacak semptomatik tedavisi olan bir hastalıktır (16,40).

Demansın belirtileri üç ana kategoride sınıflanmaktadır: Kognitif kategoride, bellek, konuşma, soyut düşünme, problem çözme, yargılama, dikkat, dil, görsel, mekânsal işlevlerde ve yürütücü işlevlerde bozulmalar; davranışsal kategoride, kişilik değişiklikleri, duygu durumu, algı ve düşünsel işlevlerde bozulmalar; işlevsel kategoride, ev dışı ve içi günlük yaşam aktivitelerinde, öz bakım, sosyal ve iş yaşantısında bozulmalar gibi demansta sözü edilen bu üç kategorideki alanların etkilenmesi söz konusudur. Demans tanısı da bu alanların sorgulanması sonucu koyulur (10-14,41). Tanı ile belirlenen belirtilerin zamanla ilerlemesi ile yaşlı fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için bir başkasının yardımına gereksinim duymaya başlar (15-17).

### **2.2. NEUMAN SİSTEMLER MODELİ (NSM)**

Neuman Sistemler Modelinin odak noktası, her bir bireyi biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve manevi (spiritüel) değişkenlerin bir bileşeni olarak görmesi ve bu yapıyı, çok boyutlu, dinamik bir yapı olarak değerlendirmesidir (42).

Neuman (43) insanı çevresi ile karşılıklı etkileşim ve sürekli değişim içinde olan bir açık sistem olarak görür. İnsan bir açık sistem olarak temel yapısını (kendi özünü)

koruyan birbirini izleyen savunma halkalarına/yapılarına sahiptir (Şekil 2.1). Her bir savunma halkası kendinden sonra geleni koruyarak temel yapının (kendi özünün) zarar görmesini önlemeye çalışır. Bunlar en dıştan öz'e doğru esnek savunma halkası(ESH), normal savunma halkası (NSH) ve direnç halkalarıdır (DH).

Bu halkaların her biri fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi değişkenler gibi beş boyut ile donanımlıdır. Birey bu değişkenlerle sahip olduğu potansiyele göre stresöre yanıt verir. Stresöre yanıt veremediği durumda savunma halkaları zarar görür. Böylece stresör sistemin dengesini bozabilecek boyuta ulaşır (43). NSM'ne göre birey karşılaştığı stresörler karşısında sahip olduğu bu beş boyutla (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) ilk önce en dıştaki ESH'da korunur. Birey eğer bu hatta (beş boyut ile) korunamaz ise stresöre karşı stres tepkisi ortaya koymaya başlar. Bu ilk stres tepkisi bireyin esnek savunma halkasının stresörleri yeterince tamponlayamaması, NSH'nın (savunmada ortada yer alan halka) yetersiz kalması olarak tanımlanır. NSH'nın yetersiz kalması durumunda en içteki DH harekete geçerek (beş boyut ile) bireyin temel yapısının/öz yapısının (TY) bozularak olumsuz/sistemin durması boyutunda/özün yapısını bozucu nitelikte bir tepki vermesini önler. Direnç halkalarının yetersiz kalması durumunda bireyde bu nitelikte tepki ortaya çıkar.

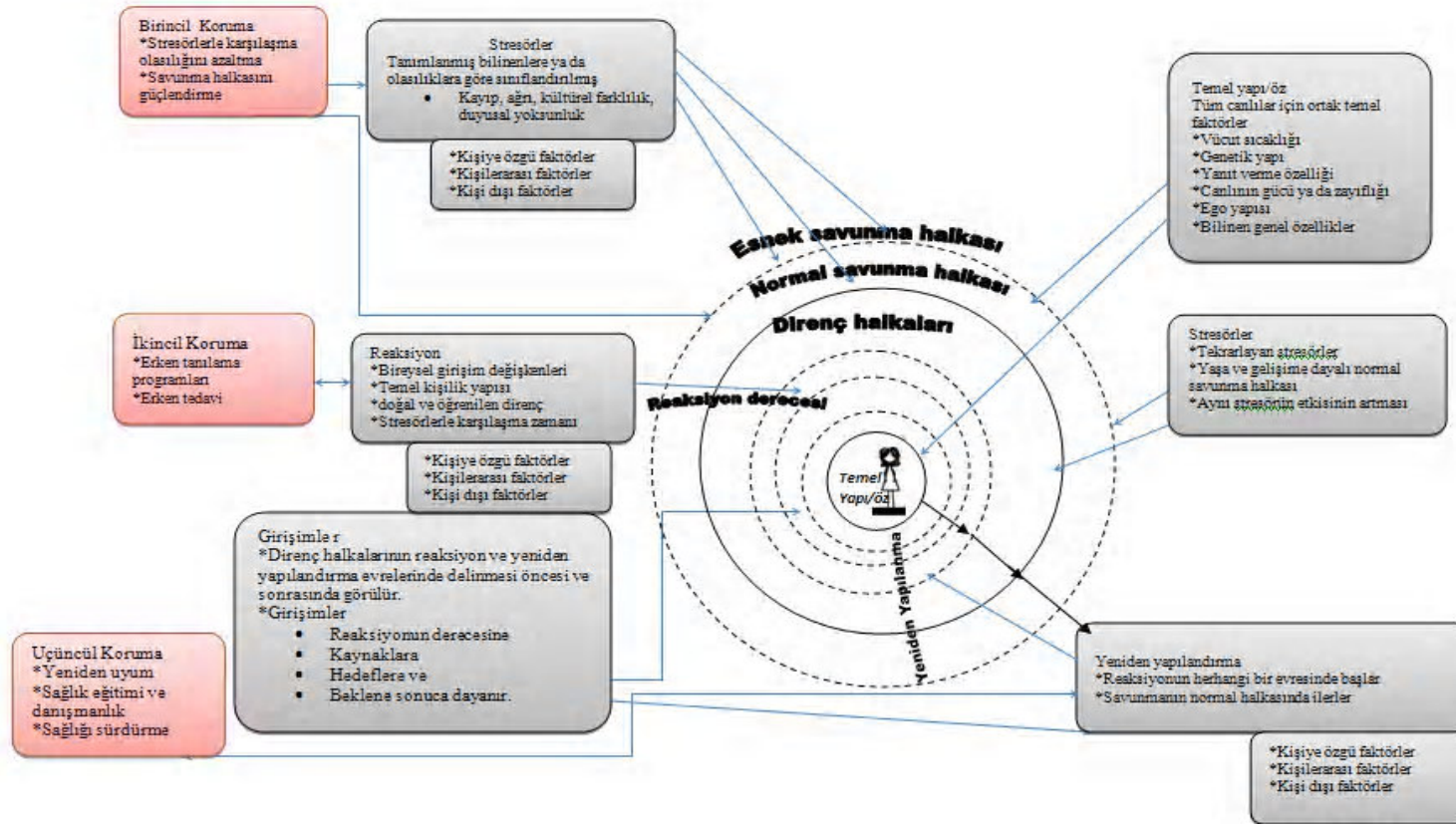
### **2.2.1. Esnek Savunma Halkası (ESH)**

En dıştaki halka olan ESH, gerçek ya da olası çevre risk etmenlerinin, stresörlerinin bulunduğu bir halkadır (Şekil 2.1). Stresörlerin getirdiği tehlike bilinir, ancak tepkinin ortaya çıkmaması için çabalayan bir savunma halkasıdır. Halkanın stresörler karşısında bireyin stabil durumunu koruma ve sürdürme, normal stresleri tolere etme, olağan dışı stresi tolere etme, NSH'ını koruma gibi görevleri vardır. Görevini yaparken bir tampon gibi darbeyi emme ve darbeyi emerken bir akordion gibi hızla genişleyip, daralabilme yeteneklerini kullanır. Genişleme durumunda normal savunma halkası iyi korunmuş ve sistem strese karşı reaksiyonu önlemiş olur. Daralma durumunda çok az bir koruma sağlandığından dinamik denge bozulur ve sistem strese reaksiyon verir (43-45).

Bu halkayı etkili ve etkin tutan birincil koruma anlamında bireyden ve sağlık sisteminden gelen özellikler vardır. Bireyden gelen özellikler bireyin yeme, uyku, istirahat, egzersiz ve eğlenme gibi alışkanlıkları ve düzenidir. Sağlık sisteminden gelen

zellikler sağlığı koruma hizmetleri ve sağlık eğitimidir. Birincil korumanın amacı bireyin esnek savunma düzeneklerini güçlendirmektir (46).

Diğer taraftan beş boyut (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) birbirleri ile ilişkili olarak stresör karşısında ESH'nın etkisini belirleyici olurlar (47).Bu çalışmanın konusu ile ilgili olarak stresörler ve/veya beş değişkene bağlı özellikler uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, günlük yaşam aktivitelerinde değişim, yaş, cinsiyet, çalışma durumu, yaşlıya yakınlık derecesi, saat/günde ve ay olarak bakım verilen süre, duygusal destek, ekonomik durum, boş zamanların azalması ve yalıtılmışlık ya da demansı olan bir yaşlıya bakım vermek, ESH'nın etkisini azaltabilecek şekilde sistemde tekli ya da çoklu şekilde yer alır (47,48).



Şekil 2.1.Neuman Sistemler Modeli (43)



### 2.2.2. Normal Savunma Halkası (NSH)

Bireyin zaman içinde stresle baş etmesi, sağlıklı olma durumunu koruması ya da kendine göre normal olan sürede stresörlere uyum göstermesi, stabilitesini koruması ve normal iyilik halini sürdürür hale gelmesidir. Dinamik bir halkadır (48). Temelde NSH, diğer halkalarda olduğu gibi fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel, manevi yeteneklerin bir birleşeninin stresörlerle baş etmek için kullanılmasıdır. Geçmişte benzer stresörlerle yaşanan başarılı deneyimler bireyi bugün karşılaştığı deneyimlere de hazırlama niteliğindedir (46). Bireyde hastalık semptomları ortaya çıkar, bu semptomlara ek olarak korku, kaygı, depresyon, bellek kaybı gibi psikolojik tepkiler eşlik eder. Ayrıca bireyin sağlık durumu ya da hastalık algısı kültür ve sosyo-ekonomik durumu ile de değişebileceği gibi rol kaybı, yaşam biçimi değişiklikleri gerekli hale gelebilir, mali sıkıntılar yaşanmaya başlayabilir (49).

Bu halkayı etkili ve etkin tutan ikincil koruma anlamında birey ve sağlık sisteminden gelen özellikler vardır. Bireyden gelen özellikler bireyin normalde kullandığı baş etme yöntemleri, yaşam biçimi, hangi gelişim döneminde olduğu, bireyin doğduğu ve uyum göstermeye çalıştığı kültürel doku içinde varlığını sürdürürken stresörler ile uğraşma biçimidir (46,48). Sağlık sisteminden gelen özellikler direnç halkalarını güçlendiren ikincil koruma anlamında hizmetleri ve sağlık eğitimini içermektedir (46). İkincil korumanın amacı bireyin normal savunma düzeneklerini güçlendirmektir. Örnek girişimler; stresörlerden sonra temel yapıyı korumak, bireyin stabilitesini sağlamak için iç ve dış kaynakları harekete geçirmek, stresörleri manipüle ederek reaksiyonları kontrol etmek, sağlık hedefleri için eğitmek ve motive etmek, uygun tedavi ve girişim yaklaşımlarını kolaylaştırmak, iyilik hali için olumlu etmenleri desteklemek ve gerek oldukça birincil koruma girişimlerini sağlamaktır (49).

Normal savunma halkası direnme (rezistans) halkalarını koruyan düz çizgi şeklinde gösterilen sınırdır (Şekil 2.1) bu halka bireyin zaman içindeki durumunu ya da iyilik düzeyini temsil etmektedir (43,47,48).

### 2.2.3. Direnç Halkaları (DH)

Direnç Halkaları (DH) NSH'nın stresörler tarafından kırıldığı ve yaşamı koruyan bir tampon olarak tehdit altında olduğu dönemde bir tepki olarak harekete geçer ve semptomların ortaya çıkması ile görülür (43).

DH tepki verme durumuna gelmesi, sistemin yeniden yapılandırılmasını, sistemin stabilize edilmesini, sağlığın sürdürülmesini gerektirir. Amaç en iyi iyilik hali/stabilleşmenin sağlanması ve hastalık tekrarının önlenmesidir (47,48).

Bu halkayı etkili ve etkin tutan üçüncül koruma anlamında bireyden ve sağlık sisteminden gelen özellikler vardır. Bireyden gelen özellikler bireyin temel yapısını ve NSH'ni destekleyen iç ve dış kaynakları ile sistemin bütünlüğünü korumaktadır. İçsel faktörler fizyolojik ve psikolojik olarak enfeksiyona karşı bağışıklık yanıtı, kanamaya karşı pıhtılaşma yanıtı ve yas yaşandığı durumda buna karşı geliştirilen psikolojik yanıtı içerir (43,44). Sağlık sisteminden gelen özellikler direnç halkalarını güçlendirerek ikincil koruma ve ikincil koruma anlamında hizmetleri ve sağlık eğitimini içerir (46). Üçüncül korumanın amacı bireyin direnç halkasını güçlendirmektir. DH temel yapıyı ard arda çevreleyen bir dizi kırık çizgi ile gösterilmektedir (Şekil 2.1) (43,44).

#### **2.2.4. Temel Yapı (TY)/Öz**

Temel yapı, doğuştan gelen genetik özellikler ve yaşamı sürdürme etmenlerinden ve bireyin sağ kalımını sağlayan ve koruyan etmenlerden oluşur. TY biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve manevi değişkenlerin bir bileşeni olarak işlev görür. Bunlar genetik tepkiler ya da yapı, bireyin egosu, sahip olduğu bilişsel süreçler ve iç sistemlerin (organların) güçlü/zayıf yönleridir (43).

Bakım verenler TY'da kronik bakım stresine bağlı olarak; bu deneyimlerinden tehdit algılar, baş etme potansiyellerini düşük görür, bu büyük beklenti karşısında kendi kontrol ve uyum yeteneklerini yetersiz algılar, depresyon tablosu geliştirir ve öz kısıma kadar gidebilir. Duygusal ve fiziksel yorgunluk, kendine yabancılaşma, enerjisinin tükendiğini görme ve yaşama bu aşamanın diğer özellikleridir. Bu durumda birey kendine yabancılaşma duygusuna tampon olmaya çalışır. Dengeleme sırasında birey sigara ve alkol kullanımına başlayabilir ya da arttırabilir, stres temelli hastalıkları ortaya çıkabilir, uyku sorunları, yüksek düzeyde anksiyete yaşayabilir (43,47,48).

#### **2.2.5. Birincil Bakım Verenler ve NSM'ne Göre Beş Boyut (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi)**

Birincil bakım verenler NSM'ne göre, modelin "temel yapı"sını (TY) oluşturmaktadır (Şekil 2.1). Bakım verenleri çevreleyen, ard arda dışardan içeriye doğru gelen halkalar, ESH, NSH ve DH'dır. Birincil bakım veren bireye (temel yapının bütünlüğüne) yönelik

herhangi bir strese karşı bireyin sahip olduğu beş boyut (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) koruyucu mekanizmalar olarak işlev görürler.

### **Fizyolojik Boyut**

İnsan fizyolojisi hücreyi oluşturan bileşenleri, dokuları, organları, organ sistemlerini ve bu farklı bileşenler arasındaki etkileşim ve iletişimi kapsar (50). Dolayısı ile sistemler arasında bir uyum, iletişim ve etkileşim vardır.

Yapılan analizlerde bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre genel sağlıkları daha zayıf ve daha fazla tıbbi yardım aldıkları görülmüştür. Ayrıca bakım verenlerin %23'ünde stres hormonunun yüksek ve %15'inde antikor yanıtının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular fizyolojik reaksiyon olarak stres hormonunu yükseltir ve buna bağlı hipertansiyon ve diyabet için önemli alt yapının oluşması sağlanmış olur. Antikor üretiminin düşük olmasına bağlı bakım verenlerde virüslere karşı direnç de azalabilmektedir. Ayrıca stres ve sıkıntı bozulan yeme alışkanlıkları, sedanter yaşam, uykusuzluk, öz bakımda azalma ve aşırı alkol, tütün ve ilaç kullanımı gibi riskli sağlık tutumlarında da artışa neden olur. Bu koşullar özellikle bakım verenin yaşlı olduğu durumlarda daha da önemli olmaktadır (51,52).

Sağlık ve bakım veren bir birey olmak arasında böyle bağların kurulmasından sonra konuya ilişkin yapılan çalışmalarda da benzer sonuçların elde edildiği görülmüştür. Çoğu karşılaştırmalı çalışmada bakım verenlerde vermeyenlere göre daha fazla sağlık sorunu yaşadığı ve daha sık doktora gittikleri ve hastaneye yattıkları belirlenmiştir (53,54). Bir başka çalışmada bakım verenlerin %17'sinin bazı fiziksel hastalıklardan etkilendiği ve bunların başında %33.3 kardiyovasküler hastalıklar, %19 romatizma, %14 endokrinolojik ve %9 nörolojik hastalıkların geldiğini ortaya koyulmuştur (55). Shaw et al. (56) demansı olan yaşlıya 1- 6 yıl ve üzeri bakım verenlerde en az bir yeni sağlık sorunu gelişme olasılığı bulmuşlardır. Kılıç Akça ve Taşçı (57) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %22.5'i fiziksel sağlıklarının etkilendiğini, en fazla baş ağrısı (%41.7), mide yakınmaları (%33.3) ve en az bacak ağrısı (%11.1) yaşadıklarından söz etmişlerdir. Bakım vermenin fiziksel sonuçlarını sırt ağrısı, baş ağrısı, hipertansiyon, gastrik ülser, immünolojik sorunlar ve kardiyovasküler sorunlar olarak belirleyen araştırmacılar da olmuştur (58-60). Vitaliano et al. (61) 27 ve 30 aydan daha uzun süre bakım veren erkeklerde, vermeyen erkeklerle göre, kalp hastalıklarının daha fazla görüldüğünü saptamışlardır.

Demansı olan yaşlıya bakım verenler arasında uyku sorunlarının görülmesi de yaygındır. Pollack and Stokes (62) yaptığı çalışmada demansı olan yaşlıya bakım verenlerde uyku bozukluklarının iki kat daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Bir çalışmada demansı olan yaşlıya bakım veren ve uyku bozukluğu yaşayanlarda koagülasyon sorunlarında ve inflamasyon belirtilerinde artış görülmüştür (63). Demansı olan yaşlılara bakım verenlerle ilgili yapılan bir başka çalışmada bakım verenlerin kontrol grubuna göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin yedi başlığının her birinde daha fazla yakınma bildirmişler ve %38'inin son bir ayda uyku sorunu için farmakolojik tedavi aldıklarını belirlemişlerdir. İlginç bir bulgu da, demansı olan yaşlının evden ayrılmasından sonra bakım verenin uyku sorunlarının devam ettiğinin görülmesi olmuştur (51).

Bakım verenlerin yaşadıkları uyku sorunlarının çoklu nedenleri olabilmektedir. Bu nedenler bakım veren kaynaklı ve/veya yaşlıdan kaynaklı olabilmektedir. Örneğin, bakım verenin yaşayabileceği stres, çözemediği sorunlar uyku sorunlarına neden olabileceği gibi, yaşlının gece ev içinde gezinmesi, tuvalete gitmesi, özellikle de duygusal rahatlamaya ihtiyaç duyması ve ev içinde yönünü bulmaya yardımcı olunması gibi gece etkinlikleri bakım verenin uykusunu etkilemektedir (64). Diğer taraftan uyku sorunlarının gelişmesi gün içinde bakım verenin yapması gereken etkinlikleri bozarak ya da enerjisini, dikkatini tüketerek günlük yaşamda başka kısır döngülere de yol açabilmektedir.

Bakım verenlerin yaşadıkları koşullara bağlı olarak kendi sağlıklarını göz ardı etmeleri ya da ortaya çıkan sağlık sorunlarını görmezden gelmeleri neredeyse beklendik ve kaçınılmaz bir durumdur. Demansı olan yaşlıya daha iyi ve sürekliliği sağlanmış bir bakım verebilmek için hem de bakım kişinin beceri ve sağlığını korumak için fiziksel işlev görmedeki bu düşüşün önlenabilir bir risk etmeni olarak ele alınması gereklidir (63).

### **Psikolojik Boyut**

Yapılan bir çok çalışmada demansı olan yaşlılara bakım verenler memnuniyetsizlik, korku/anksiyete, umutsuzluk, yalnızlık, değersizlik duygusu, üzüntü, yorgunluk/bezginlik, kızgınlık/sabırsızlık, acı/ıstırap, suçluluk/pişmanlık, çaresizlik, hayal kırıklığı, öfke gibi duygular yaşayabildikleri belirtilmiştir (32,65). Benzer bulgular başka çalışmacılar tarafından da bulunmuştur. Rapor edilen bulgular, yüksek

düzyeyde hayal kırıklığı, yalnızlık, depresyon, üzüntü/keder duygularının yaşanmasıdır. Kılıç Akça ve Taşçı'nın (57) yaptıkları çalışmada ise bakım verenlerin %34.4'ünün ruhsal sağlıklarının etkilendiğini, bu etkilenmenin en çok “çabuk öfkelenme” (%67.3), ev içinde rahatsızlık hissi duyma (%30.9) şeklinde olduğunu, %16.4'ü ruhsal sorunları nedeniyle fiziksel yakınmalarının başladığını belirtmişlerdir.

Konuya ilişkin yapılan araştırmalarda demansı olan yaşlıya bakım verenlerin sık sık depresyon ya da anksiyeteye bağlı olarak acı çektikleri saptanmıştır (54,60). Sales (66) bakım verenlerde %76 anksiyete ve %42 gibi yüksek bir miktarda depresyon geliştiğini bildirmiştir. Hastaya bakım verenler arasında depresyon prevalansını %28-55 arasında değiştiğini belirleyen çalışmalar bulunmaktadır (67). Altun (68) çalışmasında yaşlıya bakım veren bireylerin ruh sağlıklarını incelemiş ve sonuçta özgürlüklerinin kısıtlandığı düşüncesinin, bakım verenlerin psikolojilerini olumsuz etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Çoğu çalışmada bakım verenler depresyon ölçekleri ile tarandığında kesme noktası üzerinde puan aldıkları da belirlenmiştir.

### **Sosyokültürel Boyut**

Bakım vermenin sosyokültürel boyutu “sosyal ve kültürel işlevlerden” söz eder (45). Konuya bu yönden bakıldığında değişen toplumsal yapıya karşın Ülkemizde ve gelişmiş ülkelerde destekleyici aile ilişkileri hala varlığını sürdürdüğü görülmektedir.

Yaşlıların bakım sorununun çözümünde genellikle kadın olarak eşler, kız çocukları ve gelinler sorumluluğu üstlenmektedirler. Bu kadın grubuna daha yakından bakıldığında çeşitli araştırmalarda aynı sonuçların rapor edildiği görülmektedir. Örneğin bir araştırmada orta yaş grubu kadın, özellikle kız çocuklarının rol aldıkları belirtilirken (58,69),Dramalı ve arkadaşları'nın (70) evde bakımı içeren çalışmalarında, bakım verenlerin %89'unun kadın ve %56'sının eş olduğu bildirilmiştir. Altun'un çalışmasında (68) ise bu yüzdeler sırasıyla %78 ve %34 olarak bildirilmiştir. İtalya'da bir çalışmada demansı olan yaşlıların birincil bakım verenlerin yaklaşık %70'inin kadınlar olduğu bulunmuştur (54).

Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin en önemli nedeni cinsiyet etmenidir. Ayrıca kadınların daha şefkatli, duyarlı, yakın ve daha güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları görüşü, onları bakım verme işlevine de uygun kılmaktadır.

Bunlara ek olarak sosyal ve toplumsal değerler de bakım vermeyi ileri yaş d6nemi kadınlar için olağan bir s6reç ve eşlere d6şen bir g6rev olarak da nitelemektedirler (51). Ayrıca diğer bir y6n de yetiyitimi olan yaşlıların kendi evlerinde bakım almayı istemeleridir (69).

Kadınlar bu rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmek için fiziksel, ruhsal, sosyal sağlıklarından 6d6n vermek zorunda kalmakta ve hangi toplumda ve hangi toplumsal sınıfta olursa olsun fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak bu bakım rol6 ya da bakım y6k6nden etkilenmektedirler (71,72). Ancak yaşlıya bakım verenler yaşadıkları ruhsal zorlanmayı ve durumdan memnuniyetsizliklerini dile getirmekte çekimser kalabilmektedirler.

Bakım verenlerin çekimser kaldıkları konular da geniş bir yelpazeye yayılmış durumdadır. Demansı olan yaşlının s6rekli bakıma gereksinim duyması bakım verenlerin sosyal yaşamlarının olumsuz etkilenmesine, iş stresine, kendilerine zaman ayıramama hissine, rol ve ilişkilerinde karışıklığa ve sosyal izolasyon hissetmelerine neden olabildiği (54,58,71,73), bakım verenlerin %51.6'sının yaşlıya bakmakla birlikte yaşantılarının kısıtlanarak pek çok etkinliklerini yapamadıklarını, %45'inin iş y6klerinin arttığı, %20'sinin iş y6klerinin çok arttığı ve yaşamlarının etkilendiğini ve bakım verenlerin yaklaşık yarısının sıkıntıları olduğunda danışmanlık alabilecekleri hizmetlere gereksinim duyduklarını g6rm6şlerdir (57,71). Yine yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %25.0'min yaşlının bakımına bağlı olarak g6nl6k yaşantısının etkilendiğini, bunun da en çok sosyal iletişime engel olma ve (%62.5), ev içi d6zenlemelerde zorluk yaşama (%47.5) olarak yansıdığını bulmuşlardır. İnci (73) 6zellikle birincil bakım verenlerin, sosyal etkinliklere katılamadıklarını, aile ve arkadaş ilişkilerinin bozulduğunu buna bağlı olarak sosyal destekte azalma, kendini bakım verme rol6nde yalnız hissetme ve sosyal izolasyon yaşama risklerinin arttığını belirtmiştir.

Yaşlıya uzun s6redir bakım veriyor olmak, birincil bakım verenin ekonomik zorluklar yaşamasına da neden olabilmektedir (73, 74). Diğer taraftan yaşanan bir başka zorluk da, yaşlının sağlık g6vencesinin olmamasının ya da sağlık g6vencesi kapsamı dışında ek masrafların getirdiği y6kt6r (73). Williams et al. (75) yaptığı çalışmada d6ř6k gelire sahip bakım verenlerin y6ksek gelire sahip olanlara g6re daha fazla stres yaşadığını belirlemiştir.

Bakım veren kadınların, bakım veren erkeklere göre daha fazla depresif belirtiler yaşadıkları (67), bakım veren kadınların vermeyenlere göre depresyon ve anksiyete yaşamlarının altı kez daha fazla olduğu bulunmuştur (58). Kadın bakım verenlerin erkeklerden daha fazla somatik semptomlar, stres, bakım yükü, depresyon ve endişe yaşadıkları, rapor edilmiştir (53). Luchetti et al. (54) çalışmalarında kadınların kronik yorgunluk ve fiziksel sağlıkları yönünden gördükleri zararı, aile ve iş ile ilgili rollerde yaşadıkları çatışmaları, erkeklere göre önemli derecede fazla olduğunu belirlemişlerdir. Bu sonuçlar demansı olan yaşlıya bakım vermede birinci derece de sorumlu olan kadınların ne kadar yük altında kaldıklarını göstermektedir.

Sosyal destek alınması, bakım verenlerin yükü üzerinde, esnek savunma halkasında tampon etki göstermesi beklenmektedir. Sosyal destek aile, arkadaşlar olabildiği gibi en yaygın olarak araçsal, duygusal ve bilgi desteğidir. Sosyal desteği çok olan kişilerin daha az oranda psikolojik sıkıntı yaşadığı, çok stresli olaylar karşısında bile psikolojik ya da fiziksel sağlıklarının bozulma olasılığının düşük olduğu belirlenmiştir (76). Diğer taraftan sosyal desteği fazla olanların bakım yükünün daha az olduğunun belirlendiği çalışmalar da bulunmaktadır (59,77). Ancak bir çalışmada da sosyal destek ve bakım verme yükü arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Okamoto and Harasawa da (78) aile üyelerinin sosyal destekleri ile bakım yükü arasında ters bir ilişki bulmuşlardır. Yine bakım verenlerle yapılan uzunlamasına bir çalışmada sosyal desteğin bakım verenlerin psikososyal iyi oluşunu doğrudan etkilediği ve algılanan sosyal desteğin yüksek olması depresyon belirtilerinin düşük olması ile ilişkili bulunmuştur (77). Canussicio et al. (79) yaptıkları kesitsel bir çalışmada sosyal bağları daha az olanların daha depresif bir duygulanımı olduğu belirtilmiştir.

### **Gelişimsel Boyut**

Gelişme, biyolojik olarak düşünüldüğü zaman, büyüyen bir organizmanın hücre ve doku yapı ve bileşiminde olan değişiklikler nedeniyle işlev görmesinin olumlu yönde farklılaşması olarak tanımlanabilir (69).

Genç erişkinlik döneminin sonları ve orta erişkinlik döneminin başları, bireylerin etkin oldukları adölesan döneminden daha sakin bir döneme geçtikleri bir aşamadır. Bu dönemde, bireyin uyum sağlaması gereken bir çok yenilik vardır (81). Döneme ilişkin meydana gelen değişikliklerin her biri, kişiye “kendi” olabilme, hayal ve ideallerini

gerçekleştirebilme olanağı sağlar. Birey kırklı yaşların başlarında, görüş ve davranışlarını yeniden yönlendirir. Kırklı yaşların ortasında benlik duygusunda değişiklikler başlar ve bu dönemde pek çok insan kararlılık, yeterlilik, sorumluluk ve olgunluk aşamasına ulaşır. Bir çok insan için 40-45 yaşları, geçmişte yaşananların sorgulanması ile tanımlanan duygusal ve zihinsel bir kriz dönemidir (82,83).

Yaşlı bireye bakım verenler yaşlı bireyin bakım yükünü üstlenirken, zaman içinde kendi yaşlanma deneyimlerini yaşamakta, bu dönemin sorunları ve hastalıkları ile baş etmekte, kendisinin de bakıma ve desteğe gereksinimi olabilmektedir (71).

### **Manevi Boyut**

Maneviyat, Latince “nefes almak”, “canlı olmak” anlamındadır. Daha geniş tanımıyla hayatı hissetmektir. Maneviyatın boyutları literatürde; din, kaygı duyma, umut ve ait olma hisleri olarak tanımlanmıştır (84). Türk Dil Kurumunun sözlüğünde maneviyat; maddi olmayan manevi (görülmeyen, duyularla sezilebilen, soyut, tinsel) şeyler ya da mecaz olarak yürek gücü, moral anlamına gelmektedir (85).

Manevi değer ve inançlar bir varlık ya da bir güce inancın ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları içerir (84).

Son yıllarda araştırmacılar bakım verenlerin dini inançları ile bakım verme arasındaki ilişkiye dikkat çekmişlerdir. Bakım verenlerin dindar oluşları, manevi duruşları, deneyimlerini etkilemekte ve bakım vermeye yönelik olarak daha az yük ve sıkıntı yaşamalarına ve dolayısı ile yaşlı için huzurevine götürülme seçeneğini daha az aramalarına neden olduğu belirlenmiştir (86, 87). Ayrıca dua, dini etkinliklere katılım, aile ve arkadaşlarla manevi konularda söyleşiler gibi manevi duruş ve uygulamalar bakım verenlerin yaşamında önemli bir rol oynayabilmektedir (88). Çoğu kişi için din, bakım verme gibi zor bir yaşam deneyimini yorumlamak ve anlam bulmak için bir çerçeve sağlayıcı rol oynayabilmektedir (87).

Farklı toplumlarda yapılan incelemelerde, bireylerin sağladıkları fiziksel ve ruhsal yararlarından söz edilmektedir (89, 90). Johns Hopkins Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada son evre kanser ve Alzheimer hastalarına bakım verenler incelenmiş ve koşulları ile başarılı bir biçimde baş edebilmelerinin sosyal destek sayısı ve dini inanç



değişkenleriyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır (91). Shah et al. (92) Alzheimer hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmada, bakım verenlerin %96 'sının kendilerinin dindar ya da maneviyatları olan kişiler olarak değerlendirdikleri ve dini başetme yöntemlerini yüksek oranda kullandıklarını belirtmektedirler. Michelle and Pearce (87) yaptıkları çalışmada demansı olan yaşlılara bakım veren eşlerin durumları ile başa çıkma mekanizmalarında maneviyatın önemli olduğunu saptamışlardır. Tirrito and Choi (86) manevi uygulamaları daha fazla olan bakım verenlerin uzun süre evde bakım vermeyi sürdürdüklerini ve stresle daha iyi baş ettiklerini bulmuşlardır.

Manevi boyutta baş etmede bazen görülen dengesizlik ve uyumsuzlukların stresli durumla ilgili olabildiği ve bu durumun sağlıklı ve iyi olma halini azalttığını belirlemişlerdir. Örneğin Tanrıya öfke, kuşku duyulması, dini inançlar konusunda kafa karışıklığı yaşanması gibi.

Din ve sağlık arasında doğrudan bir ilişki olmasından çok, dolaylı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Örneğin sağlıklı beslenme ve egzersiz gibi ya da olumsuz sağlık davranışlarının (ilaç, sigara ve alkol kullanımı) yasaklanmış olması gibi (93).

Bu araştırma sonuçlarına dayanarak da ailenin dini inanışlarını sürdürmeleri ile umutsuzluk duygularının daha az yaşanmasının desteklendiği savunulmaktadır (94).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Araştırma, Kırşehir İl Sosyal Hizmetler Kurumu'na bağlı Toplum Merkezine kayıtlı demansı olan yaşlılara birincil bakım verenler ile eğitim öncesi-eğitim sonrası, tek gruplu yarı deneysel ve kalitatif olarak karma yöntemle yapılmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Araştırma, Kırşehir İl Sosyal Hizmetler Kurumu'na bağlı Toplum Merkezine kayıtlı demansı olan yaşlıya birincil bakım verenler ile gerçekleştirilmiştir. Kırşehir Sosyal Hizmetler Kurumu, çocuk yuvası, kız ve erkek yetiştirme yurdu, huzurevi, toplum merkezi ve aile danışma merkezi olmak üzere beş kuruluşla hizmet vermektedir (Şekil 3.1). Kurum'da toplam 144 personel çalışmaktadır. Bu personelin 12'si yönetici, dokuzu sosyal hizmet görevlisi, dokuzu öğretmen, beşi hemşire, beşi çocuk eğitici, ikisi çocuk gelişimi personeli, biri psikolog olarak ve 101'i diğer işlerde görev yapmaktadırlar.

Araştırmada Kırşehir Sosyal Hizmetler Kurumu'nun hizmet verdiği beş kurumdan Toplum Merkezi ve Aile Danışma Merkezi ile iş birliği yapılmıştır. İl Sosyal Hizmetler Kurumu bakıma muhtaç özürülülerin saptanması ve alacakları bakım hizmeti esaslarının belirlenmesine ilişkin yönetmeliğin 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'na (Ek 7. madde) göre; bakıma muhtaç özürülülere, resmi ya da özel bakım merkezlerinde ya da ikametgâhlarında bakım hizmeti verilmesini sağlamaktadır. Aynı Yönetmelikte bakım hizmetlerinin, bakıma muhtaç özürülünün bakımına yönelik

olarak *kişisel bakım hizmetlerini* ve *psiko-sosyal destek hizmetlerini* kapsadığı belirtilmektedir (3. Bölüm, Madde 9) (95).

Bakım hizmetleri (bakım türleri ve bakım ücreti ödeme şekilleri), bakıma muhtaç özürülü ya da ailesinin istemesi durumunda, Genel Müdürlüğün denetim ve rehberliğinde, bakıma muhtaç özürünün akrabaları ya da bakıcı personel tarafından bakıma muhtaç özürünün ikametgâhında verilmektedir. Bu durumda bakıma muhtaç özürülere sunulan bakım hizmeti karşılığında, bakım ücreti, bakıma muhtaç özürünün akrabalarına ya da bakıcı personeli istihdam eden özel bakım merkezine il müdürlüğü tarafından aylık olarak ödenmektedir (95). Söz konusu hizmetlere yönelik olarak Kırşehir Sosyal Hizmetler Kurumu, 2007 tarihinde Sosyal Hizmet İl Müdürlüğüne başvuran demansı olan yaşlı bireylerin kayıtlarını tutmaya başlamıştır.

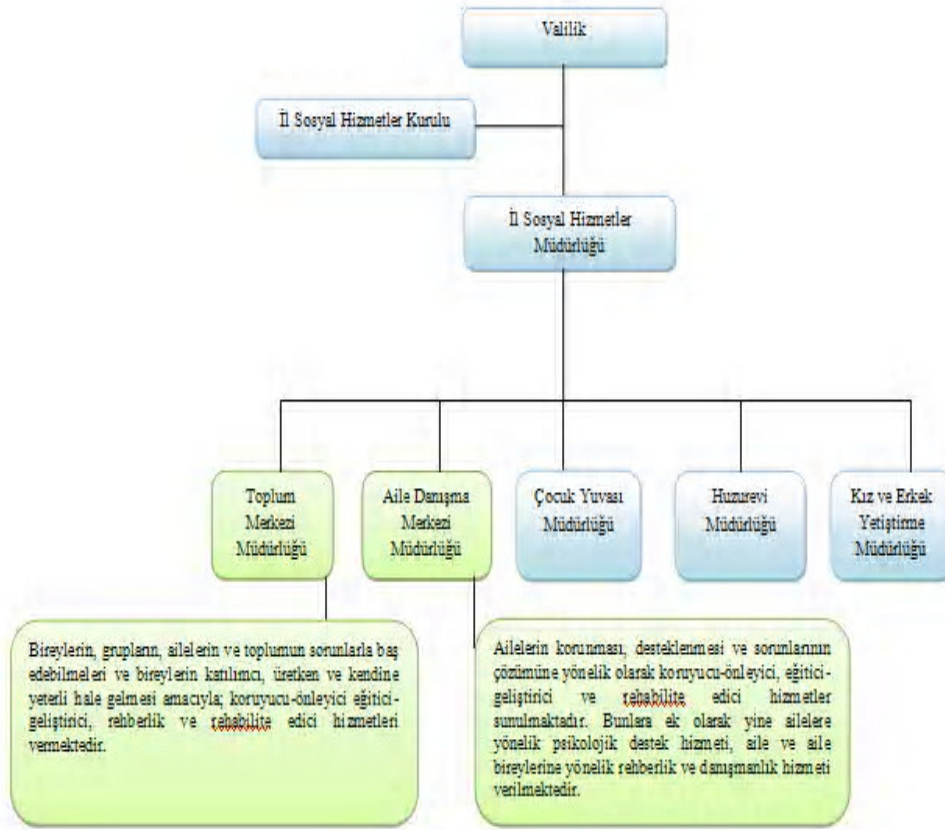
Özürülülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair 27691 sayılı (3 Eylül 2010'da yayımlanan) yönetmeliğe göre evde bakıma verilecek destek hizmeti, psikolojik destek programı ve aile danışmanlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler; meslek elemanlarının önerileri doğrultusunda, bakıcı personel tarafından, özürünün ikametgâhında, özürülü ve ailesine psiko-sosyal destek hizmetleri sunulmasını, psikolojik sorunları olan özürülü ve ailelerine yönelik yapılacak çalışmaları içermektedir (95).

Kırşehir Sosyal Hizmetler Kurumuna bağlı Aile Danışma Merkezi'nde ailelerin korunma, desteklenme ve sorunlarının çözümüne yönelik olarak koruyucu-önleyici, eğitici-geliştirici ve rehabilite edici hizmetler sunulmaktadır. Bunlara ek olarak ailelere yönelik psikolojik destek hizmeti, aile ve aile bireylerine yönelik rehberlik ve danışmanlık hizmeti verilmektedir (Şekil 3.1).

Bu çalışmanın öncesinde Kırşehir Sosyal Hizmet İl Müdürlüğü'nce sağlanan bu hizmetler karşılığında uygulamada Müdürlük tarafından, demansı olan yaşlısına bakım verdiği kayıt altına alınmış aileler, bakım ücretinden yararlandıkları, ancak Aile Danışma Merkezi hizmetlerinden bilgileri olmadığı için yararlanamadıkları görülmüştür.

Bu çalışmada birincil bakım verenlerin eğitimleri sırasında Toplum Merkezi'nin salon ve teknik alt yapısından yararlanılmıştır. Birincil bakım verenler için oluşturulan destek grubu ekibinin sosyal hizmet uzmanı üyesi Toplum Merkezinden, psikolog üyesi Aile

Danışma Merkezinden ve psikiyatrist üyesi Sağlık Bakanlığı Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden gruba katılmışlardır.



Şekil 3.1. Kırşehir İl Sosyal Hizmetler Teşkilat Yapısı



Resim 3.1. Kırşehir Toplum ve Aile Danışma Merkezi

### 3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Kırşehir Sosyal Hizmetler Kurumu'na bağlı Toplum Merkezi'nde 1 Ocak 2007-31 Aralık 2010 tarihleri arasında kayıtlı bulunan 60 demansı olan yaşlının birincil bakım verenleri araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini belirlemek için demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere Merkez kayıtlarından alınan telefon numaraları ile ulaşılmış ve araştırmanın amacı açıklanmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak istediklerini belirtenlerden aşağıdaki özelliklere sahip olanlar araştırmanın örneklemine alınmıştır.

- Kırşehir İli merkezinde oturuyor olmak,
- Görme ve işitme engeli olmamak,
- Demansı olan yaşlıyla birlikte yaşıyor olmak,
- Bakım verdiği kişinin bakımından birinci derecede sorumlu olmak.

Böylece 32 demansı olan yaşlının birincil bakım verenleri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Birincil bakım verenlerden çalışmanın başında ailelerinin izin vermemesi nedeni ile çalışmadan ayrılmıştır. Bu konuda bire bir uyumlu bir çalışma olmadığından ara değerlendirme yapıp, araştırma gücü hesaplanmıştır. Bakım Verenlerin Yükü Envanterine göre, araştırmanın gücüne bakıldığında, eğitimden önce ve sonra ortalama ve standart sapmaların yoğunluğu 0.05 için testin gücü bir olarak belirlenmiştir. İstatistik uzman görüşüne göre, araştırmanın gücü yeterli bulunduğundan araştırmaya 30 kişi ile devam edilmeye karar verilmiş ve 30 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırma kriterlerinde cinsiyet ayrımı yapılmamış, ancak birincil bakım verenlerin tamamının kadın ve ev kadını olduğu görülmüştür.

### 3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler, “Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu”; (Ek-1), Bakım Verenlerin Yükü Envanteri” (EK-2), ve “Odak Grup Görüşme Formu” (EK-3) olmak üzere üç formla toplanmıştır.

#### 3.4.1. Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu (Ek-1)

Birincil bakım verenlerin tanıtım formu; bakım verenlere ilişkin tanıtıcı özellikler, bakım vermeye ilişkin sorular (31 soru) ve bakım verenlerin Neuman Sistemler Modeli

beş boyutuna göre (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, manevi, gelişimsel) (8 soru beş boyutla ilgili olup bu sorular 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25 ve 27) olmak üzere toplam 39 sorudan oluşmuştur.

Bakım verenlerin tanıtıcı soruları ve bakım vermeye ilişkin soruların (31 soru) dokuzu açık uçlu, diğerleri kapalı uçlu (iki yönlü soru, liste işaretleme-*checklist*, çoktan seçmeli, sıralama-*ranking*); ve derecelendirme- *rating* soruları türündedir.

Form ilgili literatürün taranması (16, 32, 34, 67, 71, 74, 96, 97, 98) ve araştırma öncesi ailelerle yapılan görüşmeler sonucunda oluşturulmuştur.

Birincil bakım verenlerin tanıtım formundaki 16 soru (8, 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27) eğitim öncesi, eğitim sonrası ve 1. izlem ve 2. izlemde uygulanmıştır.

#### **3.4.2. Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri (Ek- 2)**

Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri (*CaregiverBurden Inventory*), 1989'da Kanada'da, Novak ve Guest tarafından, bakım vermenin bakım veren hasta yakınlarının üzerine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Envanter literatürde bilişsel yetersizliği olan hastaların bakım verenlerinin yükünü ölçmeye yönelik olarak ilk geliştirilen ve en sık kullanılan ölçeklerden birisidir. Bilişsel bozukluğu olan hastaların yakınları için özel olarak geliştirilmiş olması, demansı olan hastalara bakım verenler için kullanımında üstünlük sağlamaktadır (27).

Envanter, beş alt alandan oluşan 24 maddelik beşli Likert tipindedir (0-4). Alanlar zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve duygusal yük başlıklarındadır. Bütün alanlar beş maddeden, ancak üçüncü alan (fiziksel alan) dört maddeden oluşmaktadır. Her faktör 0 ile 20 puan arasında puan alabilmektedir. Puanlama, hiç tanımlamıyor (0) puan, az tanımlıyor (1)puan, orta derecede tanımlıyor (2) puan, oldukça tanımlıyor (3) puan, çok tanımlıyor (4) puan şeklindedir. Dört maddeden oluşan fiziksel yükte, her bir maddeye verilen yanıtın puanı 1.25 ile çarpılarak puan hesaplaması yapılmakta ve bu faktörden de toplam 20 puan elde edilmektedir. Her bir bireyin toplam puanı 0 ile 100 arasında değişebilmektedir. Yüksek puan yüksek derecedeki yükü, düşük puan ise düşük derecedeki yükü göstermektedir (16,27, 96).

Envanterin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği Küçükgüçlü ve arkadaşları (27) tarafından 2009'da çalışılmıştır. Cronbach Alpha değeri 0.94, alt faktörlerden: “Zaman-bağımlılık Yüğü” (0.93), “Gelişimsel Yüğü” (0.94), “Fiziksel Yüğü” (0.94), “Sosyal Yüğü” (0.82) ve “Duygusal Yüğü” (0.94) bulunmuştur.

Bu çalışmada ise eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. izlem ve 2. izlem toplam Cronbach Alpha değeri 0.91, alt faktörlerden: “Zaman-bağımlılık Yüğü” (0.91), “Gelişimsel Yüğü” (0.90), “Fiziksel Yüğü” (0.89), “Sosyal Yüğü” (0.84) ve “Duygusal Yüğü” (0.91) bulunmuştur.

Envanter eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. izlem ve 2. izlemde uygulanmıştır.

### **3.4.3. Odak Grup Görüşme Formu (Ek-3 )**

Odak grup görüşmesinde grup büyüklüğü sekiz kişi olarak belirlenmiştir. Birincil bakım verenlerden iletişime açık ve eğitim düzeyi yüksek olanlar gruba alınmıştır.

Odak grup görüşmeleri, Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formunda NSM’de yer alan beş boyuta (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, manevi, gelişimsel) ve Bakım Verenlerin Yüğü Envanterine ilişkin verileri desteklemek, kantitatif verileri kalitatif verilerle zenginleştirmek ve somutlaştırmak amacı ile kullanılmıştır. Odak grup görüşmesi için yarı yapılandırılmış veri formu oluşturulmuştur (99). Formun oluşturulmasında birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu’nun hazırlanmasında kullanılan kaynaklar ve araştırma öncesi ailelerle yapılan görüşmelerden yararlanılmıştır Eğitim öncesi birincil bakım verilere dört soru yöneltmiş, eğitim. sonrasında ise bu dört soruya beşinci soru eklenmiştir.

Görüşmelerin sağlıklı yapılabilmesi için uygun fiziksel ortam sağlanmıştır. Konuşmalar birincil bakım verenlerin izni alınarak ses kayıt cihazına kayıt edilmiş ve görüşme notları tutulmuştur. Birincil bakım verenlerin görüşmeye getirmek durumunda oldukları çocukları için bir çocuk gelişimi eğitimcisi ve bir öğrencinin ilgilenmesi sağlanmıştır.

### **3.5.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ**

Araştırmanın değişkenleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

#### **Bağımlı Değişken:**

1. Birincil bakım verenlerin, Neuman Sistemler Modelinin beş boyutuna (fizyolojik, psikolojik, gelişimsel, sosyokültürel, manevi) göre yükleri.

### **Bağımsız Değişkenler:**

1. Birincil bakım verenlerin, demansı olan yaşlının bakımı konusunda ve kendi sağlıklarını koruma konusunda yapabileceklerine ilişkin Neuman Sistemler Modelinin beş boyutu (fizyolojik, psikolojik, gelişimsel, sosyokültürel, manevi) konusunda eğitilmesi,
2. Birincil bakım verenlerin, destek grup etkileşiminin sağlanması.

### **3.6. ÖN UYGULAMA**

Veri toplama formlarının ön uygulaması 11 Nisan-30 Nisan 2011 tarihleri arasında, Kırşehir'in Kaman ilçesinde yaşayan, Kırşehir İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne bağlı Toplum Merkezine kayıtlı olan, örneklem kriterlerine uyan ve Kaman İlçesi'nde yaşayan, demansı olan 10 yaşlıya birincil bakım verenler ile yapılmıştır. Kaman ilçesi araştırma örnekleme alınacak Kırşehir merkezde yaşayan birincil bakım verenlerle görüşme olasılığı en az olabileceği düşünülen ilçelerden biri olması nedeni ile seçilmiştir.

Ön uygulama "Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu" (Ek-1), Bakım Verenlerin Yükü Envanteri" (EK-2), anlaşılabilirliğini ve ne kadar sürede yanıtlanabildiklerini belirlemek amacı ile uygulanmıştır. Ön uygulama sonuçlarına göre, Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu gerekli değişiklikler ve düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulamada form ve envanterin ortalama 30-45 dakikada yanıtlandıkları belirlenmiştir.

### **3.7. EĞİTİM VE DESTEK GRUBU PROGRAMLARININ GELİŞTİRİLMESİ**

#### **3.7.1. Eğitim Programlarının Geliştirilmesi**

Araştırma için iki eğitim programı geliştirilmiştir. Birinci eğitim programı birincil bakım verenlerin bunaması (demans) olan yaşlının bakımına ilişkin, ikinci eğitim programı bakım verenlerin yaşlılarına bakım verirken kendi sağlıkları için yapabileceklerine ilişkindir. Eğitim süresince demans kelimesi yerine bunama kelimesi kullanılmıştır.



## **Demansı Olan Yaşlının Bakımına İlişkin Eğitim Programı**

Birincil bakım verenler için hazırlanan ve demansı olan bir yaşlının özellikleri ve bakımına yönelik oluşturulan “Bunaması (demans) Olan Yaşlının Bakımı” eğitim programının hedefleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. Bunamaya ilişkin bilgi sahibi olunması,
2. Bunaması olan yaşlının bakımında sık karşılaşılan zorlukların bilinmesi,
3. Bunaması olan yaşlının bakımında sık karşılaşılan zorluklarla etkili baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi

Bu bağlamda geliştirilen eğitim programı aşağıdaki başlıklardan oluşmuştur:

1. Bunama nedir?
2. Bunama neden ve nasıl olur?
3. Bunamanın belirtileri nelerdir?
4. Bunama nasıl tedavi edilir?
5. Bunaması olan yaşlının bakımında sık karşılaşılan zorluklar ve bu zorluklar için yapılması gerekenler nelerdir?
  - Unutkanlık ve yapılması gerekenler
  - Kendine ve başkalarına zarar verme riski ve yapılması gerekenler
  - Duygusal, algısal sorunlar ve yapılması gerekenler
  - Sözel iletişimde bozulma ve yapılması gerekenler
  - Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede zorlanma ve yapılması gerekenler

Geliştirilen eğitim programı içeriğine yönelik olarak, bakım verenlerin konuya ilişkin yazılı/okuma materyali sağlamak amacı ile “Bunaması (demans) Olan Yaşlıya Bakım Verenler İçin Eğitim Kitapçığı” hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığında konulara uygun fotoğraf, karikatür ve ana fikri içeren cümlelere yer verilmiştir. Kitapçığın anlatımında kısa, öz, konuyu özetleyen bir anlatım kullanılmıştır. Ana temalar ayrıca verilmiş ve dikkat çekmesi için renkli ve farklı yazı karakteri kullanılmıştır. Bu okuma materyeline

ek olarak bir ilaç firması tarafından hazırlanan “Demanslı Yaşlı ve Bakımı” adlı eğitim CD si görsel materyal olarak kullanılmıştır (100).

### **Birincil Bakım Verenlerin Kendi Sağlıkları İçin Yapabileceklerine İlişkin Eğitim Programı**

Birincil bakım verenler için hazırlanan “Kendi Sağlığınız İçin Yapabilecekleriniz” kitapçığının eğitim hedefleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. Neuman’ın beş boyutuna göre (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) kendi sağlıkları için yapabileceklerinin önemini bilmesi,
2. Neuman’ın beş boyutuna göre (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) sıklıkla yaşayabilecekleri sorunların bilmesi,
3. Neuman’ın beş boyutuna göre (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) yaşayabilecekleri sorunlarla etkili baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi.

Bu bağlamda birincil bakım verenlerin kendi sağlıkları için yapabileceklerine ilişkin oluşturulan eğitim aşağıdaki başlıkları ve içeriği kapsamıştır:

#### **1. Fizyolojik boyut**

Öz bakım, dikkati toplama, yorgunluk, uyku, diş bakımı, beslenme, iştahsızlık, bağırsak alışkanlığı, idrar yapma alışkanlığı, vücut pozisyonu ve bel-boyun ağrısında yaşayacakları sorunlar karşısında yapabilecekleri hakkında bilgi verilmiştir. Yine sigarayı bırakma konusunda bilgi ve önerilerde bulunulmuştur.

#### **2. Psikolojik boyut**

Birincil bakım verenlerin yaşadıkları olumsuz duygular ve bu olumsuz duygularla nasıl baş edebilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

#### **3. Sosyo-kültürel boyut**

Aile tanımı, ailenin görevleri, aile içi dayanışma, çözüm üretme ve resmi olmayan desteklerinin arttırılmasına dikkat çekme. Ayrıca Kırşehir İl Sosyal Hizmet Müdürlüğü’nden yararlanabilecekleri destek kaynaklarının tanıtılması. Bunlar;

- Özürlü kimlik kartı verme hizmeti (Toplum Merkezi)

- Psikolog desteği sağlama hizmeti (Aile Danışma Merkezi)

-Evde bakım hizmeti

Evde bakım hizmeti; bu hizmete gereksinim duyan bireylerin, muayene, tetkik, tedavi, tıbbı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin ev ve aile ortamında verilmesidir. Hizmet hekim, hemşire ve sağlık memurdan oluşan bir ekip tarafından yurutulmektedir.

#### **4. Gelişimsel boyut**

Birincil bakım verenlerin buldukları gelişimsel dönem, dönemin özellikleri, dönemde yaşanabilecek ve yaşanan sorunlarla nasıl baş edebilecekleri, yaşlının bakımının yanı sıra kendi bakımına da önem vermesi, kendine zaman ayırması, kendi sınırlarını belirleyebilmesi ve gün içinde yapabileceklerini planlayabilmesi, güçlü ve zayıf yönlerini saptayabilmesi, kendini zaman zaman yaptıklarından dolayı ödüllendirmesi gerektiğine ilişkin bilgi verilmiştir.

#### **5. Manevi boyut**

Birincil bakım verenlerin yaşamlarındaki manevi boyutun farkına varmaları sağlanıp, maneviyatın artırılabilmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Bakım verenlerin kendi sağlıkları için yapabileceklerine ilişkin eğitim programının içeriğine yönelik “Kendi Sağlığınız İçin Yapabilecekleriniz” isimli eğitim kitapçığı oluşturulmuştur. Bu kitapçık, Neuman Sistemler Modeli’nde bireyin sisteminin dengesini koruyan, sürdüren ve stresörler karşısında yanıt vermesini sağlayan beş boyut (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) üzerine temellendirilmiştir. Kitapçığın oluşturulmasında araştırmanın eğitim öncesi uygulamasında beş boyuta ilişkin yaşandığı belirlenen zorluklara da yer verilmiştir.

Bu kitapçıkta konulara uygun fotoğraf, karikatür, resim ve ana fikri içeren cümleler kullanılmıştır. Kitapçığın anlatımında kısa, öz, konuyu özetleyen bir anlatıma özen gösterilmiştir. Bir ilaç firması tarafından hazırlanmış olan bel ve boyun egzersizleri broşürleri okuma materyali olarak kullanılmış ve katılımcılara dağıtılmıştır.

### 3.7.2. Destek Grubu Programının Geliştirilmesi

Destek grupları, bakım verenlere ek bilgi ve ait olma duygusu verme, deneyimlerini paylaşma ve baş etme becerilerini geliştirme gibi işlevleri nedeni ile kullanılmıştır (101).

Destek grubunun hedefleri;

- Demansı olan bir yaşlıya bakım verme deneyimde bireylerin yalnız olmadıklarını fark etmelerinin sağlanması,
- Bakım verenlerin başkalarının bakım verme süreciyle nasıl baş ettiklerini görmeleri ve kendi baş etme yöntemleriyle karşılaştırmalarının sağlanması,
- Duygu paylaşımının sağlanması.

Destek grubunu etkili kılabilmek için grup dört kişiden oluşmuştur. Grup üyeleri bir psikiyatri uzmanı, bir psikolog, bir sosyal hizmet görevlisi ve bir hemşireden (araştırmacı) oluşmuştur.

Destek grubu programında Neuman Sistemler Modelinde sistemin işleyişini etkileyen ve dengede yürümesini sağlayan beş boyuttan üçü (psikolojik, manevi ve gelişimsel) ele alınmıştır. Diğer iki boyut ağırlıklı olarak birincil bakım verenlerin kendi sağlıkları için yapabileceklerine ilişkin eğitim programında ele alınmıştır. Destek grubunda ayrıca eğitim öncesi ailelerle tanışma ve sohbet türü konuşmalarda bu üç boyuta ilişkin yaşandığı belirlenen zorluklara da özellikle yer verilmiştir. Bu zorluklar:

psikolojik boyutta; üzüntü, umutsuzluk, baş edememe, gerginlik, kızgınlık/öfke sabırsız olma, hayal kırıklığı, pişmanlık gibi duyguların yaşanması,

manevi boyutta; yaşama bağlılığı, yaşam üzerindeki kontrolü, kendine olan güveni ve yaşamdan doyum alamama,

gelişimsel boyutta; kendini güçsüz, sağlıksız ve aynı zamanda yaşlılarına göre daha olgun ve yaşlı hissetmesidir.

### **3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA BASAMAKLARI**

#### **3.8.1. Uygulama Öncesi Hazırlıklar**

Birincil bakım verenler araştırmanın uygulanması için Toplum Merkezine davet edilmiştir. Toplum Merkezine gelemeyeceğini ifade eden bakım verenlere araç gönderilmiş ve gerektiğinde evlerine tekrar bırakılmıştır. Çocuklarını beraberlerinde getirmek durumunda olan birincil bakım verenlerin çocukları ile ilgilenmek üzere Ahi Evran Üniversitesi Çocuk Gelişimi Bölümünden bir öğretim görevlisi ve öğrenciden destek alınmıştır. Bu elemanlar birincil bakım verenlerin çocuklarına yaş gruplarına göre uğraşlara katmışlar ve oyun oynatmışlardır.



**Resim 3.2.** Toplum Merkezi Dinlenme Salonu

Birincil bakım verenlerin eğitimleri kendileri için en uygun olan gün ve saatte yapılmak üzere planlanmıştır. Bu amaçla öncelikle birincil bakım verenler Toplum Merkezine davet edilmiş, eğitim ve destek grupları için gün ve saatler belirlenmiştir. Eğitim için her hafta Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri seçilmiş ve bir eğitim planı oluşturulmuştur. Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri 10'ar kişilik üç grup ile eğitimler gerçekleştirilmiş. Bu 10'ar kişilik gruplar birincil bakım verenlerin eğitim düzeyleri birbirine yakın olan ve anket sorularını yanıtlarken algılamalarına göre belirlenmiştir. Böylelikle her bir eğitim günü için eşit sayıda kişi ile çalışılmış ve aynı zamanda grupların kendi içlerinde etkileşimleri de sağlanmıştır.

Birincil bakım verenlerin eğitimleri Toplum Merkezinin eğitim salonunda yapılmıştır. Eğitim salonu masa, bilgisayar, televizyon, yazı tahtası, barkovizyon sistemi ve yeterli

sayıda koltuk (40 kişilik) gibi olanaklara sahip bir salondur. Tüm eğitimler Toplum Merkezi'nin bu eğitim salonunda yapılmıştır.



**Resim 3.3.** Tolun Merkezi Eğitim Salonu

Birincil bakım verenlerin destek grup etkileşimleri Toplum Merkezinin toplantı salonunda yapılmıştır. Toplantı salonunda toplam 15 kişilik koltuk, toplantı masası, bilgisayar, televizyon, ve barkovizyon sistemi bulunmaktadır.



**Resim 3.4.** Tolun Merkezi Toplantı Salonu



**Resim 3.5.** Tolum Merkezi Toplantı Salonu

Destek grubu toplantıları için Merkezin Toplantı Salonunun özellikle birincil bakım verenlerin yaşadıkları zorlukları ve olumlu duygularını paylaşırken göz iletişiminin daha kolay kurulması ve destek grubu ekibi tarafından beden dilinin daha iyi gözlenebilmesi için seçilmiştir.

Gerek eğitim gerekse destek grubu toplantılarında dışardan gelecek ses ve gürültünün dikkat dağıtıcı bir etken olmaması için kurum çalışanlarına çalışma konusunda bilgi verilmiştir.

### **3.8.2. Eğitim Programı ve Destek Grubunun Uygulanması**

Araştırmanın uygulama aşaması 15 Haziran-18 Temmuz 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (Şekil 3.2). Eğitim programı araştırmacının kendisi tarafından uygulanmış destek grubu ise belirtilen ekip tarafından yürütülmüştür.

Her bir grup eğitimi ortalama 40-45 dakika sürmüştür. Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri 15:00-15:45 arasında eğitim için toplanıldıktan sonra 1. Oturum hariç 15 dakikalık (destek grubu toplantıları 2. Oturum ile başlamıştır) bir ara verilmiş ve ardından 2. 3. ve 4. oturumlarda saat 16:00'da destek grup programına başlanmıştır. Sosyal etkileşimi sağlamak ve tüm katılımcıların gelmesini bekleyene kadar, eğitim öncesinde ve destek grup etkileşimi öncesinde ve odak grup görüşmelerinin sonunda yiyecek ve içecek ikramında bulunulmuştur.

Araştırmanın uygulama aşaması beş oturumda gerçekleştirilmiştir.



### **Birinci Oturum (15-17-20 Haziran 2011)**

İlk oturumda katılımcıların birbirleri ile tanışma ve kaynaşmaları için zaman ayrılarak, ikramda bulunulmuştur. Bu oturumda birincil bakım verenlere eğitim programına ilişkin bilgi verilmiş ve programdaki konuların genel başlıkları, işleniş sırası ve eğitim sırasında izlenecek ve tartışılacak olan “Bunaması (demans) Olan Yaşlıya Bakım Verenler İçin Eğitim Kitapçığı” (Ek-8) dağıtılmıştır. Ayrıca bu oturumda, birincil bakım verenlerin demansa ilişkin ne bildikleri, duydukları öğrenilerek ifade ettikleri tahtaya yazılmış ve gruplandırılmıştır. Daha sonra doğru söylenen tanımlar üzerinden Bunama nedir? Bunama hastalığı neden ve nasıl olur? Bunama hastalığının belirtileri nelerdir? Bunama hastalığı nasıl tedavi edilir? Anlatma, soru-yanıt, tartışma teknikleri kullanılarak eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası konu özetlenmiş ve sorular yanıtlanmıştır.

### **İkinci Oturum (22-24-27 Haziran 2011)**

Katılımcılara oturum öncesi ikramda bulunulmuştur. Birinci oturumun kısa bir tekrarı, yapıldıktan sonra bunaması olan yaşlının bakımında karşılaşılan zorluklar ve bu zorluklar için kendilerinin yaptıkları uygulamalar sorulmuş, alınan yanıtlar tahtaya yazılmış ve gruplanmıştır. Daha sonra bunaması olan yaşlının bakımında karşılaşılan zorluklar ve bu zorluklar için “yapılması gerekenler” konusu anlatma ve tartışma teknikleri kullanılarak eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası konu özetlenmiş ve sorular yanıtlanmıştır.

Demansı olan yaşlı ve bakımı konusunda CD izletilmiş ve CD ile ilgili geri bildirimleri alınmıştır. Bunlar; demansı olan yaşlılarının, demansın hangi belirtilerini gösterdiği, demansı olan yaşlıya bakım verirken yapılan uygulamaların hangilerini kullanabilecekleri ve kendi yaşamlarını nasıl kolaylaştırabileceği konularındadır. Bu aşamadan sonra 15 dakika ara verilerek birinci destek grubu oturumuna başlanmıştır. Destek grubunun bu ilk oturumunda grup kuralları ve amacı açıklanmıştır. Birincil bakım verenlerin tanışmaları ve iletişim kurmaları için destek grup ekibi tarafından desteklenerek birincil bakım verenlerin kime, kaç yıldır baktığı, evde kaç kişi yaşadığı, kaç çocuğu olduğu, medeni durumu, yaşı, hangi mahallede oturduğu, baktıkları kişiye yakınlıkları gibi bilgileri birbirleriyle paylaşmaları sağlanmıştır.

### **Üçüncü Oturum (29 Haziran /1-4 Temmuz 2011)**

Katılımcılara eğitim öncesi ikramda bulunulmuştur. Birinci ve ikinci oturumların kısa bir tekrarı yapılmıştır. Birincil bakım verenlere “Kendi Sağlığınız İçin Yapabilecekleriniz” (Ek-8) eğitim kitapçığı dağıtılmıştır. Birincil bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar ve çözümleri gruplandırılarak tahtaya yazılmıştır. Katılımcılara bakım vermenin önemi ve beş boyuttan fizyolojik boyut anlatılmıştır. Konu ile ilgili olarak anlatma, yaparak gösterme, beraber yapma eğitim teknikleri kullanılmıştır. Oturumun ardından 15 dakika ara verilerek ikinci destek grubu oturumuna başlanmıştır. Bu destek grubunda NSM'nin beş boyutundan “psikolojik boyut” konusu işlenmiştir. psikolojik boyutta bakım verme sürecinin bakım verene etkisi, yaşlıya karşı bakım vericinin bakım sürecinde hissettikleri, yaşlıyla ilgili negatif ve pozitif duyguların paylaşılması sağlanmıştır.

### **Dördüncü Oturum(6-8-11 Temmuz 2011)**

Katılımcılara eğitim öncesi ikramda bulunulmuştur. Üçüncü oturumun kısa bir tekrarı yapılmış ve katılımcılardan fizyolojik boyutta ele alınan bel, boyun hareketlerini göstermeleri istenmiştir. Beş boyuttan “sosyo-kültürel”, “psikolojik” ve “manevi boyut” anlatılmış ve bu konuda başka neler yapıldığı/yapılabildiği beyin fırtınası tekniği ile grupta tartışılmış ve gelen yanıtlar gruplanarak tahtaya yazılmıştır. Konu ile ilgili sorular yanıtlanmıştır. Eğitim sonrası 15 dakika ara verilerek üçüncü destek grubu oturumu başlamıştır. Bu destek grubunda NSM'nin beş boyutundan “manevi boyut” ele alınmıştır. Bakım verme sürecinde “mecbur” olmak, yaşamın anlamı, yaşama bağlılık, yaşamdan doyum sağlama kendine inanma ve güvenme, insanlara inanma, gelecekte beklenenler, hayatı kontrol edebilmenin yolları üzerinde durulmuştur.

### **Beşinci Oturum(13-15-18 Temmuz 2011)**

Katılımcılara eğitim öncesi ikramda bulunulmuştur. Dördüncü oturumun kısa bir tekrarı yapılmıştır. Beş boyuttan “gelişimsel boyut” anlatılmış ve ardından bakım verenlerin kendileri için neler yapabildikleri/yapabilecekleri beyin fırtınası tekniği ile tartışılmış ve fikirler tahtaya yazılmıştır. Konu ile ilgili sorular yanıtlanmıştır. Eğitim sonrası 15 dakika ara verilerek dördüncü destek grubu oturumu başlamıştır. Bu destek grubunda NSM'nin beş boyutundan “gelişimsel boyut” ele alınmıştır. Gelişimsel boyutta

hassasiyetler, yalnızlık duygusu, (ne zaman ve hangi durumlarda bu duygunun yaşandığı) olgun, yaşlı, güçlü ve başarılı hissetme duyguları konuşularak, katılımcıların kendi gereksinimlerini belirlemeleri, bu gereksinimlere yönelik destek kaynaklarını tanımaları sağlanmıştır. Bu son destek grubu oturumunun diğer bir hedefi de grubun sürdürülebilirliğinin konuşulması ve sağlanması olmuştur.

Eğitim programı ve destek grubunun uygulanması sırasında bakım verenlerin deneyimlediği diğer önemli yönler de olmuştur. Bunlar birincil bakım verenlerin;

- ✓ Yaşadıkları aile içi sorunları paylaşabilmeleri (çocuk, ebeveyn iletişimi) ve kendilerinin bu sorunlara yönelik çözüm seçenekleri üretmiş olmalarıdır,
- ✓ Sosyal etkileşimleri çok az olan birincil bakım verenlerin Merkez'e gelmeleri ile çevreleri ile etkileşime katılmış olmalarıdır,
- ✓ Araştırmacı ve destek grubu ekibi tarafından bakım verenlerin katıldıkları tüm etkinliklerde "değerli olma duygusu" yaşamaları sağlanmıştır.

Birincil bakım verene verilen eğitim planı ve destek grubu planı aşağıda şema olarak gösterilmiştir.

**Tablo 3.1.** Eğitim Grubu ve Destek Grubu Planı Şeması

	<b>Verilen Eğitimler ve Destek Grupları</b>	<b>Süre</b>	<b>Kullanılan Yöntemler</b>	<b>Araç/Materyal</b>
Birinci Oturum (15-17-20 Haziran 2011)	Bunama nedir? Bunama hastalığı neden ve nasıl olur? Bunama hastalığının belirtileri nelerdir? Bunama hastalığı nasıl tedavi edilir?	<b>Eğitim 45 dk</b>	Anlatım Soru-yanıt Tartışma	Bunaması (demans) Olan Yaşlıya Bakım Verenler İçin Eğitim Kitapçığı
İkinci Oturum (22-24-27 Haziran 2011)	Bunaması olan yaşlının bakımında karşılaşılan zorluklar ve bu zorluklar için “yapılması gerekenler <b>BİRİNCİ DESTEK GRUP OTURUMU</b> Grup kuralları ve amacı konuşulmuştur.	<b>Eğitim 45 dk</b> <i>15 dk ara sonrası</i> <b>Destek grubu 60dk</b>	Anlatım Soru-yanıt Tartışma	Bunaması (demans) Olan Yaşlıya Bakım Verenler İçin Eğitim Kitapçığı Video
Üçüncü Oturum (29 Haziran/1-4 Temmuz 2011)	Fizyolojik boyut <b>İKİNCİ DESTEK GRUP OTURUMU</b> <i>Duyusal boyut</i> Bakım verme sürecinin bakım verene etkisi, yaşlıya karşı bakım vericinin bakım sürecinde hissettikleri, yaşlıyla ilgili negatif ve pozitif duyguların paylaşılması sağlanmıştır.	<b>Eğitim 45 dk</b> <i>15 dk ara sonrası</i> <b>Destek grubu 60dk</b>	Demostrasyon Anlatım Soru-yanıt Tartışma	Kendi Sağlığımız İçin Yapabilecekleriniz Eğitim Kitapçığı
Dördüncü Oturum (6-8-11 Temmuz 2011)	Sosyo-kültürel, duygusal” ve manevi boyut <b>ÜÇÜNCÜ DESTEK GRUP OTURUMU</b> <i>Manevi boyut</i> «mecbur” olmak, yaşamın anlamı, yaşama bağlılık, yaşamdan doyum sağlama kendine inanma ve güvenme, insanlara inanma, gelecekte beklenenler, hayatı kontrol edebilmek konuşulmuştur.	<b>Eğitim 45 dk</b> <i>15 dk ara sonrası</i> <b>Destek grubu 60dk</b>	Demostrasyon Beyin fırtınası Tartışma	Kendi Sağlığımız İçin Yapabilecekleriniz Eğitim Kitapçığı
Beşinci Oturum (13-15-18 Temmuz 2011)	Gelişimsel boyut <b>DÖRDÜNCÜ DESTEK GRUP OTURUMU</b> <i>Gelişimsel boyut</i> Hassasiyetler, yalnızlık duygusu, (ne zaman ve hangi durumlarda bu duygunun yaşandığı), olgun ve yaşlı ve güçlü ve başarılı hissetme duyguları konuşulmuştur.	<b>Eğitim 45 dk</b> <i>15 dk ara sonrası</i> <b>Destek grubu 60dk</b>	Anlatım Beyin fırtınası Soru-yanıt Tartışma	Kendi Sağlığımız İçin Yapabilecekleriniz Eğitim Kitapçığı

### 3.9. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri şu sırada toplanmıştır:

#### **Eğitim Öncesi Verilerin Toplanması;**

##### **Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu (Ek-1)**

Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu ile verilerin toplanması 1-13 Haziran 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (Şekil 3.2). Bakım verenler telefonla aranarak, randevu ile Toplum Merkezine davet edilmişler ve Merkez'deki uygun bir odada birincil bakım verenler ile bire bir görüşülerek, araştırmacının soruları okuması ile uygulanmıştır. Formun doldurulması yaklaşık 30-35 dakikada sürmüştür. Form eğitim öncesi verilerin toplanmasında ilk önce kullanılmıştır.

##### **Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri (Ek-2)**

Bakım verenlerin Yüğü Envanteri de 1-13 Haziran 2011 tarihleri arasında Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu'nun hemen ardından uygulanmıştır. Envanter araştırmacı tarafından okunarak uygulanmıştır. Envanterin uygulanması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Eğitim öncesi veri toplanmada envanter ikinci sırada kullanılmıştır.

##### **Odak Grup Görüşmesi (Ek-3)**

Odak grup görüşmesi 13 Haziran 2011'de, Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda saat 14:00-15:20 arası gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce birincil bakım verenlerden ses kaydının yapılabilmesi için sözel onam alınmıştır.

Görüşmelerin rahat bir biçimde sürdürülebilmesi için toplantı ortamının düzenlenmesi araştırmacı tarafından oturum öncesi gerçekleştirilmiştir. Görüşmede sandalyeler yuvarlak düzende yerleştirilmiş ve herkesin birbirlerine isimleri ile hitap edebilmesi için katılımcıların yakalarına ve sandalyelerine isimlikler takılmıştır.

Grup büyüklüğü sekiz kişi olmuştur. Oturumlarda ses kaydı alınmış ve bir öğretim elemanı tarafından görüşme notları tutulmuştur. Her bir katılımcıya en az 10'ar dakika konuşma süresi tanınmasına özen gösterilmiştir. Görüşme 80 dakika sürmüştür. Eğitim sonrası verileri Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu, Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri ve odak grup görüşmesi sırasında uygulanmıştır.

## **Eğitim Sonrası Verilerin Toplanması;**

### **Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu (Ek-1)**

Eğitim sonrası verilerinin toplanması için, Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu, eğitimin tamamlanmasından iki hafta sonra, (29-30-31 Temmuz 2011), tekrar uygulanmıştır. Eğitim sonrası verilerinin toplanmasından bir ay sonra 1. izlem (5-7 Eylül 2011) ve 1. izlemden bir ay sonra 2. izlem (30 Eylül-2 Ekim 2011) verileri toplanmıştır. Birinci ve ikinci izlem verilerinde Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu'nda yer alan Neuman Sistemler Modelinin beş boyutuna ilişkin sorular uygulanmıştır. Formun yanıtlanması yaklaşık 25 dakika sürmüştür. Eğitim sonrası verileri de Toplum Merkezinde uygun bir odada birincil bakım verenler ile bire bir görüşülerek, araştırmacının soruları okuması, bakım verenin verdiği yanıtı forma geçirmesi ile uygulanmıştır.

### **Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri (Ek-2)**

Eğitim sonrası verilerinin toplanması için, Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri, eğitimin tamamlanmasından iki hafta sonra (29-30-31 Temmuz 2011) tekrar uygulanmıştır. Eğitim sonrası verilerinin toplanmasından bir ay sonra 1. izlem (5-7 Eylül 2011) ve 1. izlemden bir ay sonra 2. izlem (30 Eylül-2 Ekim 2011) verileri toplanmıştır. Envanter, Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formunun ardından uygulanmıştır. Eğitim sonrası aşamasında envanterin uygulanmasında Toplum Merkezinde uygun bir odada, araştırmacının okuması ve alınan yanıtların forma geçirilmesi ile uygulanmıştır. Envanterin uygulanması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

### **Odak Grup Görüşmesi (Ek-3)**

Eğitim sonrası odak grup görüşmesi, eğitim öncesi odak grup görüşmesinden bir buçuk ay sonra (29 Temmuz 2011) Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nun bir sınıfında, 14:00-15:20 arası gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce katılımcılardan ses kaydının yapılabilmesi için sözel onamları alınmıştır. Araştırmacı, katılımcıların rahat edebilmesi ve görüşmelerin bölünmemesi için oturum öncesi toplantı ortamının düzenlenmesini sağlamıştır.

Görüşme sırasında katılımcılar arasında etkileşimin sağlanması için sandalyeler yuvarlak şekilde düzenlenmiştir. Odak grup görüşmesi sırasında katılımcıların birbirlerine isimleri ile hitap etmelerini kolaylaştırmak amacıyla, katılımcıların isimleri yazılı yaka kartları kullanılmıştır.

Oturumlarda ses kaydı yapılmış ve aynı zamanda bir öğretim elemanı (eğitim öncesi görüşme notlarını tutan kişi) tarafından görüşme notları tutulmuştur. Odak grup görüşmesi 80 dakika sürmüştür. Eğitim öncesi ve sonrası odak grup görüşmelerinde aynı sekiz kişi ile görüşme yapılmıştır.

Eğitim sonrası verileri Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu, Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ve odak grup görüşmesi sırasında uygulanmıştır.

### **Destek Grubu**

Destek grupları 10'ar kişilik üç grupla gerçekleştirilmiştir. Haftada bir, 1-1.5 saat süren toplam dört toplantı yapılmıştır. Gruplarda yarı yapılandırılmış bir anlayışla, NSM'nin beş boyutundan psikolojik, manevi ve gelişimsel boyutlar ele alınarak birincil bakım verenlerin en çok bu üç boyuta (psikolojik, manevi ve gelişimsel) yönelik yaşadıkları zorluklarla ilgili duygularını ifade etmeleri sağlanmıştır.

Böylece, psikolojik boyutta yaşlıya bakım vermenin etkisi, yaşanan negatif ve pozitif duyguların paylaşılması sağlanmıştır.

Manevi boyutta bakım verme sürecinde "mecbur" olmak, yaşamın anlamı, yaşama bağlılık, yaşamdan doyum sağlama kendine inanma ve güvenme, insanlara inanma, gelecekte beklenenler, hayatı kontrol edebilmenin yolları üzerinde durulmuştur.

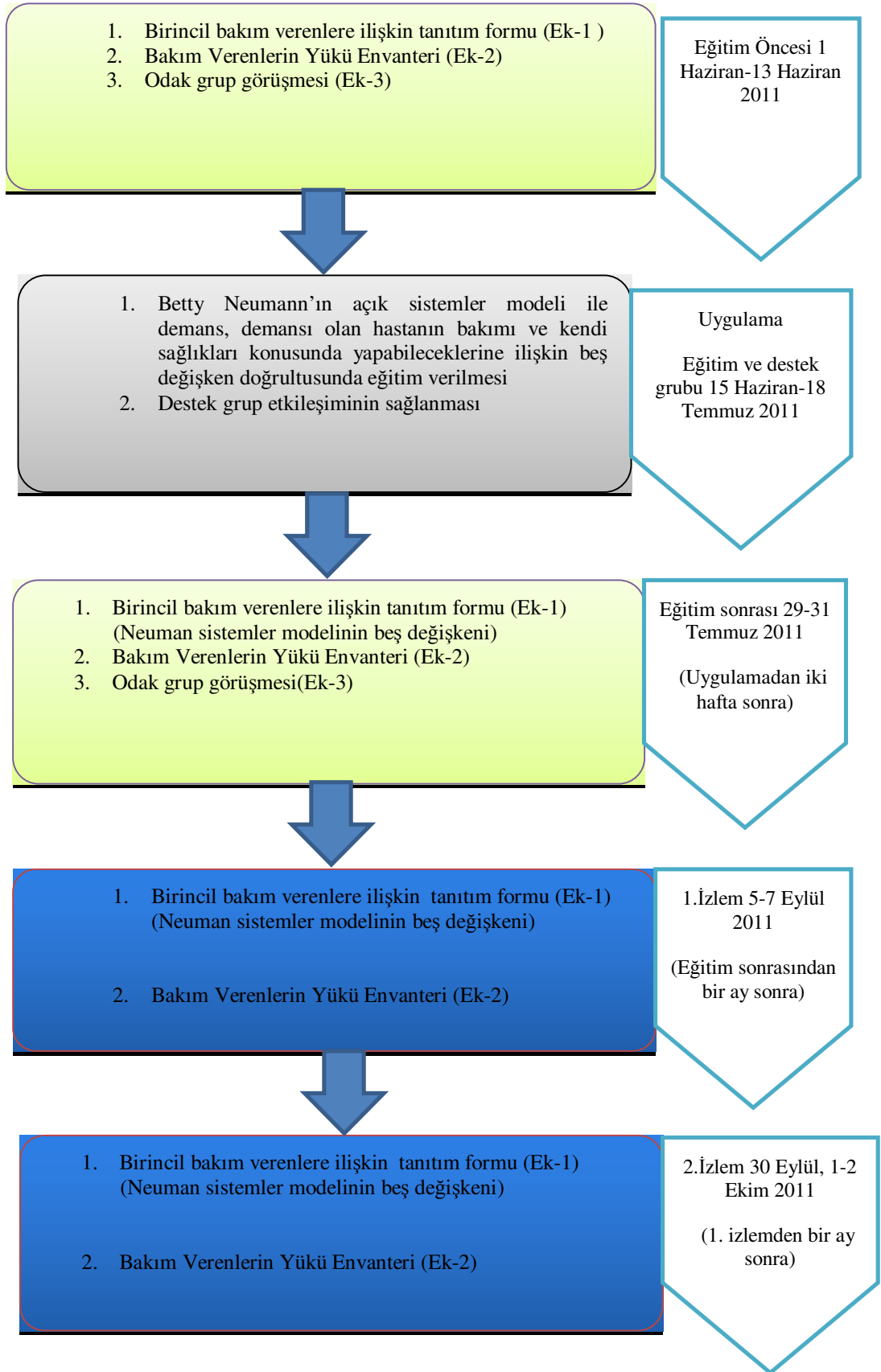
Gelişimsel boyutta ise, deneyimledikleri yalnızlık duygusu, (ne zaman ve hangi durumlarda bu duygunun yaşandığı), olgun, yaşlı, güçlü ve başarılı hissetme duyguları konuşularak, katılımcıların kendi gereksinimlerini belirlemeleri, bu gereksinimlere yönelik destek kaynaklarını tanımları sağlanmıştır.

Destek grubu ekip üyeleri, bakım verenlerin gereksinimlerine göre, kendi alanlarına yönelik bilgi ve becerileri ile katkıda bulunmuşlardır.

Her oturumun başında birincil bakım verenlerin zorluk yaşadıkları boyutlarla ilgili duygu paylaşımları sağlanmıştır. Oturumlar ekip üyelerinden herhangi birisinin bir soru sorması ile başlatılmış ve diğer ekip üyeleri yeri geldikçe alanları ile ilgili konularda

destek vermişlerdir. Oturumlarda, birincil bakım verenlerin üç boyutta yaşadıkları sorun, sorundan nasıl etkilendikleri, neler hissettikleri, sorunun nasıl çözüleceği üstünde grup olarak çalışılmıştır. Konularla ilgili bilgi gereksinimi olan durumlarda bilgi desteği araştırmacı tarafından sağlanmıştır. Gruplarda çözüm önerileri tartışılmış, ve bu çözüm önerilerinin birincil bakım verenler tarafından günlük hayatlarına uygulamaya çalışmaları cesaretlendirilmiştir. Uygulama girişimleri sırasında yaşadıkları zorluklar ve olumlu yönler grup ile paylaşılmış ve karşılıklı önerilerde bulunmuşlardır.





Şekil 3.2. Araştırma Akış Şeması

### 3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada toplanan verilerden Birincil Bakım Verenlerin Tanıtım Formu, Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri ve odak grup görüşmeleri için ayrı değerlendirmeler yapılmıştır. Nicel veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov- Smirnov Testi ile belirlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov Z Asymp. Sig. (2-tailed) değeri 0.05'den büyük olan değerlerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Tüm karşılaştırmalarda  $\alpha$  yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Verilerin istatistik analizleri için Erciyes Üniversitesi Biyoistatistik Bilim Dalı'nda bir öğretim üyesinden danışmanlık alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistikler aşağıda ayrıntılı olarak belirtilmiştir (102,103). Araştırmada;

Birincil bakım verenlerin tanıtım formunda sosyo-demografik özellikler, bakım vermeye ilişkin bulgular, yaşının evde bakımında bakım sorumluluğunu paylaşan kişilerin katılımlarına ilişkin bulgular (Tablo 4.4, 4.5 ve 4.6) ve NSM'nin beş boyutuna göre olan özelliklerde, verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, yüzde ve Mc-Nemar testi kullanılmıştır.

Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri'nde verilerin değerlendirilmesinde envanter toplam puanının ve alt boyutlarının farklı zamanlara göre karşılaştırılması tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile farkın çıktığı durumlarda bu farkın hangi ikili zaman grupları arasından kaynaklandığı Bonferroni testi ile yapılmıştır.

Birincil bakım verenlerin yaşadığı zorlukların NSM'nin beş boyutu temel alınarak yapılan odak grup görüşmeleri önce röportör ile beraber kaydedilmiş, ardından araştırmacı tarafından deşifre edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde iki yaklaşım kullanılmıştır. Analizde NSM'nin beş boyutu temel alınmış ve bir şablon olarak kullanılmıştır. Ardından içerik hem doğrudan ifadelerle hem de anlamın yorumlanması ile analiz edilmiş ve beş boyutun altına yerleştirilmiştir. Bu aşamanın ardından bir teori oluşturulmuştur.

### **3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU**

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Kırşehir Sosyal Hizmetler Müdürlüğünden (Ek-4) ve Erciyes Üniversitesi Etik Komisyonundan (2010/155) (Ek-5) yazılı izin alınmıştır. Bakım Verenlerin Yükü Envanterini kullanabilmek için, Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olan yazardan (Yrd. Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü) sözel ve yazılı izin alınmıştır (Ek-6). Odak grup görüşmesinin yapıldığı Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü’nden binanın kullanılması için sözel izin alınmıştır. Odak grup görüşmesine katılmayı kabul eden bireylerden, görüşmenin ses kaydına alınmasını kabul ettiklerine ilişkin bireylerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

### **3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Toplum Merkezinde gerçekleştirilen destek grubu oturumlarında ses ve görüntü kaydı alınmasına izin verilmediğinden destek grubu oturum kayıtları tutulamaması ve çalışmanın yalnız Sosyal Hizmetler Kurumuna kayıtlı demansı olan yaşlıların birincil bakım verenleri ile yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

## **4. BULGULAR**

Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlerin bakım vermektan kaynaklanan yüklerinin azaltılması amacı ile yapılan bu çalışmaya ilişkin bulgular iki grupta verilmektedir. Birinci grup bulgular birincil bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ve bakım vermeye ilişkin bulgular; ikinci grup bulgular birincil bakım verenlerin bakım yükü - bakım yükünden etkilenme (eğitim öncesi) (NSM'nin beş boyutuna göre, Bakım Verenlerin Yükü Envanterine göre, odak grup görüşme sonuçlarına göre) ve bakım yükünün azaltılmasına ilişkin (eğitim sonrası) ve eğitim sonrasında birer ay ara ile yapılan iki izlem (1. izlem-2. izlem) bulgularını içermektedir.

### **4.1. BİRİNCİL BAKIM VERENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BAKIM VERMEYE İLİŞKİN BULGULAR**

Araştırmaya katılan birincil bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları Tablo 4.1'de verilmektedir.

**Tablo 4.1.** Demansı Olan Yaşlıya Birincil Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	N=30	
	Sayı	%
<b>Eğitim</b>		
Okur-yazar değil	3	10.0
İlköğretim	21	70.0
Lise	6	20.0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	30	100
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	21	70.0
Bekâr	9	30.0
<b>Meslek</b>		
Ev kadını	30	100
<b>Gelir Durumu*</b>		
Geçim sıkıntısı olmayan	20	66.7
Geçim sıkıntısı olan	10	33.3
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var (SGK)	24	80.0
Yok	6	20.0
<b>Yaş (x ±SS)</b>	42,43±9,50	

\*Birincil bakım verenlerin kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir

Tablo 4.1.'e göre yaşlıya birincil bakım verenlerin yaş ortalaması 42,4±9,50 yaş ile orta erişkinlik döneminin başlarında, hepsi kadın ve ev kadını olmanın yanında çoğunluğu ilköğretim mezunu ve evlidir (%70.0). Çoğunun sosyal güvenceleri bulunmakta (%80.0) ve kendi ifadelerine göre geçim sıkıntısı bulunmamaktadır (%66.7).

Birincil bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin özellikleri Tablo 4.2.'de verilmektedir.

**Tablo 4.2.** Demansı Olan Yaşlıya Birincil Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özellikleri

Özellikler	N=30	
	Sayı	%
<b>Yaşlıya Bakma Durumunun Gelişimi</b>		
Bakım vermeyi bilinçli seçen	18	60.0
Bakım vermeye sürüklenen	12	40.0
<b>Yaşlıya Yakınlığı</b>		
Gelini	16	53.3
Kızı	9	30.0
Diğer*	5	16.7
<b>Yaşlının Bakıma İhtiyaç Duyduğu Zaman Aralığı</b>		
Gündüz	25	83.4
Gece-gündüz	4	13.3
Gece	1	3.3
<b>Yaşlıya Bakmadan Önceki İlişki/dostluk Durumu</b>		
İyi	24	80.0
Orta	6	20.0
<b>Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>		
4 ve daha az	10	33.3
5 kişi	10	33.3
6 ve daha fazla	10	33.4
<b>Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Durumu</b>		
Yok	21	70.0
Var	9	30.0
<b>Bakım Verme Süresi (ortalama yıl)</b>	4.23±3.05	
<b>Günde Bakım Verme Süresi (ortalama saat)</b>	4.53±0.86	

\*Diğer: Torun, kardeş

Tablo 4.2.'de birincil bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin özellikleri görülmektedir. Birincil bakım verenler, bakım vermeyi bilinçli seçen (%60.0), zaten yaşlı ile aynı evde oturan (%100), gelinleridir (%53.3). Yaşlıya günde yaklaşık beş (4.53±0.86) saat, gündüz saatlerinde (%83.3) ve yaklaşık dört (4.23±3.05) yıldır bakım vermektedirler. Birincil bakım veren kişi ile bakılan yaşlının daha önceki ilişki/dostlukları "iyi" olarak ifade edilmiştir (%80.0). Evde yaşayan başka kişiler bulunmakta ancak evde yaşayan bu kişilerin %30.0'u bakılma gereksinimi duyan kişilerden oluştuğu görülmüştür.

**4.2. Bakım Yüğü - Bakım Yüğünden Etkilenme (eğitim öncesi) NSM'nin Beş Boyutuna Göre (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel, manevi), Bakım Verenlerin Yüğü Envanterine Göre, Odak Grup Görüşmesi'ne Göre ve Bakım Yüğüünün Azaltılmasına İlişkin (eğitim sonrası, ve 1. izlem-2. izlem) Bulgular**

Bu bölümde demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlerin NSM'ne göre bakım verme koşullarından nasıl etkilendiklerine ve kullandıkları baş etme girişimlerine ilişkin, görüşme ve odak grup görüşme yöntemleri ile elde edilen eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim sonrası birer ay ara ile yapılan 1. izlem ve 2. izlem bulguları sunulmaktadır.

Tablo 4.3'de Birincil bakım verilere göre demansı olan yaşlıların yaşadığı sorunlar verilmektedir.

**Tablo 4.3.** Birincil Bakım Verenlere Göre Demansı Olan Yaşlının Yaşadığı Sorunlar (N=30)

Sorunlar	Var		Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
Unutkanlık	28	93.3	2	6.7
Eşyaları tutma	24	80.0	6	20.0
İdrar kaçırma	22	73.3	6	20.0
Eşyalarını bulma	22	73.3	8	26.7
Kişileri tanıma	22	73.3	8	26.7
Kendi kendine hareket edememe	21	70.0	9	30.0
Huzursuzluk	21	70.0	9	30.0
Başladığı işi bitirememe	20	66.7	10	33.3
Donukluk (canlılık eksikliği)	19	63.3	11	36.7
Görme	16	53.3	14	46.7
Kişilikte değişiklik	16	53.3	14	46.7
Büyük abdestini kaçırma	17	56.7	13	43.3
Konuşarak anlaşma	14	46.7	16	53.3
Kilo kaybı	14	46.7	16	53.3
Anlamsız işler yapma	14	46.7	16	53.3
Uykusuzluk	14	46.7	16	53.3
Yeme	12	40.0	18	60.0
Olmayan şeyleri görme ya da duyma	12	40.0	18	60.0
Evin içinde ya da dışında amaçsız dolaşma	12	40.0	18	60.0
Çevresindeki insanlardan kuşkulama	10	33.3	20	66.7
İlaçlarını içme	10	33.3	20	66.7
Kendine ve başkalarına zarar verme	4	13.3	26	86.7

Birincil bakım verenlerin demansı olan yaşlıya ilişkin belirttiği en sık yaşanan sorunlar sırası ile “unutkanlık” (%93.3), “eşyalarını tutma” (%80.0), “idrara kaçırma”, “eşyalarını bulma” ve “kişileri tanıma” (%73.3) olduğu görülmüştür. Tablo incelendiğinde “kendine ve başkalarına zarar verme” yaşlılarda en az görülen bir sorun (%13.3) olarak yer almıştır.

Demansı olan yaşlıların birincil bakım verenleri ile eğitim öncesi yapılan odak grup görüşmesinde **demans hastalığının belirtilerine bağlı olarak yaşının yaşına uygun davranışlar gösterememesi nedeni ile bakım verenlerin sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir.** Bakım verenlerin “*Kayınvalide sıfatının bir anlamı kalmadı bebek gibi.... mamasını veriyorum, altını temizliyorum*”(Bakım veren 2)“*Alzheimer olduğu için bırakamıyorsunuz kendisine zarar verir diye*”(Bakım veren 2) “*.....önüne geçerse yiyor bi anlık dalmışım peçete ile ağzını silsin diye peçeteyi ağzına almış*”(Bakım veren 1) “*Bir misafir gelince balgamını orta yere tükürüyor onlar da tiksiniyorlardır bir daha gelmiyorlar*”(Bakım veren 4) gibi ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir. Yaşanan bu sıkıntılar karşısında bakım verenlerin ürettiği çözümler arasında; yaşlının özbakımını tamamen üstlenmek, evin kapısını kilitlemek, yalnız bırakmamak, hep “gözü üstünde olmak” gibi girişimlerin yer aldığı görülmüştür.

Demansı olan yaşlının evde bakımında bakım sorumluluğunu paylaşan kişilerin katılımlarına ilişkin bulgular Tablo 4.4., 4.5., ve 4.6.’da verilmektedir.

İlk tabloda (Tablo 4.4) demansı olan yaşlının kendi bakımları ve ev ile ilgili üstlendiği işler görülmektedir.



**Tablo 4.4.** Demansı Olan Yaşlıların Öz Bakımları İle İlgili Üstlendiği Etkinliklerin Eğitim Öncesi, Sonrası, 1. ve 2. İzlem Sonuçlarına Göre Dağılımı

Öz Bakım İle İlgili Etkinlikler	Eğitim Öncesi (N=30)		Eğitim Sonrası (N=30)		P*	1. İzlem (N=30) (1. Ay)		P*	2. İzlem (N=30) (2. Ay)		P*
	Yapan	Yapmayan	Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan	
	El yüz yıkama	16 (53.3)	14 (46,7)	17 (56.6)		13 (43,3)	1.000		17 (56.6)	13 (43,3)	
Giyinme-soyunma	10 (33.3)	20 (66,7)	10(33.3)	20 (66,7)	1.000	10 (33.3)	20 (66,7)	1.000	10 (33.3)	20 (66,7)	1.000
Saç tarama	1 (3,3)	29 (96,7)	1 (3,3)	29 (96,7)	1.000	1 (3,3)	29 (96,7)	1.000	1 (3,3)	29 (96,7)	1.000
Tıraş olma	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Diş bakımı	8 (26,7)	22 (73,3)	8 (26,7)	22 (73,3)	1.000	8 (26,7)	22 (73,3)	1.000	8 (26,7)	22 (73,3)	1.000
Tırnak bakımı	1 (3,3)	29 (96,7)	1 (3,3)	29 (96,7)	1.000	1 (3,3)	29 (96,7)	1.000	1 (3,3)	29 (96,7)	1.000
Tuvalete gitme	12 (40.0)	18 (60,0)	13 (43.3)	17 (56,7)	1.000	13 (43.3)	17 (56,7)	1.000	13 (43.3)	17 (56,7)	1.000
Taret alma	12(40.0)	18 (60,0)	13 (43.3)	17 (56,7)	1.000	13 (43.3)	17 (56,7)	1.000	13 (43.3)	17 (56,7)	1.000
Yemek yeme	14 (46.6)	16 (46.6)	15 (50.0)	15 (50.0)	1.000	15 (50.0)	15 (50.0)	1.000	15 (50.0)	15 (50.0)	1.000
İlaçlarını alma	5 (16.7)	25 (83,3)	4 (13.3)	26 (86,7)	1.000	4 (13.3)	26 (86,7)	1.000	4 (13.3)	26 (86,7)	1.000
Oturma- kalkma	10 (33.4)	20 (66,7)	11 (36.7)	19 (63,3)	1.000	11 (36.7)	19 (63,3)	1.000	11 (36.7)	19 (63,3)	1.000
Banyo yapma	3 (10.0)	27 (90.0)	2 (6.6)	28 (93,3)	1.000	2 (6.6)	28 (93,3)	1.000	2 (6.6)	28 (93,3)	1.000
Namaz kılma	6 (20.0)	24 (80.0)	6 (20.0)	24 (80.0)	1.000	5 (16.7)	25 (83,3)	1.000	5 (16.7)	25 (83,3)	1.000
Yatma- kalkma	10 (33.3)	20 (66,7)	9 (30.0)	21 (70.0)	1.000	9 (30.0)	21 (70.0)	1.000	9 (30.0)	21 (70.0)	1.000
Ayakkabılarını giyme	6 (20.0)	24 (80.0)	5 (16.6)	25 (83,3)	1.000	5 (16.6)	25 (83,3)	1.000	5 (16.6)	25 (83,3)	1.000

\*Eğitim sonrası ile karşılaştırılıp, Mc-Nemar testi yapılmıştır.

\*\* Test yapılamamıştır.

**Tablo 4.4.** Demansı Olan Yaşlıların Ev İle İlgili Üstlendiği Etkinliklerin Eğitim Öncesi, Sonrası, 1. ve 2. İzlem Sonuçlarına Göre Dağılımı (Devamı)

Ev İle İlgili Etkinlikler	Eğitim Öncesi (N=30)		Eğitim Sonrası (N=30)		P*	1. İzlem (N=30) (1. Ay)		P*	2. İzlem (N=30) (2. Ay)		P*
	Yapan	Yapmayan	Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan	
Bir yere gitme	4 (13.3)	26 ( 86.7)	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000
Evden çıkıp, araca binme	3 (10.0)	27 (90.0)	3 (10.0)	27 (90.0)	1.000	3 (10.0)	27 (90.0)	1.000	3 (10.0)	27 (90.0)	1.000
Sağlık kuruluşuna gitme	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1.000	1 (3.3)	29 (96.7)	1.000	1 (3.3)	29 (96.7)	1.000
Alışveriş yapma	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Kömür getirme	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Soba yakma	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Ev temizleme	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Yemek pişirme	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Bulaşık yıkama	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Çamaşır yıkama	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**

\* Eğitim sonrası ile karşılaştırılıp, Mc-Nemar testi yapılmıştır.

\*\* Test yapılamamıştır.

Tablo 4.4’de eğitim öncesi yaşlıların öz bakımlarına yönelik en sıklıkla üstlendikleri işlerin el-yüz yıkama (%53.3), tuvalete gitme (%40.0), taret alma (%40.0) ve yemek yeme (%46.6) (dört uğraş), ardından oturma (%33.4) yatma-kalkma (%33.3) (iki uğraş) gibi işler olduğu görülmüştür. Tıraş olmanın hiç bir yaşlı tarafından gerçekleştirilmediği, saç tarama ve tırnak bakımının (%3.3) birer yaşlı tarafından üstlenildiği ve ancak üç yaşlının (%10.0) kendi banyosunu yapabildiği belirlenmiştir. Bu durum eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde artma azalma şeklinde sayısal değişim göstermiş olsa da bu değişimler istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Aynı tabloda eğitim öncesi bir yere gitme, evden çıkıp arabaya binme ve sağlık kuruluşuna gitme gibi (üç uğraş) kendi bakımı ile ilgili ev işlerini çok az sayıda kişinin (1-4 kişi) yapabildiği belirlenmiştir. Bu durum eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde sayısal bir değişim göstermiş olsa da değişimler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.5’de birincil bakım verenlerin yaşlının bakımı ile ilgili üstlendiği işlere göre dağılımı verilmektedir.

**Tablo 4.5.** Birincil Bakım Verenlerin Demansı Olan Yaşlının Öz Bakımı İle İlgili Üstlendiği Etkinliklerin Eğitim Öncesi, Sonrası, 1. ve 2. İzlem Sonuçlarına Göre Dağılımı

Öz Bakım İle İlgili Etkinlikler	Eğitim Öncesi (N=30)		Eğitim Sonrası (N=30)		P*	1. İzlem (N=30) (1. Ay)		P*	2. İzlem (N=30) (2. Ay)		P*
	Yapan	Yapmayan	Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan	
El yüzünü yıkamak	20 (66.6)	10 (33.3)	21 (70.0)	9 (30.0)	1.000	19 (63.3)	11 (36.7)	0.500	19 (63.3)	11 (36.7)	0.687
Giydirme-soyma	28 (93.3)	2 (6.7)	26 (86.7)	4 (13.3)	0.500	28 (93.3)	2 (6.7)	0.500	28 (93.3)	2 (6.7)	0.500
Saçını tarama	27 (90.0)	3 (10.0)	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	0.500	29 (96.7)	1 (3.3)	0.500
Tıraş etme	27 (90.0)	3 (10.0)	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000
Diş bakımı	19 (63.3)	11 (36.7)	21 (70.0)	9 (30.0)	0.500	21 (70.0)	9 (30.0)	1.000	21 (70.0)	9 (30.0)	1.000
Tırnak bakımı	28 (93.3)	2 (6.7)	26 (86.6)	4 (13.3)	0.500	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000
Tuvalete götürme	24 (80.0)	6 (20.0)	22 (73.4)	8 (26.7)	0.500	22 (73.3)	8 (26.7)	1.000	22 (73.3)	8 (26.7)	1.000
Taret aldırma	20 (66.6)	10 (33.3)	18 (60.0)	12 (40.0)	0.500	17 (56.7)	13 (43.3)	1.000	17 (56.7)	13 (43.3)	1.000
Yemek yedirme	20 (66.6)	10 (33.3)	19 (63.3)	11 (36.7)	1.000	20 (66.6)	10 (33.3)	1.000	20 (66.6)	10 (33.3)	1.000
İlaçlarını verme	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000
Oturtmak- kaldırmak	21 (70.0)	9 (30.0)	22 (73.4)	8 (26.7)	1.000	22 (73.4)	8 (26.7)	1.000	22 (73.4)	8 (26.7)	1.000
Banyo yaptırma	28 (93.3)	2 (6.7)	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000
Yatırma- kaldırma	26 (86.7)	4 (13.3)	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000
Ayakkabılarını giydirmeye	27 (90.0)	3 (10.0)	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000

\*Eğitim sonrası ile karşılaştırılıp, Mc-Nemar testi yapılmıştır.

**Tablo 4.5.** Birincil Bakım Verenlerin Demansı Olan Yaşlının Ev İle İlgili Üstlendiği Etkinliklerin Eğitim Öncesi, Sonrası, 1. ve 2. İzlem Sonuçlarına Göre Dağılımı (Devamı)

Ev İle İlgili Etkinlikler	Eğitim Öncesi (N=30)		Eğitim Sonrası (N=30)		P*	1. İzlem (N=30) (1. Ay)		P*	2. İzlem (N=30) (2. Ay)		P*
	Yapan	Yapmayan	Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan	
Yaşlının bir yere götürülmesi	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000
Yaşlının evden çıkıp araca bindirilmesi	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000
Yaşlının sağlık kuruluşuna götürülmesi	28 (93.3)	2 (6.7)	26 (86.7)	4 (13.3)	0.500	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000
Alış veriş yapma	24 (80.0)	6 (20.0)	24 (80.0)	6 (20.0)	1.000	25 (83.3)	5 (16.7)	1.000	25 (83.3)	5 (16.7)	1.000
Kömür getirme	28 (93.3)	2 (6.7)	28 (93.3)	2 (6.7)	1.000	28 (93.3)	2 (6.7)	1.000	28 (93.3)	2 (6.7)	1.000
Soba yakma	28 (93.3)	2 (6.7)	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	28 (93.3)	2 (6.7)	1.000	28 (93.3)	2 (6.7)	1.000
Ev temizleme	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000
Yemek pişirme	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000
Bulaşık yıkama	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000
Çamaşır yıkama	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000	29 (96.7)	1 (3.3)	1.000
Yanında durmak	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	**	30 (100)	0 (0.0)	**	30 (100)	0 (0.0)	**

\*Eğitim sonrası ile karşılaştırılıp, Mc-Nemar testi yapılmıştır.

\*\* Test yapılamamıştır.

Tablo 4.5’de eğitim öncesinde yaşlıların öz bakımları ile ilgili işlerin birincil bakım verenler tarafından üstlenildiği belirlenmiştir. Diğer taraftan bazı yaşlıların öz bakımları ile ilgili işleri yapabilmeleri doğrultusunda (el-yüz yıkama, diş bakımı, tuvalete gitme, taret alma, yemek yeme ve oturma kalkma gibi Tablo 4.4) bu işlerin bakım verenler tarafından daha az üstlenildiği görülmüştür. Ancak bu durum sayısal bir değişim olarak kalmış ve istatistiksel olarak önemli bir fark sergilememiştir. Benzer durum eğitim sonrası, 1. ve 2. İzlemlerde de sergilenmiştir ( $p>0.05$ ).

Aynı tabloda eğitim öncesi, yaşlının bakımına yönelik ev ile ilgili işlerin tamamı birincil bakım verenler tarafından üstlenildiği saptanırken benzer bir biçimde bu durum sayısal bir değişim olarak kalmış ve istatistiksel olarak önemli bir fark göstermemiştir. Benzer durum eğitim sonrası, 1. ve 2. İzlemlerde de sergilenmiştir ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.6’da birincil bakım verenlere yaşlının evde bakımında yardımcı olan başka kişilerin üstlendiği işler görülmektedir.

**Tablo 4.6.** Birincil Bakım Verene Yardım Edenlerin Demansı Olan Yaşlının Öz Bakımı İle İlgili Üstlendiği Etkinliklerin Eğitim Öncesi, Sonrası, 1. ve 2. İzlem Sonuçlarına Göre Dağılımı

Öz Bakım İle İlgili Etkinlikler	Eğitim Öncesi (N=30)		Eğitim Sonrası (N=30)		P*	1. İzlem (N=30) (1. Ay)		P*	2. İzlem (N=30) (2. Ay)		P*
	Yapan	Yapmayan	Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan	
Elini yüzünü yıkamak	0 (0.0)	30 (100)	9 (30.0)	21 (70.0)	**	9 (30.0)	21 (70.0)	1.000	9 (30.0)	21 (70.0)	1.000
Giydirme-soyma	0 (0.0)	30 (100)	11 (36.7)	19 (63.3)	**	14 (46.7)	16 (53.3)	0.250	14 (46.7)	16 (53.3)	0.508
Saç tarama	0 (0.0)	30 (100)	9 (30.0)	21 (70.0)	**	10 (33.3)	20 (66.7)	1.000	10 (33.3)	20 (66.7)	1.000
Tıraş olma	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1.000	4 (13.3)	26 (86.7)	0.250	4 (13.3)	26 (86.7)	0.250
Diş bakımı	1 (3.3)	29 (96.7)	4 (13.3)	26 (86.7)	0.250	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000
Tırnak bakımı	4 (13.3)	26 (86.7)	7 (23.3)	23 (76.6)	0.250	7 (23.3)	23 (76.6)	1.000	7 (23.3)	23 (76.6)	1.000
Tuvalete götürme	2 (6.7)	28 (93.3)	1 (3.3)	29 (96.7)	1.000	2 (6.7)	28 (93.3)	1.000	2 (6.7)	28 (93.3)	1.000
Taret aldırma	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)	1.000	2 (6.7)	28 (93.3)	1.000	2 (6.7)	28 (93.3)	1.000
Yemek yedirme	1 (3.3)	29 (96.7)	6 (20.0)	24 (80.0)	0.062	6 (20.0)	24 (80.0)	1.000	6 (20.0)	24 (80.0)	1.000
İlaçlarını verme	2 (6.7)	28 (93.3)	5 (16.7)	25 (83.3)	0.250	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000
Oturtma- kaldırma	1 (3.3)	29 (96.7)	2 (6.7)	28 (93.3)	1.000	2 (6.7)	28 (93.3)	1.000	2 (6.7)	28 (93.3)	1.000
Banyo yaptırma	5 (16.7)	25 (83.3)	6 (20.0)	24 (80.0)	1.000	6 (20.0)	24 (80.0)	1.000	6 (20.0)	24 (80.0)	1.000
Yatırma- kaldırma	0 (0.0)	30 (100)	3 (10.0)	27 (90.0)	1.000	4 (13.3)	26 (86.7)	1.000	4 (13.3)	26 (86.7)	1.000
Ayakkabılarını giydirmeye	0 (0.0)	30 (100)	4 (13.3)	26 (86.7)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000

\*Eğitim sonrası ile karşılaştırılıp, Mc-Nemar testi yapılmıştır./\*\* Test yapılamamıştır.

**Tablo 4.6.** Birincil Bakım Verene Yardım Edenlerin Demansı Olan Yaşlının Ev İle İlgili Üstlendiği Etkinliklerin Eğitim Öncesi, Sonrası, 1. ve 2. İzlem Sonuçlarına Göre Dağılımı (Devamı)

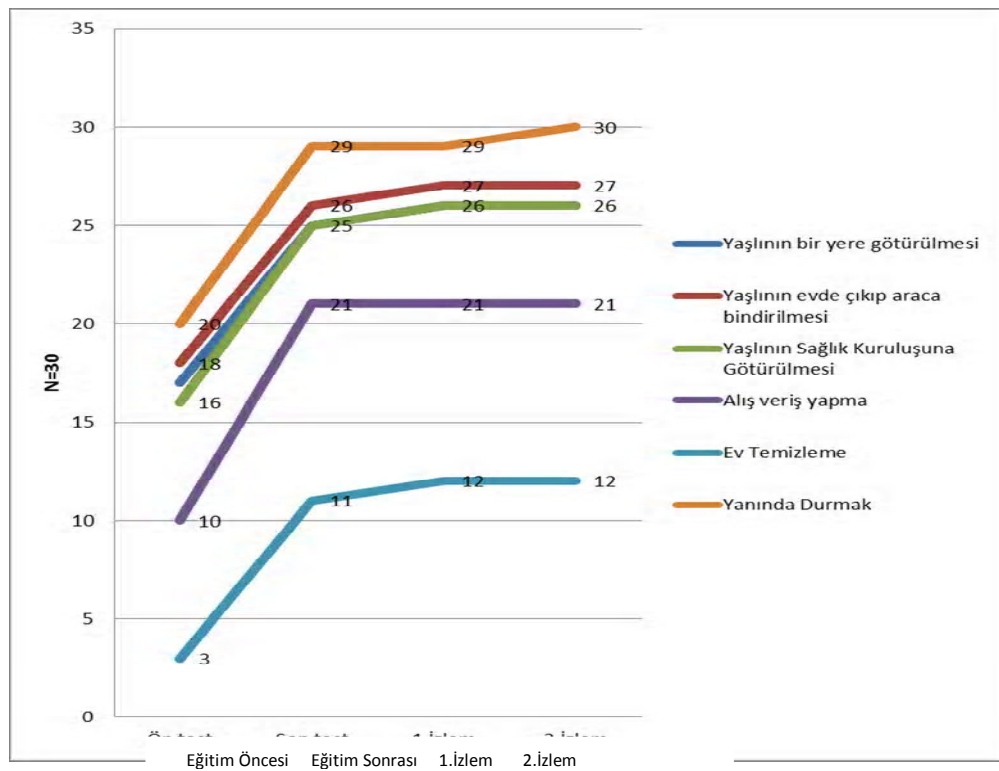
Ev İle İlgili Etkinlikler	Eğitim Öncesi (N=30)		Eğitim Sonrası (N=30)		P*	1. İzlem (N=30) (1. Ay)		P*	2. İzlem (N=30) (2. Ay)		P*
	Yapan	Yapmayan	Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan		Yapan	Yapmayan	
Yaşlının bir yere götürülmesi	17 (56.7)	13 (43.3)	25 (83.3)	5 (16.7)	<b>0.021</b>	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000
Yaşlının evden çıkıp araca bindirilmesi	18 (60.0)	12 (40.0)	26 (86.7)	4 (13.3)	<b>0.008</b>	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000	27 (90.0)	3 (10.0)	1.000
Yaşlının sağlık kuruluşuna götürülmesi	16 (53.3)	14 (46.7)	25 (83.3)	5 (16.7)	<b>0.004</b>	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000	26 (86.7)	4 (13.3)	1.000
Alış veriş yapma	10 (33.3)	20 (66.7)	21 (70.0)	9 (30.0)	<b>0.001</b>	21 (70.0)	9 (30.0)	1.000	21 (70.0)	9 (30.0)	1.000
Kömür getirme	4 (13.3)	26 (86.7)	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000
Soba yakma	4 (13.3)	26 (86.7)	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000
Ev temizleme	3 (10.0)	27 (90.0)	11 (36.6)	19 (63.3)	<b>0.021</b>	12 (40.0)	18 (60.0)	1.000	12 (40.0)	18 (60.0)	1.000
Yemek pişirme	3 (10.0)	27 (90.0)	7 (23.3)	23 (76.7)	0.125	7 (23.3)	23 (76.7)	1.000	7 (23.3)	23 (76.7)	1.000
Bulaşık yıkama	4 (13.3)	26 (86.7)	8 (26.6)	22 (73.3)	0.125	9 (30.0)	21 (70.0)	1.000	9 (30.0)	21 (70.0)	1.000
Çamaşır yıkama	3 (10.0)	27 (90.0)	5 (16.7)	25 (83.3)	0.500	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000	5 (16.7)	25 (83.3)	1.000
Yanında durmak	20 (66.7)	10 (33.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	<b>0.004</b>	30 (100)	0 (0.0)	1.000	30 (100)	0 (0.0)	<b>**</b>

\*Eğitim sonrası ile karşılaştırılıp, Mc-Nemar testi yapılmıştır.

\*\* Test yapılamamıştır.



Tablo 4.6'da birincil bakım verene yardım edenlerin yaşlının öz bakımı ile ilgili işlerde yer almadıkları görülmüştür. Ancak yaşlının bakımına yardım eden bu kişilerin eğitim öncesi-eğitim sonrası arasında yaşlının öz bakımı ile ilgili bazı (el-yüz yıkama, giydirme-soyuma, tırnak bakımı, yemek yedirme, ilaç verme, oturma-kaldırma, banyo yaptırma, saç tarama, tıraş etme, diş bakımı, tırnak bakımı ve ayakkabılarını giydirme) işleri üstlenmelerinde sayısal bir fark belirlenmişse de bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Belirlenen bu sayısal farkın 1. ve 2. İzlemlerde korunarak sürdürüldüğü görülmüştür.



**Grafik 4.1.** Birincil Bakım Verenlere Yardım Edenlerin Ev ile İlgili Üstlendiği İşlerde Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemlerde İstatistiksel Fark Olduğu Belirlenen İşler

Birincil bakım verene yardım edenlerin eğitim öncesi ev ile ilgili işlerden daha çok yaşlının bir yere götürülmesi (%56.7), evden çıkartılıp araca bindirilmesi (%60.0), sağlık kuruluşuna götürülmesi (%53.3) ve alış-veriş yapma (%33.3) gibi ev dışındaki işleri üstlendikleri belirlenmiştir. Üstlenilen bu işlerde eğitim öncesi ile eğitim sonrası bulguları arasında fark olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (yaşlıyı bir yere götürme  $p<0.05$ , evden çıkartılıp araca bindirilmesi  $p<0.01$ , sağlık kuruluşuna götürülmesi  $p<0.01$  ve alış-veriş yapma  $p<0.01$ ). Belirlenen

bu istatistiksel farkın 1. ve 2. izlemlerde korunarak sürdürüldüğü görülmüştür (Tablo 4.6, Grafik 4.1).

Yaşlının bakımına ev dışındaki işlerle katkı sağlayan “bakıma yardım edenlerin” ev temizleme (%10.0) gibi eğitim öncesi çok sık üstlenmedikleri ve “göz-kulak” olma anlamında yaşlının yanında durma (%66.7) gibi eğitim öncesi daha sık üstlendikleri ev içi işlerde eğitim öncesi ile eğitim sonrası bulguları arasında sayısal bir fark görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur (ev temizleme  $p<0.05$  ve “göz-kulak” olma anlamında yaşlının yanında durma  $p<0.01$ ). Belirlenen bu istatistiksel farkın 1. ve 2. izlemlerde korunarak sürdürüldüğü görülmüştür.

Diğer bir deyişle bakımda yardımcı olan kişilerin, yaşlının evden çıkarılması-araca bindirilmesi, sağlık kuruluşuna götürülmesi, alış veriş yapma, ev temizleme ve göz-kulak olma anlamında yaşlının yanında durma gibi işlerdeki katılımları artmıştır. Bu katılım artışı eğitim sonrası aşamasında istatistiksel olarak önemli bir artış olduğu saptanmıştır. Belirlenen bu istatistiksel artışın 1. ve 2. izlemlerde korunarak sürdürüldüğü görülmüştür.

Birincil bakım verenlere yardım edenlerin yaşlının bakımında üstlendiği diğer ev işlerinde (yemek pişirmek, bulaşık-çamaşır yıkama) eğitim öncesi eğitim sonrası verileri arasında sayısal bir fark görülmüşse de bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ancak eğitim sonrası bu sayısal artışın 1. ve 2. izlemlerde de korunarak sürdürüldüğü belirlenmiştir.

Bu bölümden itibaren bulgular birincil bakım verenlerin NSM'nin beş boyutuna göre (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel, manevi) bakım verme koşullarından nasıl etkilendiklerine (eğitim öncesi), bakım yükünün azaltılmasına yönelik yapılan uygulamaların etkisine (eğitim sonrası) ilişkin, görüşme ve odak grup görüşme yöntemleri ile elde edilen eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim sonrasında birer ay ara ile yapılan 1. izlem ve 2. izlem bulgularını içermektedir.

Tablo 4.7’de birincil bakım verenlerin fizyolojik özellikleri sunulmaktadır.

**Tablo 4.7.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Fizyolojik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	N=30	
	Sayı	%
<b>Tanı Koyulmuş Hastalık Durumu</b>		
Var	23	76,7
Yok	7	23,3
<b>Hastalık Durumu ( n=23) *</b>		
Hipertansiyon	10	34.5
Depresyon	5	17.2
Yüksek kolestrol	4	13.8
Bel fıtığı	3	10.3
Astım	2	6.9
Anemi	2	6.9
Varis	1	3.4
Kemik erimesi	1	3.4
Romatizma	1	3.4
<b>Kullanılan İlaç ( n=15)**</b>		
Antihipertansif	8	53.4
Antidepresan	5	33.4
Diğer ilaçlar ***	2	13.3

\*Birden fazla yanıt verilmiştir

\*\*İlaç kullananlar

\*\*\* Kolesterol ve anemi ilaçları

Birincil bakım veren toplam 30 kişinin 23'ünün (%76,7) tanı koyulmuş bir hastalığı olduğu ve 15'inin ilaç kullandığı belirlenmiştir. Tanı koyulan hastalıkların başında da hipertansiyonun (%34.5) geldiği, bu tanıya bağlı olarak çoğunluğunun hipertansiyon ilaçları kullandıkları (%53.4) görülmüştür. İkinci sırada depresyon tanısı alan bakım verenlerin (%33.4) hepsinin antidepresan bir ilaç kullandıkları belirlenmiştir.

Birincil bakım verenlerin fizyolojik özellikleri ile ilgili olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri Tablo 4.8'de görülmektedir.

**Tablo 4.8.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Kendi Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

Sağlık Durumunu Değerlendirme	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (N=30) (1. Ay)		2. İzlem(N=30) (2. Ay)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	10	33.3	30	100	30	100	30	100
Orta	17	56.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kötü	3	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Tablo 4.8’de demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlerin %56.7’sinin eğitim öncesi sağlık durumlarını “orta” olarak değerlendirirken, eğitim sonrası tamamı (%100) “iyi” olarak değerlendirmiş ve 1. ve 2. izlemde aynı “iyi” değerlendirmenin sürdüğü görülmüştür.

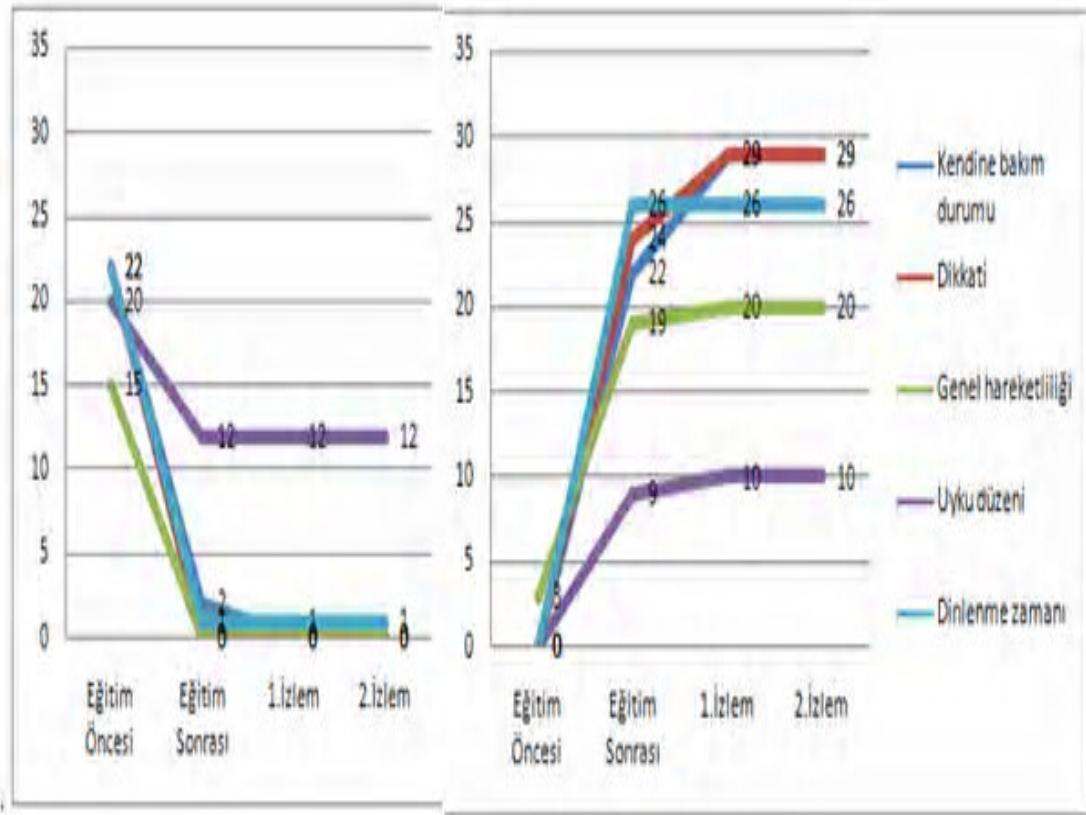
Tablo 4.9’da ve Grafik 4.2-4.3.’de NSM’nin beş boyutundan ilki olan fizyolojik özelliklere göre birincil bakım verenlerin dağılımı sunulmaktadır.

**Tablo 4.9.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemlerde Yaşadıkları Fizyolojik Özelliklere Göre Dağılımı

Fizyolojik Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendine bakım verme durumu	Azaldı	22	73.3	2	6.7	0	0.0	0	0.0
	Aynı	8	26.7	6	20.0	1	3.3	1	3.3
	Arttı	0	0.0	22	73.3	29	96.7	29	96.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Dikkati	Azaldı	22	73.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	8	26.7	6	20.0	1	3.3	1	3.3
	Arttı	0	0.0	24	80.0	29	96.7	29	96.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Genel hareketliliği	Azaldı	15	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	11	36.7	11	36.7	10	33.3	10	33.3
	Arttı	3	10.0	19	63.3	20	66.7	20	66.7
	Böyle bir şey yaşamadı	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yorgunluğu	Azaldı	0	0.0	29	96.7	29	96.7	29	96.7
	Aynı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Arttı	30	100.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Uyku düzeni	Azaldı	20	66.7	12	40.0	12	40.0	12	40.0
	Aynı	10	33.3	9	30.0	8	26.7	8	26.7
	Arttı	0	0.0	9	30.0	10	33.3	10	33.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kendi sağlık kontrollerine gitmesi	Azaldı	13	43.3	6	20.0	3	10.0	3	10.0
	Aynı	16	53.3	14	46.7	8	26.7	8	26.7
	Arttı	1	3.3	10	33.3	19	63.3	19	63.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Dişlerine bakması	Azaldı	14	46.7	1	3.3	0	0.0	0	0.0
	Aynı	16	53.3	10	33.3	3	10.0	3	10.0
	Arttı	0	0.0	19	63.3	27	90.0	27	90.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yeme düzeni	Azaldı	8	26.7	5	16.7	5	16.7	5	16.7
	Aynı	21	70.0	22	73.3	21	70.0	21	70.0
	Arttı	1	3.3	3	10.0	4	13.3	4	13.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İştahı	Azaldı	10	33.3	6	20.0	5	16.7	5	16.7
	Aynı	19	63.3	20	66.7	20	66.7	20	66.7
	Arttı	1	3.3	4	13.3	5	16.7	5	16.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kilosu	Azaldı	11	36.7	10	33.3	10	33.3	10	33.3
	Aynı	12	40.0	12	40.0	12	40.0	12	40.0
	Arttı	7	23.3	8	26.7	8	26.7	8	26.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

**Tablo 4.9.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Fizyolojik Özelliklere Göre Dağılımı (Devamı)

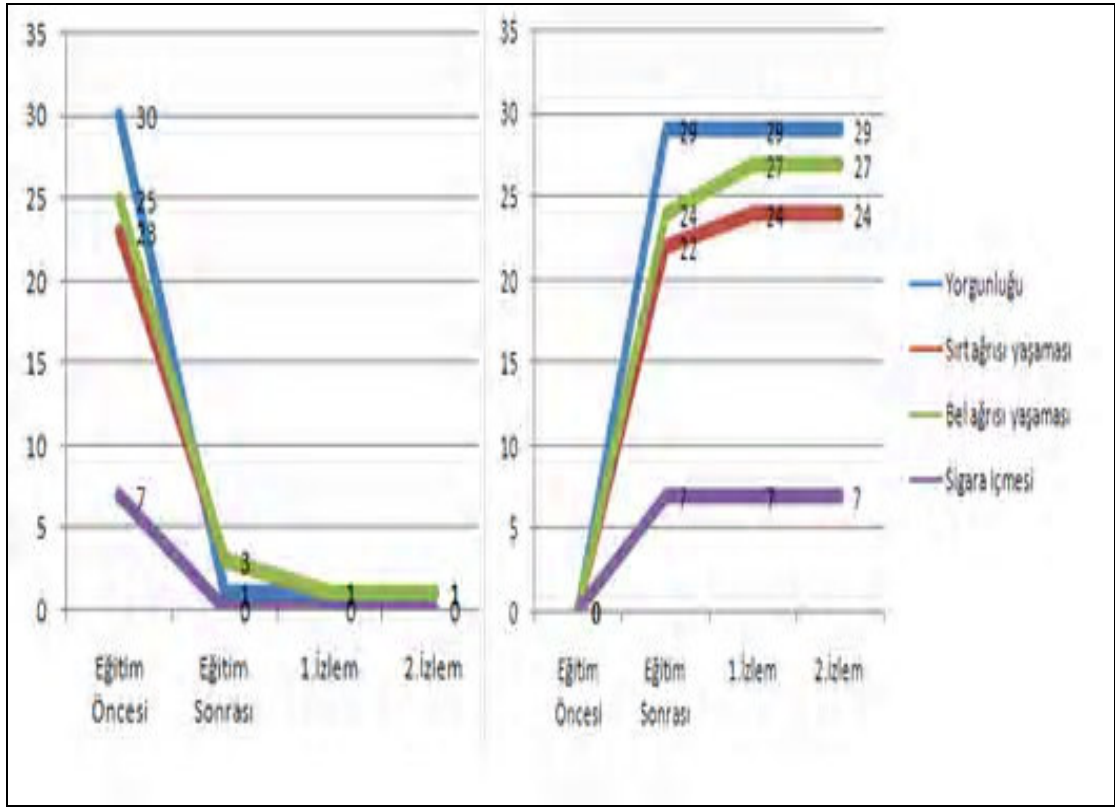
Fizyolojik Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bağırsak alışkanlığı	Azaldı	10	33.3	8	26.7	8	26.7	8	26.7
	Aynı	19	63.3	19	63.3	19	63.3	19	63.3
	Arttı	1	3.3	3	10.0	3	10.0	3	10.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Bol su içmesi	Azaldı	4	13.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	17	56.7	15	50.0	15	50.0	15	50.0
	Arttı	9	30.0	15	50.0	15	50.0	15	50.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İdrar yapma alışkanlığı	Azaldı	2	6.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	16	53.3	16	53.3	16	53.3	16	53.3
	Arttı	12	40.0	13	43.3	13	43.3	13	43.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Sırt ağrısı yaşaması	Azaldı	0	0.0	22	73.3	24	80.0	24	80.0
	Aynı	3	10.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Arttı	23	76.7	3	10.0	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	4	13.3	4	13.3	4	13.3	4	13.3
Bel ağrısı yaşaması	Azaldı	0	0.0	24	80.0	27	90.0	27	90.0
	Aynı	4	13.3	2	6.7	1	3.3	1	3.3
	Arttı	25	83.3	3	10.0	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Sık hasta olma durumu	Azaldı	0	0.0	12	40.0	14	46.7	14	46.7
	Aynı	15	50.0	14	46.7	13	43.3	13	43.3
	Arttı	13	43.3	2	6.7	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	2	6.7	2	6.7	2	6.7	2	6.7
Sigara içmesi	Azaldı	0	0.0	7	23.3	7	23.3	7	23.3
	Aynı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Arttı	7	23.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	23	76.7	23	76.7	23	76.7	23	76.7
Alkol kullanması	Azaldı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Arttı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	30	100.0	30	100.0	30	100.0	30	100.0
Cinsel yaşantısı	Azaldı	8	26.7	8	26.7	8	26.7	8	26.7
	Aynı	15	50.0	15	50.0	15	50.0	15	50.0
	Arttı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	7	23.3	7	23.3	7	23.3	7	23.3
Adet görmesi	Azaldı	9	30.0	9	30.0	9	30.0	9	30.0
	Aynı	16	53.3	16	53.3	16	53.3	16	53.3
	Arttı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	5	16.7	5	16.7	5	16.7	5	16.7
Dinlenme zamanı	Azaldı	22	73.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	8	26.7	3	10.0	3	10.0	3	10.0
	Arttı	0	0.0	26	86.7	26	86.7	26	86.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0



**Grafik 4.2.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Azaldı” Olarak İfade Ettikleri Fizyolojik Özelliklerin Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemleri

Tablo 4.9 ve Grafik 4.2’deki birincil bakım verenlerin yaşadıkları fizyolojik özelliklerin dağılımına göre, birincil bakım verenlerin eğitim öncesi kendi bakımı, dinlenme zamanı, dikkati (%73.3), genel hareketliliği (%50.0), uyku düzeni (%66.7) gibi özelliklerden yana “azalma” olduğu görülmüştür. Birincil bakım verenlerin yaşamlarında olumsuz değişim gösterdiğini belirttikleri bu beş özelliğin, eğitim sonrası ya tamamen giderildiği ya da belirgin bir azalma gösterdiği (kendi bakımı %73.3-%6.7, dikkati %73.3-%0.0, genel hareketlilik %50.0-%0.0, uyku düzeni %66.7-%40.0, dinlenme zamanı %73.3-%3.3), aynı olumlu yöndeki değişimin 1. ve 2. izlemlerde de sürdüğü ya da korunduğu saptanmıştır.

Grafik 4.3’de ve Tablo 4.9’da birincil bakım verenlerin eğitim öncesi “arttığını” belirttikleri fizyolojik özelliklerin eğitim sonrası 1. ve 2. izlemleri verilmektedir.



**Grafik 4.3.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Arttı” Olarak Belirttikleri Fizyolojik Özellikler Eğitim Sonrası, 1. ve 2. İzlemleri

Grafik 4.3’de birincil bakım verenlerin demansı olan yaşlısına evde bakarken “arttığını” belirttiği fizyolojik özellikler yorgunluk (%100), sırt (%76.7), bel ağrısı (%83.3) ve sigara kullanımı (%23.3) dır. Eğitim öncesi arttığı belirtilen bu dört fizyolojik özellik, eğitim sonrası ya tamamen giderildiği ya da belirgin bir azalma gösterdiği (yorgunluk %100.0-%3.3, sırt ağrısı %76.7-%10.0, bel ağrısı %83.3-%10.0, sigara kullanma %23.3-%0.0) aynı azalmanın 1. ve 2. izlemlerde de de korunduğu belirlenmiştir.

Birincil bakım verenlerin demansı olan yaşlısına evde bakarken hiç bir değişiklik olmadığı belirtilen yani “aynı” kalan fizyolojik özelliklerinin sayısı ve çeşidinin yüksek olduğu (11 özellik) görülmüştür. Aynı kaldığı belirtilen fizyolojik özelliklerden sekizinin (yeme düzeni, iştah, kilo, bağırsak ve idrar alışkanlığı, bol su içme, cinsel yaşam ve adet görme) eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. izlem ve 2. izlem arasında hiç bir fark göstermeden aynen sürdüğü saptanmıştır. Diğer üç fizyolojik özellikte (kendi sağlık kontrollerine gitme, dişlerine bakma ve sık hasta olma durumu) eğitim öncesi, eğitim sonrası arasında görülen azalma ya 1. izlem ve 2. izlem arasında da sürdürülmüş ya da eğitim sonrasındaki değerler 1. ve 2. izlemlerde korunmuştur.



Birincil bakım verenlerden %76.7'si sigara içme ve %100 alkol kullanma gibi durumların kendileri ile ilgili bir özellik olmadığını belirtmişlerdir.

Birincil bakım verenlerle eğitim öncesi, eğitim sonrası aşamalarında yapılan odak grup görüşmesinde, eğitim öncesi birincil bakım verenlerin **vücut mekaniklerini kullanamama ve gerginliğe bağlı vücut ağrıları yaşadıkları belirlenmiştir.** Bakım verenlerin “*Bel ağrılarım arttı, hiç bir iş yapamıyorum, eyiliyor kalkamıyorum öğlece kalıyorum*”(Bakım veren 1) “*Boyun ağrılarım çok fazla boynumu sağa sola çeviremiyorum. Tabi anneanneme bakmaktan sırt ağrısı, bel ağrısı yaşıyorum*” (Bakım veren 3) gibi ifadeleri, yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Birincil bakım verenlerin eğitim sonrası odak grup görüşmesinde **sırt, bel ağrısı gibi vücut ağrılarının öğretilen egzersizlerin uygulanması ile azaldığı belirlenmiştir.** Bakım verenlerin “*Baş ağrısı, sırt ağrısı, boyun ağrısı yaşıyorum ama daha azaldı egzersizler iyi geliyor biraz rahatlıyorum*” (Bakım veren 3) “*Bedensel olarak yorgunluk, halsizlik, stres, sinir uykusuzluk yapıyor ama biraz olsun halsizliğim ve yorgunluğumun azaldığını hissediyorum* (Bakım veren 7) gibi ifadeleri, yaşadıklarını örneklendirmektedir.

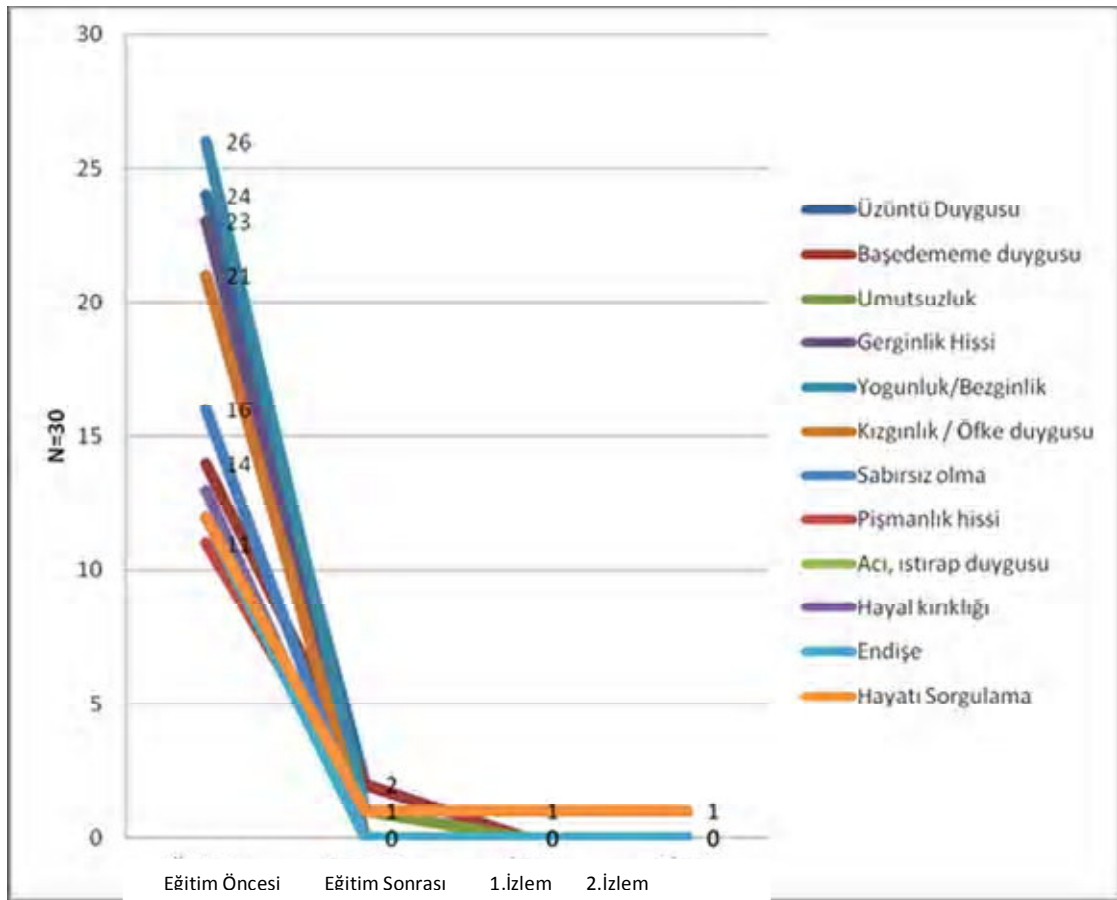
Tablo 4.10’da ve Grafik 4.4’de NSM’nin ikinci boyutu olan psikolojik özelliklere göre birincil bakım verenlerin dağılımı sunulmaktadır.

**Tablo 4.10.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Psikolojik Özelliklere ve Duygulara Göre Dağılımı

Psikolojik Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlıklı karar verebilme	Azaldı	7	23.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	23	76.7	16	63.3	7	23.3	7	23.3
	Arttı	0	0.0	11	36.7	23	76.7	23	76.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Başarılı olma duygusu	Azaldı	14	46.7	2	6.7	1	3.3	1	3.3
	Aynı	15	50.0	11	36.7	7	23.3	7	23.3
	Arttı	1	3.3	17	56.7	22	73.3	22	73.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Değersizlik duygusu	Azaldı	0	0.0	17	56.7	24	80.0	24	80.0
	Aynı	14	46.7	11	36.7	4	13.3	4	13.3
	Arttı	14	46.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	2	6.7	2	6.7	2	6.7	2	6.7
Yetersizlik duygusu	Azaldı	6	20.0	15	50.0	22	73.3	22	73.3
	Aynı	14	46.7	12	40.0	5	16.7	5	16.7
	Arttı	7	23.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	3	10.0	3	10.0	3	10.0	3	10.0
Baş edememe duygusu	Azaldı	1	3.3	14	46.7	21	70.0	21	70.0
	Aynı	11	36.7	10	33.3	5	16.7	5	16.7
	Arttı	14	46.7	2	6.7	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	4	13.3	4	13.3	4	13.3	4	13.3
Üzüntü duygusu	Azaldı	0	0.0	22	73.3	27	90.0	27	90.0
	Aynı	3	10.0	3	10.0	0	0.0	0	0.0
	Arttı	24	80.0	2	6.7	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	3	10.0	3	10.0	3	10.0	3	10.0
Umutsuzluk	Azaldı	0	0.0	20	66.7	23	76.7	23	76.7
	Aynı	4	13.3	4	13.3	2	6.7	2	6.7
	Arttı	21	70.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	5	16.7	5	16.7	5	16.7	5	16.7
Gerginlik hissi	Azaldı	0	0.0	22	73.3	24	80.0	24	80.0
	Aynı	3	10.0	4	13.3	2	6.7	2	6.7
	Arttı	23	76.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	4	13.3	4	13.3	4	13.3	4	13.3
Yorgunluk/Bezginlik	Azaldı	0	0.0	25	83.3	29	96.7	29	96.7
	Aynı	4	13.3	4	13.3	0	0.0	0	0.0
	Arttı	26	86.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kızgınlık/Öfke duygusu	Azaldı	0	0.0	21	70.0	26	86.7	26	86.7
	Aynı	6	20.0	6	20.0	1	3.3	1	3.3
	Arttı	21	70.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	3	10.0	3	10.0	3	10.0	3	10.0
Yanlış anlaşılma duygusu	Azaldı	0	0.0	10	33.3	10	33.3	10	33.3
	Aynı	7	23.3	5	16.7	5	16.7	5	16.7
	Arttı	10	33.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	13	43.3	14	46.7	14	46.7	14	46.7

**Tablo 4.10.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemlerde Yaşadıkları Psikolojik Özelliklere ve Duygulara Göre Dağılımı (Devamı)

Psikolojik Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sabırsızlık	Azaldı	0	0.0	15	50.0	20	66.7	21	70.0
	Aynı	10	33.3	11	36.7	6	20.0	5	16.7
	Arttı	16	53.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	4	13.3	4	13.3	4	13.3	4	13.3
Pişmanlık duygusu	Azaldı	0	0.0	11	36.7	13	43.3	12	40.0
	Aynı	10	33.3	8	26.7	6	20.0	6	20.0
	Arttı	11	36.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	9	30.0	10	33.3	10	33.3	11	36.7
Acı, ıstırap duygusu	Azaldı	0	0.0	13	43.3	14	46.7	15	50.0
	Aynı	10	33.3	8	26.7	7	23.3	7	23.3
	Arttı	12	40.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	8	26.7	8	26.7	8	26.7	7	23.3
Suçluluk duygusu	Azaldı	0	0.0	9	30.0	10	33.3	10	33.3
	Aynı	4	13.3	3	10.0	2	6.7	2	6.7
	Arttı	7	23.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	19	63.3	18	60.0	18	60.0	18	60.0
Çaresizlik duygusu	Azaldı	0	0.0	14	46.7	15	50.0	15	50.0
	Aynı	3	10.0	2	6.7	1	3.3	1	3.3
	Arttı	13	43.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	14	46.7	14	46.7	14	46.7	14	46.7
Baktığı kişiye karşı çelişkili duygular	Azaldı	0	0.0	11	36.7	11	36.7	11	36.7
	Aynı	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Arttı	14	46.7	3	10.0	3	10.0	3	10.0
	Böyle bir şey yaşamadı	15	50.0	15	50.0	15	50.0	15	50.0
Hayal kırıklığı	Azaldı	0	0.0	14	46.7	13	43.3	13	43.3
	Aynı	5	16.7	4	13.3	4	13.3	4	13.3
	Arttı	13	43.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	12	40.0	12	40.0	13	43.3	13	43.3
Endişe	Azaldı	0	0.0	13	43.3	15	50.0	15	50.0
	Aynı	7	23.3	6	20.0	5	16.7	5	16.7
	Arttı	12	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	11	36.7	11	36.7	10	33.3	10	33.3
Korku	Azaldı	0	0.0	10	33.3	10	33.3	10	33.3
	Aynı	6	20.0	6	20.0	6	20.0	6	20.0
	Arttı	11	36.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Böyle bir şey yaşamadı	13	43.3	14	46.7	14	46.7	14	46.7
Yalnızlık duygusu	Azaldı	1	3.3	9	30.0	9	30.0	9	30.0
	Aynı	6	20.0	6	20.0	6	20.0	6	20.0
	Arttı	9	30.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	14	46.7	14	46.7	14	46.7	14	46.7
Hayatı sorgulama	Azaldı	1	3.3	14	46.7	17	56.7	17	56.7
	Aynı	6	20.0	4	13.3	2	6.7	2	6.7
	Arttı	12	40.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	11	36.7	11	36.7	10	33.3	10	33.3

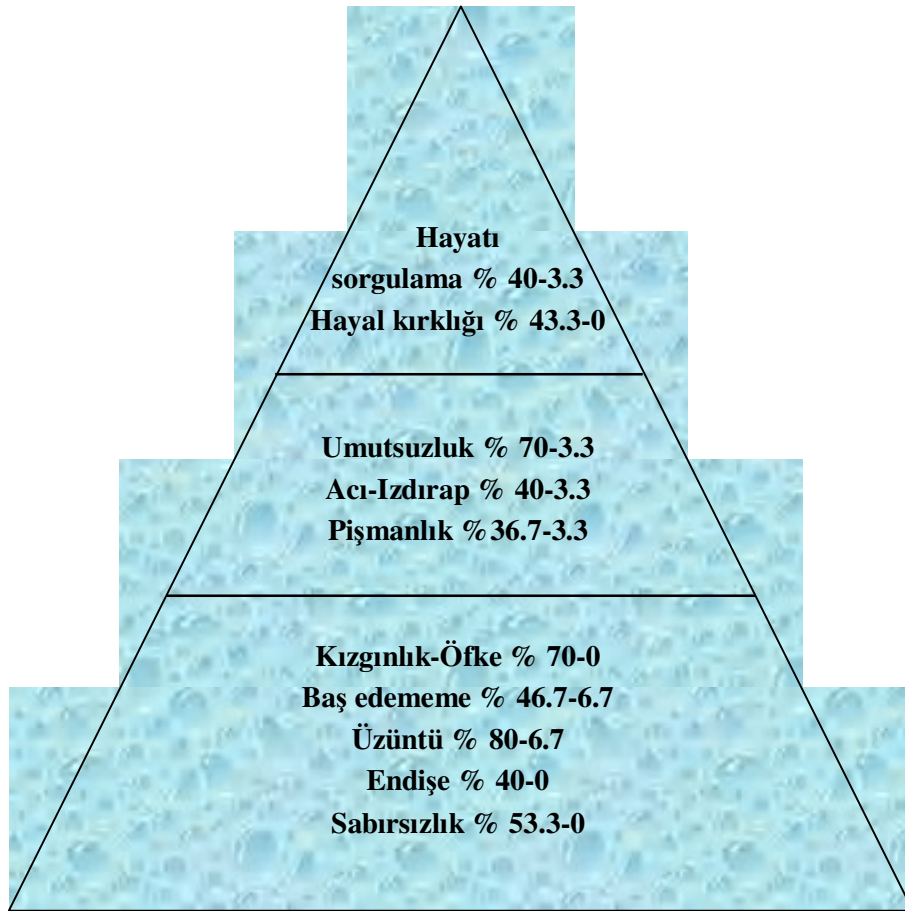


**Grafik 4.4.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Arttı” Olarak Belirttikleri Psikolojik Özellikler ve Duyguların Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemleri

Tablo 4.10’da ve Grafik 4.4’de birincil bakım verenler eğitim öncesi baş edememe (%46.7), üzüntü (%80.0), umutsuzluk (%70.0) ve gerginlik hissi (%76.7), yorgunluk (%86.7), kızgınlık-öfke (%70.0), sabırsızlık (%53.3), pişmanlık (%36.7), acı-ızdırıp duygusu (%40.0), hayal kırıklığı (%43.3), endişe yaşama (%40.0), hayatı sorgulama (%40.0) gibi psikolojik özelliklerin “arttığını” belirtmişlerdir. Birincil bakım verenlerin eğitim öncesi “arttı” diye belirttikleri bu psikolojik özellikler ve duygular eğitim sonrası belirgin bir azalma gösterip (baş edememe (%46.7-%6.7), üzüntü (%80.0-%6.7), umutsuzluk (%70.0-%3.3) ve gerginlik hissi (%76.7-%0.0), yorgunluk (%86.7-%3.3), kızgınlık-öfke (%70.0-%0.0), sabırsızlık (%53.3-%0.0), pişmanlık (%36.7-%3.3), acı-ızdırıp duygusu (%40.0-%3.3), hayal kırıklığı (%43.3-%0.0), endişe yaşama (%40.0-%0.0), hayatı sorgulama (%40.0-%3.3), 1. ve 2. izlemde de azalmanın sürdüğü ve veya bu duyguların ortadan kalktığı belirlenmiştir.

Sağlıklı kararlar verebilme, başarılı olma duygusu, kendini değersiz hissetme ve yetememe gibi duygular yönünden birincil bakım verenler kendilerini eğitim öncesi “aynı” olarak ifade etmişlerdir. Bu dört psikolojik özellik eğitim sonrasında azalma göstermiş ve bu azalma 1. ve 2. izlemde sürmüştür.

Birincil bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin “hiç yaşamadığı” duyguları ise; suçluluk, çaresizlik, korku, yalnızlık, yanlış anlaşılma hisleri ve baktığı kişiye karşı çelişkili duygular yaşama olarak dile getirilmiştir. Bu duygular eğitim öncesi suçluluk hissi (%63.3), çaresizlik (%46.7), baktığı kişiye karşı çelişkili duygular (%50.0), korku (%43.3), yalnızlık hissi (%46.7) ve yanlış anlaşılma duygusu (%43.3) yaşamadıklarını belirtenler eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde de bu özellikleri aynen korudukları görülmüştür.



**Şekil 4.1.** Bakım verenlerin yaşadıkları psikolojik özelliklerin sıralanması

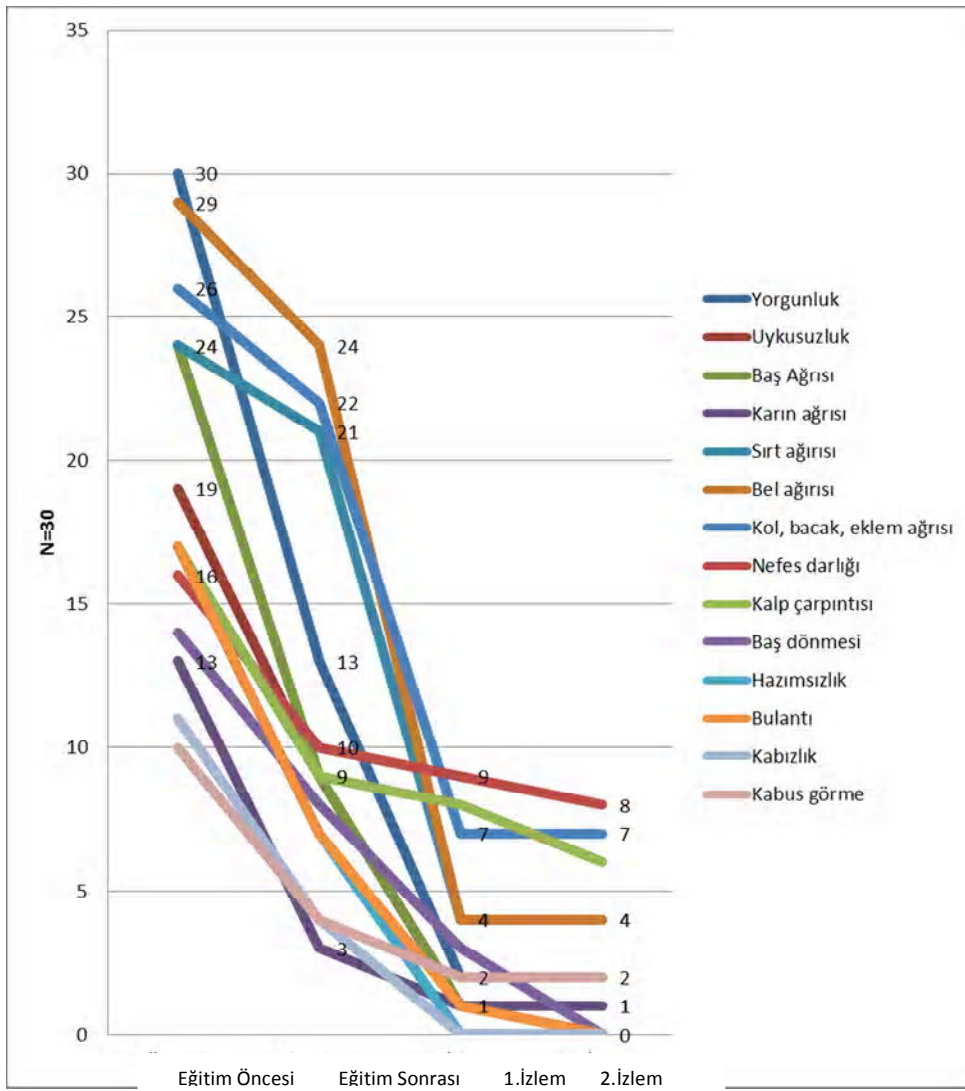
Birincil bakım verenlerle eğitim öncesi eğitim sonrası aşamalarında yapılan odak grup görüşmesinde, eğitim öncesi birincil bakım verenlerin **yaşlıya bakım verme deneyimi sırasında daha önce tanışık olunmayan duygu ve düşünceler yaşadığı** görülmüştür. Bakım verenlerin *“Ruhsal olarak bunaldım, unutkanlık başladı, aşırı derecede başladı ben bilmiyorum çocuklar fark ediyor içeride oturuyorum gece elektrikler gitmiş üç kez sormuşum elektirik geldi mi diye. Çocuk anne günaydın elektirik geldi TV çalışıyor dedi kendimden korkuyorum. Sonrada kendime üzülüyorum”* (Bakım veren 1), *“Hayata bakış açınız değişiyor karamsar oluyorsunuz. Çocuklarıma bağıryorum”* (Bakım veren 2), *“Psikolojik olarak bittim iyi düşünemiyorum, geleceğe dair umutlarım tükendi”* (Bakım veren 3), *“Allahım ya ben öleyim ya da o. Ruhsal olarak bir kafayı bozmadığım kaldı”* (Bakım veren 4), *“En iyi rahatlama yöntemim ağlamak. Cenazeye gidince bir damla yaş gelmez gözümde gerçi içtiğim sakinleştiricilerin etkisi de var”* (Bakım veren 5) gibi ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Birincil bakım verenlerin eğitim sonrası odak grup görüşmesinde **bakım verenlerin daha önce fark etmedikleri duygularının farkına vardıklarında bunlara yönelik önlem alma ya da kontrol etme çabası gösterdikleri** görülmüştür. Bakım verenlerin *“Ben daha önce bu şekilde düşünmemiştim. Bu kadar etkileneceğimi bilmiyordum ama eğitim iyi oldu öğrendik en azından bazı şeyleri. Önceden anneanneme küsüyordum ben de ona bağıryordum ama şimdi bazı şeyleri daha iyi anladım bana yaptıklarının bilincinde değil. Ona öfkem azaldı”* (Bakım veren 3), *“Odaya geçiyorum kafamı duvarlara vuruyordum ağlıyordum şimdi sadece ağlıyorum”* (Bakım veren 5), *“Bazen akşam olunca sabah olsun istemiyorum. Bağırdığım, kızdığım zamanlar oluyor”* (Bakım veren 3), *“Unutkanlık için hatırlatıcı kullanıyorum artık telefonuma kaydediyorum ya da bazı şeyleri yazıyorum”* (Bakım veren 1) gibi ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Tablo 4.11 ve Grafik 4.5’de NSM’nin psikolojik boyutuna ek olarak birincil bakım verenlerin yaşadıkları somatik belirtilerin dağılımı sunulmaktadır.

**Tablo 4.11.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemlerde Yaşadıkları Somatik Belirtilere Göre Dağılımı

Somatik Belirtiler	Eğitim Öncesi (N=30)		Eğitim Sonrası (N=30)		P*	1. İzlem (N=30) (1. Ay)		P*	2. İzlem (N=30) (2. Ay)		P*
	Yaşayan	Yaşamayan	Yaşayan	Yaşamayan		Yaşayan	Yaşamayan		Yaşayan	Yaşamayan	
Yorgunluk	30 (100)	0 (0.0)	13 (43.3)	17 (56.7)	**	2 (6.6)	28 (93.3)	<b>0.001</b>	2 (6.6)	28 (93.3)	<b>0.001</b>
Uykusuzluk	19 (63.3)	11 (36.7)	9 (30.0)	21 (70.0)	<b>0.006</b>	1 (3.3)	29 (96.7)	<b>0.008</b>	0 (0.0)	30 (100)	**
Baş ağrısı	24 (80.0)	6 (20.0)	9 (30.0)	21 (70.0)	<b>0.000</b>	1 (3.3)	29 (96.7)	<b>0.008</b>	1 (3.3)	29 (96.7)	<b>0.008</b>
Karın ağrısı	13 (43.4)	17 (56.7)	3 (10.0)	27 (90.0)	<b>0.002</b>	1 (3.3)	29 (96.7)	0.500	1 (3.3)	29 (96.7)	0.500
Sırt ağrısı	24 (80.0)	6 (20.0)	21 (70.0)	9 (30.0)	0.250	4 (13.3)	26 (86.7)	<b>0.000</b>	4 (13.3)	26 (86.7)	<b>0.000</b>
Bel ağrısı	29 (96.7)	1 (3.3)	24 (80.0)	6 (20.0)	0.062	4 (13.3)	26 (86.7)	<b>0.000</b>	4 (13.3)	26 (86.7)	<b>0.000</b>
Kol, bacak, eklem ağrısı	26 (86.7)	4 (13.3)	22 (73.3)	8 (26.7)	0.125	7 (23.3)	23 (76.7)	<b>0.000</b>	7 (23.3)	23 (76.7)	<b>0.000</b>
Göğüs ağrısı	12 (40.0)	18 (60.0)	8 (26.6)	22 (73.3)	0.125	7 (23.3)	23 (76.7)	1.000	7 (23.3)	23 (76.7)	1.000
Nefes darlığı	16 (53.3)	14 (46.7)	10 (33.3)	20 (66.7)	<b>0.031</b>	9 (30.0)	21 (70.0)	1.000	8 (26.6)	22 (73.3)	0.625
Kalp çarpıntısı	17 (56.6)	13 (43.3)	9 (30.0)	21 (70.0)	<b>0.008</b>	8 (26.6)	22 (73.3)	1.000	6 (20.0)	24 (80.0)	0.375
Bayılma hissi	5 (16.7)	25 (83.3)	3 (10.0)	27 (90.0)	0.500	2 (6.6)	28 (93.3)	1.000	0 (0.0)	30 (100)	**
Baş dönmesi	14 (46.6)	16 (53.3)	8 (26.6)	22 (73.3)	<b>0.031</b>	3 (10.0)	27 (90.0)	<b>0.062</b>	0 (0.0)	30 (100)	**
Hazımsızlık	17 (56.6)	13 (43.3)	7 (23.3)	23 (76.7)	<b>0.002</b>	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Bulantı	17 (56.6)	13 (43.3)	7 (23.3)	23 (76.7)	<b>0.002</b>	1 (3.3)	29 (96.7)	<b>0.031</b>	0 (0.0)	30 (100)	**
İshal	5 (16.7)	25 (83.3)	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Kabızlık	11 (36.7)	19 (63.3)	4 (13.3)	26 (86.7)	<b>0.016</b>	0 (0.0)	30 (100)	**	0 (0.0)	30 (100)	**
Kabus görme	10 (33.3)	20 (66.7)	4 (13.3)	26 (86.7)	<b>0.031</b>	2 (6.6)	28 (93.3)	0.500	2 (6.6)	28 (93.3)	0.500



**Grafik 4.5.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Yaşadıkları Somatik Belirtilerin Eğitim Sonrası ve veya 1. ve 2. izlemlerindeki İstatistiksel Fark Olduğu Belirlenenler

Tablo 4.11 ve Grafik 4.5’de eğitim öncesi birincil bakım verenlerin tanımladığı toplam 17 psikosomatik belirti olmuştur. Bu belirtilerin hepsinde, eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. izlemler arasında sayısal azalma sergilendiği belirlenmiştir. Bu 17 psikosomatik belirtinin altısında [(yorgunluk (%100), uykusuzluk (%63.3), baş ağrısı (%80), hazımsızlık (%56.7), bulantı (%56.7), ve kabızlık (%36.7)] eğitim öncesi, eğitim sonrası arasında görülen azalma istatistiksel olarak ileri derecede önemli ( $p < 0.001$ ) ve önemli ( $p < 0.05$ ) olduğu belirlenmiş ve bu azalma, 1. ve 2. izlemler sırasında da sürmüştür.

Bu 17 psikosomatik belirtiden sırt, bel ve kol, bacak, eklem ağrısı gibi üç belirtide eğitim öncesi, eğitim sonrası arasında istatistiksel olarak önemli bir fark



belirlenemezken, eğitim sonrası (eğitim sonrası ve 1. ve 2. izlemler arasında) istatistiksel olarak ileri derecede önemli bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ).

Psikosomatik belirtilerden nefes darlığı, kalp çarpıntısı, baş dönmesi ve kabus görme gibi dördünde yalnız eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasında önemli bir fark belirlenmiş [nefes darlığı ( $p<0.05$ ), kalp çarpıntısı ( $p<0.01$ ), baş dönmesi ( $p<0.05$ ) ve kabus görme ( $p<0.05$ )] ancak bu farkın 1. ve 2. izlemlerde ancak sayısal olarak sürdüğü görülmüştür.

Psikosomatik belirtilerden göğüs ağrısı (%40), bayılma hissi (%16.7) ve ishal (%16.7) gibi üç belirtinin, eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. ve 2. izlem aşamaları arasında sayısal bir fark sergilemenin ötesine gitmediği görülmüştür.

Birincil bakım verenlerle eğitim öncesi, eğitim sonrası aşamalarında yapılan odak grup görüşmesinde, eğitim öncesi birincil bakım verenlerin **yaşadıkları psikolojik ve fizyolojik sıkıntılar arasında bir ilişki kurabildikleri** görülmüştür. Bakım verenlerin “*Aşırı sinirleniyorum bazen acısını çocuklardan ya da eşimden alıyorum. Sinirlenince ağrılarım da artıyor*” (Bakım veren 4), “*Eşimle kavga ediyorum çünkü kayınvalidem dakikaya bir yanına çağırır. Sürekli isteklerde bulunur benim de şekerimle kolestrolüm sinirden fırlar*” (Bakım veren 4), “*Eklem ağrılarım, bel ağrılarım başladı bunlarında üzüntüye ve strese bağlı olduğunu düşünüyorum. Kendimi yıpranmış hissediyorum*” (Bakım veren 6) gibi ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Birincil bakım verenlerin eğitim sonrası odak grup görüşmesinde **bakım verenlerin yaşadıkları psikosomatik belirtilere yönelik önlem alma ya da kontrol etme çabası gösterdikleri** görülmüştür. Bakım verenlerin “*Kolumu iki dakika yukarıda bekletemiyorum o kadar yorgunum. Hareketleri yapıyorum, verilenleri yapıyorum, hareket ettikçe ağrılarım biraz hafifledi gibi.*” (Bakım veren 6), “*Ben de bu kayınvalide oldukça ben iyi olmam gibi. Hiçbir ağrım sızım geçmez.*” (Bakım veren 5), “*Biraz olsun halsizliğim ve yorgunluğumun azaldığını hissediyorum*” (Bakım veren 7) gibi ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.

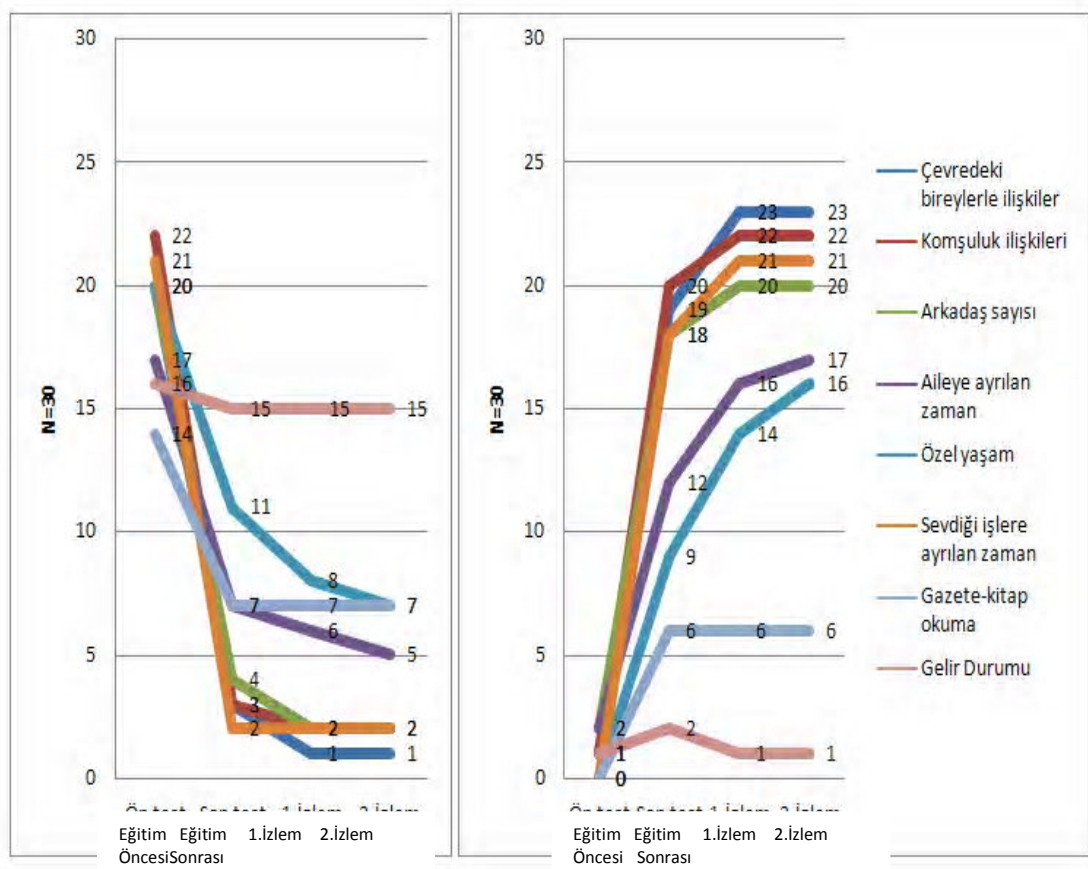
Tablo 4.12 ve Grafik 4.6 ‘de NSM’nin üçüncü boyutu olan sosyo-kültürel özelliklere göre birincil bakım verenlerin dağılımı sunulmaktadır.

**Tablo 4.12.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Sosyo-kültürel Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-Kültürel Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşanan ortamdan memnun olma durumu	Azaldı	8	26.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	22	73.3	20	66.7	12	40.0	12	40.0
	Arttı	0	0.0	10	33.3	18	60.0	18	60.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Çevredeki bireyler ile ilişkiler	Azaldı	20	66.7	3	10.0	1	3.3	1	3.3
	Aynı	9	30.0	8	26.7	6	20.0	6	20.0
	Arttı	1	3.3	19	63.3	23	76.7	23	76.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Komşuluk ilişkileri	Azaldı	22	73.3	3	10.0	2	6.7	2	6.7
	Aynı	7	23.3	7	23.3	6	20.0	6	20.0
	Arttı	1	3.3	20	66.7	22	73.3	22	73.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Arkadaş sayısı	Azaldı	20	66.7	4	13.3	2	6.7	2	6.7
	Aynı	8	26.7	8	26.7	8	26.7	8	26.7
	Arttı	2	6.7	18	60.0	20	66.7	20	66.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Aile içi ilişkiler	Azaldı	9	30.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	20	66.7	20	66.7	19	63.3	18	60.0
	Arttı	1	3.3	10	33.3	11	36.7	12	40.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Aile içi sorumlulukları	Azaldı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	7	23.3	8	26.7	8	26.7	8	26.7
	Arttı	23	76.7	22	73.3	22	73.3	22	73.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Aileye ayrılan zaman	Azaldı	17	56.7	7	23.3	6	20.0	5	16.7
	Aynı	11	36.7	11	36.7	8	26.7	8	26.7
	Arttı	2	6.7	12	40.0	16	53.3	17	56.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Özel yaşam	Azaldı	20	66.7	11	36.7	8	26.7	7	23.3
	Aynı	10	33.3	10	33.3	8	26.7	7	23.3
	Arttı	0	0.0	9	30.0	14	46.7	16	53.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ev içi düzenlemeler	Azaldı	7	23.3	3	10.0	2	6.7	1	3.3
	Aynı	20	66.7	19	63.3	17	56.7	16	53.3
	Arttı	3	10.0	8	26.7	11	36.7	13	43.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ev içi söz hakkı	Azaldı	2	6.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	27	90.0	27	90.0	27	90.0	25	83.3
	Arttı	1	3.3	2	6.7	2	6.7	4	13.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

**Tablo 4.12.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Sosyo-kültürel Özelliklere Göre Dağılımı (Devamı)

Sosyo-kültürel Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sevdiği işlere ayrılan zaman	Azaldı	21	70.0	2	6.7	2	6.7	2	6.7
	Aynı	9	30.0	10	33.3	7	23.3	7	23.3
	Arttı	0	0.0	18	60.0	21	70.0	21	70.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Gazete-kitap okuma	Azaldı	14	46.7	7	23.3	7	23.3	7	23.3
	Aynı	12	40.0	13	43.3	13	43.3	13	43.3
	Arttı	0	0.0	6	20.0	6	20.0	6	20.0
	Böyle bir şey yaşamadı	4	13.3	4	13.3	4	13.3	4	13.3
Ev işlerini sürdürme	Azaldı	14	46.7	6	20.0	6	20.0	6	20.0
	Aynı	14	46.7	19	63.3	19	63.3	19	63.3
	Arttı	1	3.3	5	16.7	5	16.7	5	16.7
	Böyle bir şey yaşamadı	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İbadet etme	Azaldı	6	20.0	5	16.7	5	16.7	5	16.7
	Aynı	23	76.7	23	76.7	23	76.7	23	76.7
	Arttı	1	3.3	2	6.7	2	6.7	2	6.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Gelir durumu	Azaldı	16	53.3	15	50.0	15	50.0	15	50.0
	Aynı	13	43.3	13	43.3	14	46.7	14	46.7
	Arttı	1	3.3	2	6.7	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ekonomik yük	Azaldı	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	2	6.7	3	10.0	2	6.7	2	6.7
	Arttı	27	90.0	27	90.0	28	93.3	28	93.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Destek ve kaynaklar	Azaldı	6	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	22	73.3	3	10.0	1	3.3	1	3.3
	Arttı	2	6.7	27	90.0	29	96.7	29	96.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0



**Grafik 4.6.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Azaldı” Olarak Belirttikleri Sosyo-kültürel Özelliklerin Eğitim Sonrası 1. ve 2. izlemleri

Tablo 4.12 ve grafik 4.6’de eğitim öncesi birincil bakım verenlerin tanımladığı toplam 17 sosyo-kültürel özellik olduğu belirlenmiştir. Birincil bakım verenlerin eğitim öncesi “azaldığını” belirttiği yedi sosyo-kültürel özellik saptanmıştır. Bunlar çevredeki diğer bireylerle ilişkiler (%66.7), komşuluk ilişkileri (%73.3), arkadaş sayısı (%66.7), aileye ayrılan zaman (%56.7), özel yaşam (%66.7), sevdiği işlere ayrılan zaman (%70.0) ve gazete-kitap okuma (%46.7). Bu yedi sosyo-kültürel özelliğin hepsinde eğitim sonrası sayısal bir “artma” belirlenmiş ve 1. ve 2. izlemlerde de bu artışın korunarak sürdüğü görülmüştür.

Aynı tabloda birincil bakım verenlerin eğitim öncesi “aynı” kaldığını belirttikleri beş sosyo-kültürel özellik yaşadığı ortamdan memnun olma (%73.3), aile içi ilişkiler (%66.7), ev içi düzenlemeler (%66.7), ev içi söz hakkı (%90.0) ve destek kaynakları (%73.3) olarak belirlenmiştir. Bu beş sosyo-kültürel özelliğin hepsi eğitim sonrası sayısal olarak artmış ve 1. ve 2. izlemlerde artışının korunarak sürdüğü belirlenmiştir. Bu

özelliklerden yalnız “ev içi söz hakkı” eğitim öncesi, eğitim sonrası ve 1. izlemde aynı değerini korurken 2. izlemde az da olsa bir artma göstermiştir (eğitim öncesi 27, eğitim sonrası 27, 1. izlem 27 ve 2. izlem 25 kişi).

Aile içi sorumluluklar, ibadet etme, gelir durumu ve ekonomik yük gibi sosyo-kültürel özelliklerin (eğitim öncesi belirtilen değerlendirmelerine göre) eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde bir değişiklik göstermeden benzer sayıda sürdüğü gözlenmiştir.

Tablo ve grafikte ev işlerini sürdürülebilme ile ilgili olarak eşit sayıda “azaldı” ve “aynı” kaldığı belirtilirken (%46.7) her iki yanıtta kişi sayısı eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde olumlu yönde artış göstermiştir.

Birincil bakım verenlerle eğitim öncesi, eğitim sonrası aşamalarında yapılan odak grup görüşmesinde, eğitim öncesinde birincil bakım verenler **zamanla çevreden uzaklaşmakta ve kendi ailelerine ilgileri azalmaktadır**. Bakım verenlerin “*komşularımla konuşmak istemiyorum ne derler diye kimseye güvenemiyorum*” (Bakım veren 1), “*Eve misafir kabul edemiyorum. Kayınvalidem rahat edemiyor*” (Bakım veren 4), “*Çevrem bayağı etkilendi. Çevredeki insanlar değişiyor, akraba, arkadaş, komşu insanların ne olduğunu anlıyorsun. Komşularla bir kaçt ile daha içli dışlıydık (Bakım veren 1). Bazen çok bunaldığımda komşuya götürüyorum ama içeri girmiyorum rahatsız olacak belki nefesinde rahatsız olacak, belki kokusundan rahatsız olacak. Kimseye elimden geldiği kadar rahatsızlık vermek istemiyorum*” (Bakım veren 1), “*Destek veren kimse yok ama baskılayan çok*” (Bakım veren 5) gibi ifadeleri, yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Birincil bakım verenlerin eğitim sonrası odak grup görüşmesinde bakım verenlerin **yaşadıkları sosyo-kültürel özelliklere yönelik önlem alma ya da kontrol etme çabası göstermelerinin yanında öğrendikleri koruma egzersizlerini davranışa dönüştürebildikleri** görülmüştür. Bakım verenlerin “*Çocuklarıma ilgim azalmıştı ama şimdi onlara da zaman ayırmaya çalışıyorum çünkü kızım gelin olacak. Aileme zaman ayırmaya çalışıyorum*” (Bakım veren 1), “*Sadece biz fayda görmedik çocuklarımızda fayda gördü*” (Bakım veren 1), “*Arkadaşlarıma gidemiyorum ama telefonla daha sık görüşmeye başladım*” (Bakım veren 2), “*Ama şimdi kendime zaman ayırmaya çalışıyorum kısa yürüyüşlere çıkıyorum. Kendime daha fazla zaman ayırıyorum. Önceden çocuklarım yardım ediyordu ama şimdi daha fazla yardım ediyorlar*” (Bakım

veren 2), “*Tabi arkadaşlarım azaldı ama telefonla görüşüyorum. Akşamları ikindi vakti komşularıyla kısa da olsa görüşmeye çalışıyorum.*” (Bakım veren 4) gibi ifadeleri, yaşadıklarını örneklendirmektedir.

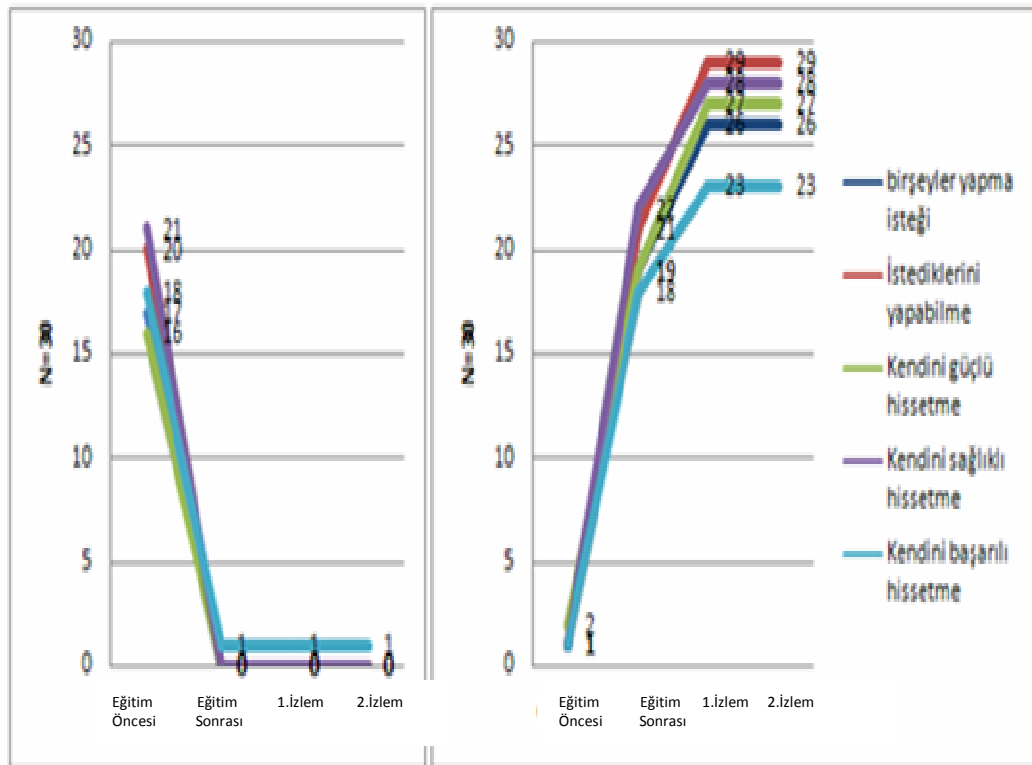
Tablo 4.13 ve Grafik 4.7’de NSM’nin dördüncü boyutu olan gelişimsel boyuta göre birincil bakım verenlerin dağılımı sunulmaktadır.

**Tablo 4.13.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemde Yaşadıkları Gelişimsel Özelliklere Göre Dağılımı

Gelişimsel Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bir şeyler yapma isteği	Azaldı	17	56.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	12	40.0	11	36.7	4	13.3	4	13.3
	Arttı	1	3.3	19	63.3	26	86.7	26	86.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İstediklerini yapabilme	Azaldı	20	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	9	30.0	9	30.0	1	3.3	1	3.3
	Arttı	1	3.3	21	70.0	29	96.7	29	96.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kendini güçlü hissetme	Azaldı	16	53.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	12	40.0	11	36.7	3	10.0	3	10.0
	Arttı	2	6.7	19	63.3	27	90.0	27	90.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kendini sağlıklı hissetme	Azaldı	21	70.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	8	26.7	8	26.7	2	6.7	2	6.7
	Arttı	1	3.3	22	73.3	28	93.3	28	93.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kendini başarılı hissetme	Azaldı	18	60.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	11	36.7	11	36.7	6	20.0	6	20.0
	Arttı	1	3.3	18	60.0	23	76.7	23	76.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kendini olgun hissetme	Azaldı	0	0.0	7	23.3	8	26.7	8	26.7
	Aynı	10	33.3	12	40.0	12	40.0	12	40.0
	Arttı	20	66.7	11	36.7	10	33.3	10	33.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kendini yaşlı hissetme	Azaldı	0	0.0	6	20.0	9	30.0	9	30.0
	Aynı	14	46.7	14	46.7	13	43.3	13	43.3
	Arttı	16	53.3	10	33.3	8	26.7	8	26.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kendini beğenme duygusu	Azaldı	12	40.0	9	30.0	8	26.7	8	26.7
	Aynı	18	60.0	17	56.7	17	56.7	16	53.3
	Arttı	0	0.0	4	13.3	5	16.7	6	20.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hassas olma	Azaldı	1	3.3	15	50.0	15	50.0	15	50.0
	Aynı	14	46.7	12	40.0	12	40.0	12	40.0
	Arttı	14	46.7	2	6.7	2	6.7	2	6.7
	Böyle bir şey yaşamadı	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Yalnızlık hissi	Azaldı	0	0.0	15	50.0	16	53.3	16	53.3
	Aynı	15	50.0	13	43.3	11	36.7	11	36.7
	Arttı	14	46.7	2	6.7	2	6.7	2	6.7
	Böyle bir şey yaşamadı	1	3.3	0	0.0	1	3.3	1	3.3

**Tablo 4.13.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. izlemde Yaşadıkları Gelişimsel Özelliklere Göre Dağılımı (Devamı)

Gelişimsel Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendini manipüle edilmiş hissetme	Azaldı	0	0.0	2	6.7	2	6.7	2	6.7
	Aynı	25	83.3	27	90.0	27	90.0	27	90.0
	Arttı	5	16.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yüksek beklenti-düşük kontrol hissi	Azaldı	1	3.3	1	3.3	2	6.7	2	6.7
	Aynı	27	90.0	27	90.0	27	90.0	27	90.0
	Arttı	2	6.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0



**Grafik 4.7.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Azaldı” Olarak Belirtilen Gelişimsel Özelliklerin Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemleri

Tablo 4.13 ve Grafik 4.7’de birincil bakım verenlerin yaşadıkları 12 gelişimsel özellikten eğitim öncesi azaldığı ya da arttığı belirtilen 7’sinin eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde sayısal olarak olumlu yönde (azaldı ise artarak, artmış ise azalarak) değişme gösterdikleri belirlenmiştir. Ancak bakım verenlerin eğitim öncesi “aynı” kaldığını belirttiği beş özellikten ikisi (kendini manipüle edilmiş hissetme ve yüksek beklenti-düşük kontrol hissi) eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde de değişmeden sürmüştür. Diğer



üçü (kendini beğenme, hassas olma, yalnızlık) eğitim sonrası olumlu yönde artış göstermiş ve bu artış 1. izlem ve/veya 2. izlemde sürdürülmüş ya da korunmuştur.

Diğer taraftan birincil bakım verenlerin eğitim öncesi “azaldığını” belirttikleri beş gelişimsel özelliklerin hepsinde (bir şeyler yapma isteği, istediklerini yapabilme, kendini güçlü, sağlıklı ve başarılı hissetmesi) eğitim sonrası artış gözlenmiş ve bu artış, 1. izlemde sürmüş ve 2. izlemde korunmuştur. Birincil bakım verenlerin eğitim öncesi “arttığını” belirttikleri gelişimsel özelliklerden kendini olgun, yaşlı, hissetme gibi duygularının eğitim sonrası azaldığı ve 2. izlemde korunduğu belirlenmiştir.

Birincil bakım verenlerle eğitim öncesi, eğitim sonrası aşamalarında yapılan odak grup görüşmesinde, birincil bakım verenler **kendilerini yaşlıları ile karşılaştırdıklarında algıladıkları farklılıklar ve duygularını sert ifadelerle** anlatmaktadırlar. Bakım verenlerin “*Kendi yaşlılarım kız gibi duruyor çıta gibi ben onların yanında ölüyüm*” (Bakım veren 4), “*Yaşlılarımın yanında kendimi pislik gibi görüyorum. Onlar iyi hoş ben yetersizim. Yaşlılık ek olarak var, ben annelere gittiğimde arkadaşlarımla konuşuyorum bir onlara bakıyorum bir kendime bakıyorum ben yaşamıyorum diyorum*” (Bakım veren 5), “*Yaşlılarıma göre kendimi daha yaşlı hissediyorum. Karamsarım onlarla kendimi kıyasladığımda.....?*” (Bakım veren 6) ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Birincil bakım verenlerin eğitim sonrası odak grup görüşmesinde bakım verenlerin birincil bakım verenler **kendilerini yaşlıları ile karşılaştırdıklarında algıladıkları farklılık, duygu ve ifadelerin daha yumuşadığı** görülmektedir. Bakım verenlerin “*Eskiye göre biraz daha iyiyim önceki konuştuğumuzda içimden bir şey gelmiyordu. Giyinmek, makyaj yapmak ama şimdi en azından içimden geliyor*” (Bakım veren 1), “*Benim gönlüm yaşlı, yaşımla genç olabilir ama. Hayattan bir beklentim kalmadı ama çocuğum var o çok genç bana ihtiyacı var*”(Bakım veren 3), “*Kendimi kötü hissediyorum. Arkadaşlarım, yaşlılarım nere ben nere, kendimin yaşadığını düşünmüyorum*” (Bakım veren 5), “*Kendimi yaşlı hissediyorum ama eskiye göre daha iyi bakıyorum biraz daha iyi gibiyim sanki*” (Bakım veren 8) ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.

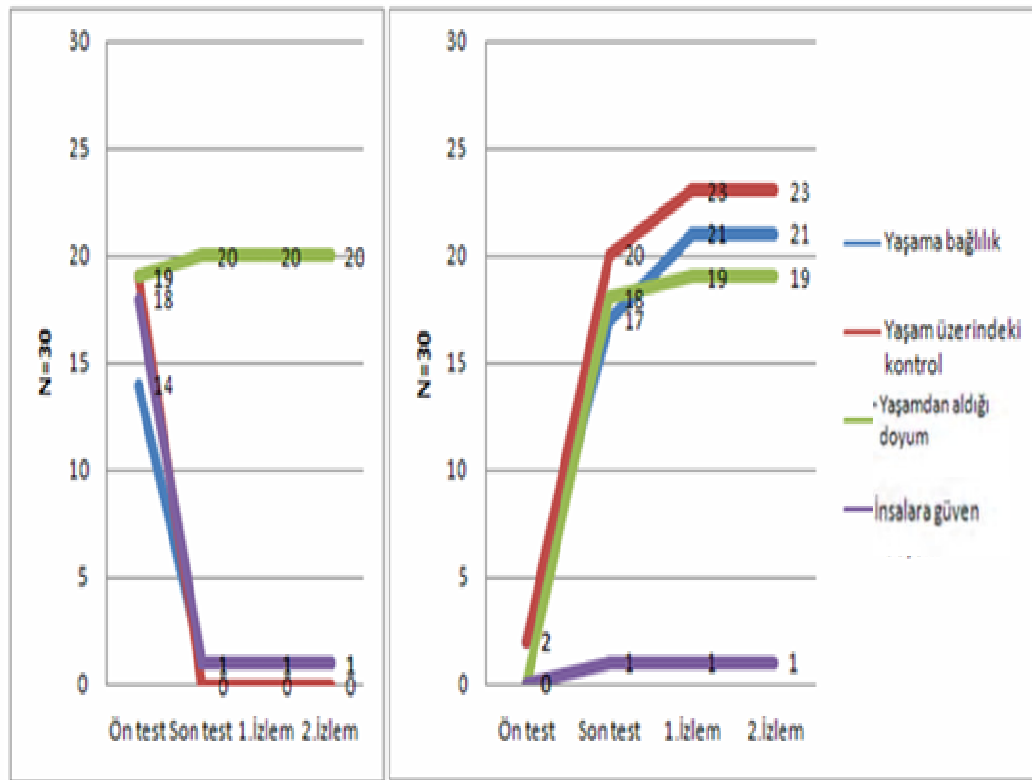
Tablo 4.14 ve Grafik 4.8’de NSM’nin beşinci boyutu olan manevi boyuta ilişkin bulgular sunulmaktadır.

**Tablo 4.14.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. izlemde Yaşadıkları Manevi Özelliklere Göre Dağılımı

Manevi Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşama bağlılık	Azaldı	14	46.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	14	46.7	12	40.0	8	26.7	8	26.7
	Arttı	2	6.7	17	56.7	21	70.0	21	70.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yaşam üzerindeki kontrol	Azaldı	19	63.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	9	30.0	10	33.3	7	23.3	7	23.3
	Arttı	2	6.7	20	66.7	23	76.7	23	76.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kendine inanma	Azaldı	10	33.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	16	53.3	15	50.0	13	43.3	13	43.3
	Arttı	4	13.3	14	46.7	16	53.3	16	53.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yaşamın anlamı	Azaldı	13	43.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	15	50.0	17	56.7	12	40.0	12	40.0
	Arttı	2	6.7	12	40.0	17	56.7	17	56.7
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kendine güven	Azaldı	10	33.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	15	50.0	16	53.3	14	46.7	14	46.7
	Arttı	5	16.7	13	43.3	15	50.0	15	50.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Gelecekte beklenen	Azaldı	12	40.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	14	46.7	13	43.3	10	33.3	10	33.3
	Arttı	4	13.3	16	53.3	19	63.3	19	63.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yaşamdan aldığı doyum	Azaldı	18	60.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	12	40.0	11	36.7	10	33.3	10	33.3
	Arttı	0	0.0	18	60.0	19	63.3	19	63.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Huzur hissi	Azaldı	11	36.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Aynı	19	63.3	18	60.0	17	56.7	17	56.7
	Arttı	0	0.0	11	36.7	12	40.0	12	40.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İnsanlara güven	Azaldı	19	63.3	20	66.7	20	66.7	20	66.7
	Aynı	11	36.7	9	30.0	9	30.0	9	30.0
	Arttı	0	0.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tanrıya güven	Azaldı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	24	80.0	24	80.0	24	80.0	24	80.0
	Arttı	6	20.0	6	20.0	6	20.0	6	20.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

**Tablo 4.14.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. izlemde Yaşadıkları Manevi Özelliklere Göre Dağılımı (Devamı)

Manevi Özellikler		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İnancına bağlılık	Azaldı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Aynı	20	66.7	20	66.7	21	70.0	21	70.0
	Arttı	10	33.3	10	33.3	9	30.0	9	30.0
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İnancına bağlı uygulamaları yerine getirme	Azaldı	4	13.3	3	10.0	3	10.0	3	10.0
	Aynı	20	66.7	21	70.0	20	66.7	20	66.7
	Arttı	6	20.0	6	20.0	7	23.3	7	23.3
	Böyle bir şey yaşamadı	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0



**Grafik 4.8.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi “Azaldı” Olarak Belirttikleri Manevi Özelliklerin Eğitim Sonrası 1. ve 2. izlemleri

Tablo 4.14’de toplam 12 özellik içeren manevi boyuttan eğitim öncesi (Grafik 4.8) “aynı” kaldı diye belirtilen dokuz özellik (yaşama bağlılık, kendine inanma, yaşamın anlamı, kendine güven, gelecekte beklenen, huzur hissi, Tanrı’ya güven, inancına

bağlılık, inancına bağlı uygulamaları yerine getirme) olmuştur. Bu dokuz özellikten üçü (Tanrı'ya güven, inancına bağlılık, inancına bağlı uygulamaları yerine getirme) eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde sayısal olarak ya aynı kalmışlar ya da çok az bir artış göstermişlerdir. Diğer altı özelliğin (yaşama bağlılık, kendine inanma, yaşamın anlamı, kendine güven, gelecekte beklenen, ve huzur hissi), eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde sayısal olarak olumlu yönde değişme gösterdikleri belirlenmiştir.

Eğitim öncesi “azaldı” olarak belirtilen üç özellikten ikisi (yaşam üzerindeki kontrol ve yaşamdan alınan doyum) eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde sayısal olarak olumlu yönde değişme gösterdikleri belirlenmiştir. Diğer taraftan eğitim öncesi insanlara güvenlerini “azaldı” olarak belirten 19 kişinin eğitim sonrası 20 kişi olduğu ve 1. izlem ve 2. izlemlerde de 20 kişi olarak sürdüğü saptanmıştır.

Birincil bakım verenlerin yaşadıkları manevi özelliklere yönelik olarak yapılan eğitim öncesi, eğitim sonrası odak grup görüşmesinde, **bakım verenlerin maneviyatlarının arttığı görülmüştür**. Bakım verenlerin “*Maneviyatım arttı evde sürekli olduğum için bir kişinin zaman içinde böyle olduğunu görünce dualarım arttı, Yarabbi beni böyle yapma diye hayata bakış açınız değişiyor*” (Bakım veren 2), “*Camiye yazıldım bayanlar gidiyordu gidemedim*” (Bakım veren 1) ifadeleri ile yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Birincil bakım verenlerin eğitim sonrası odak grup görüşmesinde birincil bakım verenlerin **bu deneyimlerinden bir anlam bulabildikleri** gözlenmiştir. Bakım verenlerin “*Kötü olaylar yaşamam beni güçlendirdi*” (Bakım veren 2) ifadesi yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Manevi boyutun bir parçası olarak demansı olan yaşlıya bakım vermenin anlamı ve bu yaşlıya bakım verirken her şeyden vazgeçme duygusunun yaşanıp yaşanmadığına bakılmış ve bulgular Tablo 4.15’de sunulmuştur.

**Tablo 4.15.** Birincil Bakım Verenlerin Her Şeyden Vazgeçme Duygusu Yaşamaları ve Kendileri için Bakım Vermenin Anlamına Göre Dağılımı

Yaşanan Anlam ve Duygular		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bakım vermenin anlamı	Mecburiyet	10	33.3	5	16.7	6	20.0	6	20.0
	Sınav	9	30.0	5	16.7	5	16.7	5	16.7
	Kader	6	20.0	10	33.3	10	33.3	10	33.3
	Önemli iş	0	0.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
	Saygı-sevap ödül	3	10.0	5	16.7	4	13.3	4	13.3
	Sorumluluk vicdan	2	6.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Her şeyden vazgeçme duygusu	Yaşadı	26	86.7	26	86.7	26	86.7	26	86.7
	Yaşamadı	4	13.3	4	13.3	4	13.3	4	13.3
<b>Toplam</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Birincil bakım verenlerin yaklaşık %33.3'ü eğitim öncesi bakım vermenin kendileri için anlamını mecburiyet (%33.3), sınav (%30) ve kader (%20.0) olarak belirtmişlerdir. Bunlardan “mecburiyet” duygusu eğitim öncesinin ardından “kader” duygusuna dönüşerek 1. ve 2. izlemde de bu duyguda devam etmiştir. “Her şeyden vazgeçme” gibi bir duygunun %86.7 bakım verenler tarafından yaşandığı görülmüştür.

Birincil bakım verenlerin yaşlıya bakım verme deneyimlerinin kendileri için anlamı ve bu deneyim sırasında yaşadıkları uç bir duygunun paralelinde eğitim öncesi odak grup görüşmesinde, bakım verenlerin **benzer koşulları yaşayan ya da yaşayacak kişiler için getirdikleri önerilerde; sabırlı olmak ve daha kötü koşullarda olmamak için şükretme noktasında birleşerek bir tür geleneksel baş etme yönteminden söz etmişlerdir.** Bakım verenlerin “*önce sabır. İnsan kendi kendine moral vermeli iyi yönlerini düşünmeli* (Bakım veren 7), “*Başta şükretmeli, sabretmeli kendinden daha kötü olan kişileri düşünmeli*” (Bakım veren 6), “*Allah yardımcıları olsun. Bu duruma şükür yarabbi demeyi bilmek lazım. Her bir şeyde şükür noktası bulmak yaşamı kolaylaştırır*” (Bakım veren 2) ifadeleri yaşadıklarını örneklemiştir.

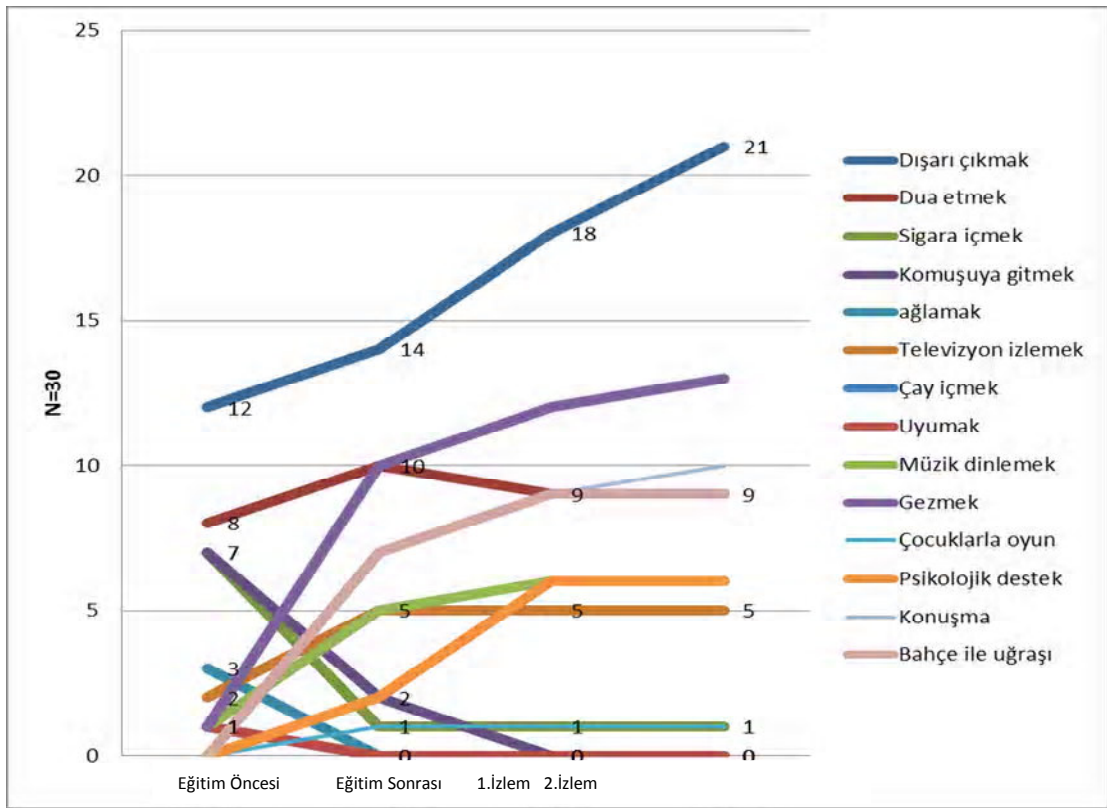
Birincil bakım verenlerin eğitim sonrası odak grup görüşmesinde **geleneksel baş etme yöntemlerinin önerilmesi yanında bugünkü koşul ve olanaklara uygun yaklaşımlardan söz etmişlerdir.** Bakım verenlerin “*Her şeyin bir sonu olduğuna inansınlar bu da geçecek demeli. Kişinin kendine zaman ayırmasını ve kendini*

yıpratmamasını öneririm. Birde böyle bir eğitime gelsinler öğrensinler. Konuşmak rahatlatıyor. Konuşsunlar” (Bakım veren 6), “Hayatlarını planlamalarını öneririm. Kendisini motive edecek, rahatlatacak kendisine ilgi alanları bulması gerekir. İlgi alanları insanı biraz rahatlatıyor. Mümkünse aile içinde ortak bakım olmalı. Basamağın ilk başında ortaklaşa bakmayı önermek gerekir. Hastalığı tanımak lazım, Ona göre hastaya yaklaşımda bulunulmalı. Bu eğitim bize çok iyi geldi. Ben bu eğitimi daha önce alsaydım yaşadığım sıkıntıları ve sorunları yaşamazdım diye düşünüyorum. Şimdi çevremde olan insanlara öneriyorum. Onların eğitim alıp benim yaşadıklarımı yaşamalarını istiyorum” (Bakım veren 2), “Bakım bir kişiye kalmamalı şimdi ben hiçbir iş yapamıyorum, ilk önce kendine bakmalı. Böyle toplantılara katılmalı, eğitim almalı biz burda çok şey öğrendik. İnsan konuştuğça rahatlıyor”(Bakım veren 7) gibi ifadeler yaşadıklarını örneklendirmektedir.

**Tablo 4.16.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemlerde Kullandıkları Baş Etme Yöntemlerine Göre Dağılımı

Baş etme Yöntemleri	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dışarı çıkmak	12	40.0	14	46.7	18	60.0	21	70.0
Dua etmek	8	26.7	10	33.3	9	30.0	9	30.0
Sigara içmek	7	23.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Komşuya gitmek	7	23.3	2	6.7	0	0.0	0	0.0
Ağlamak	3	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TV izlemek	2	6.7	5	16.7	5	16.7	5	16.7
Çay içmek	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Uyumak	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Müzik dinlemek	1	3.3	5	16.7	6	20.0	6	20.0
Gezmek	1	3.3	10	33.3	12	40.0	13	43.3
Çocuklarla oynamak	0	0.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Psikolojik destek	0	0.0	2	6.7	6	20.0	6	20.0
Konuşmak-paylaşmak	0	0.0	7	23.3	9	30.0	10	33.3
Bahçe ile uğraşmak	0	0.0	7	23.3	9	30.0	9	30.0

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.



**Grafik 4.9.** Birincil Bakım Verenlerin Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası 1. ve 2. İzlemlerde Kullandıkları Baş etme Yöntemleri

Tablo 4.16 ve Grafik 4.9’da birincil bakım verenlerin eğitim öncesi belirttikleri baş etme yöntemlerinde ilk dört sırada “dışarıya çıkmak” “dua etmek” “sigara içmek” “komşuya gitmek” gibi daha çok kapalı ortamda gerçekleştirilen uğraşlar yer almıştır. Eğitimden sonra bu sıralamada daha çok açık ortamda gerçekleştirilen uğraşların yer aldığı gözlenmiştir. Örneğin, 2. izlemde belirtilen sıralamada “dışarı çıkmak” “gezmek” “konuşmak-paylaşmak” ve “bahçe işi yapmak” gibi.

Birincil bakım verenlerle eğitim öncesi, eğitim sonrası aşamalarında yapılan odak grup görüşmesinde, eğitim öncesinde birincil bakım verenler **düşünsel ve eyleme dönük baş etme yöntemleri kullanmaktadırlar**. Bakım verenlerin “Eşime bir balık aldırđım akvaryum balık stresi atıyor diye duymuş ve bana almış. Namaz kılarım beş vakit ve kuran okurum, bir de kayınvalidemin üzerine okurum ki sıkıntılarını azalsın diye” (Bakım veren 4), “Zaman zaman hepimiz yaşadık gel gitleri, duygulara pozitif baktığımız zaman kendimizi iyi hissediyoruz” (Bakım veren 2 ), “Bunaldığım zaman dua ediyorum, zikir çekiyorum, hiç olmadı bahçemle toprakla uğraşıyorum” (Bakım veren 2), “iyiki kayınvalidelerimize bakıyoruz ya evlatlarımız özürli olsaydı. Evlatlarımıza bakmak

*zorunda kalsaydık. Daha kötü olurdu o yüzden bu duruma şükretmeliyiz”* (Bakım veren 2) gibi ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Birincil bakım verenlerin eğitim sonrası odak grup görüşmesinde bakım verenlerin **düşünsel ve eyleme dönük baş etme yöntemlerinde kendilerine uygun baş etme yöntemleri geliştirdikleri görülmüştür. Bakım verenlerin** “*“Çocuklarımla oyunlar oynuyorum, onlarla bahçede olduğumda ya da oyunlar oynadığımda çok rahatlıyorum. Çok bunalinca telefonla konuşuyorum. Kayınvalidem uyuduğun da kendime zaman ayırıyorum rahatlıyorum. Dua okuyorum. Televizyon izlerim. Güzel programları yararlı programları seçerim* (Bakım veren 6). *“Beynim rahatlıyor dua okuyunca. Kitap okumak iyi geliyor. Ama unutuyorum aklımda kalmıyor ama ben okumaya devam ediyorum. El işi yapıyorum müzik dinliyorum. Bazen sıkıldığımda gezmeye çarşıya çıkıyorum. Bunu daha sık yapmak istiyorum bu bana iyi geliyor”* (Bakım veren 3).” “*..... Bir de kuş almayı düşünüyorum. Namaz kılarım beş vakit ve kuran okurum. Burada şunu öğrendim kendime biraz daha zaman ayırıyorum işte televizyon izliyorum izlerken daha komik şeyleri seçiyorum. Gülmek için yürüyüşe çıkıyorum stersimi azaltmak için. Ev işi, el işi beni rahatlatıyor. Akşamüzeri biraz çocuklarımla yürüyüşe çıkıyorum bunu daha fazla yapmaya çalışıyorum. Kafamı dağıtıyorum.* (Bakım veren 4) gibi ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.

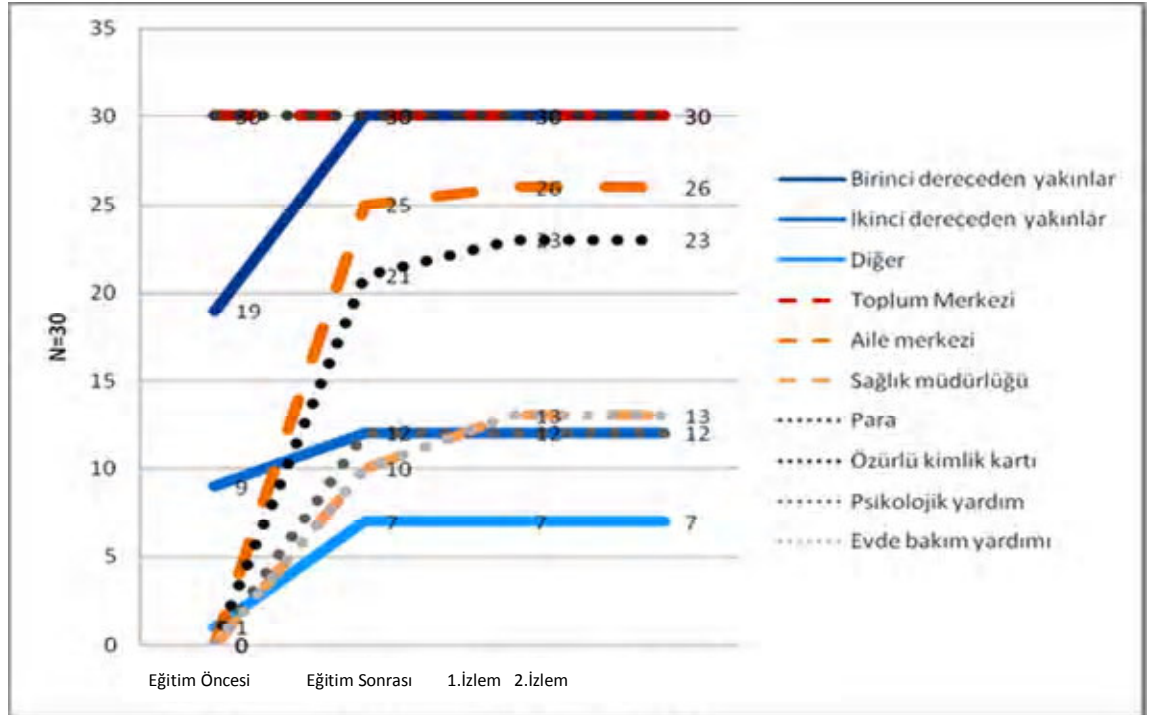
Tablo 4.6, Grafik 4.1 ve Tablo 4.16 ve Grafik 4.9’da eğitim sonrası ve 1. ve 2. izlemde “destek ve kaynaklarının” değiştiğinin belirlenmesine, bu desteğin aile içi ve dışı olma özelliklerine daha ayrıntılı Tablo 4.17 ve Grafik 4.10.’da bakılmıştır.



**Tablo 4.17.** Birincil Bakım Verenlerin Aile İçi ve Dışı Aldığı Yardım ve Yardım Türlerine Göre Dağılımı

Aile İçi ve Dışından Alınan Yardım Türleri		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		1. İzlem (1. Ay)		2. İzlem (2. Ay)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşlı bakımında aile içi yardım alma durumu	Alıyor	25	83.3	30	100	30	100	30	100
	Almıyor	5	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yardım edenler	Birinci dereceden yakınlar	19	63.3	30	100	30	100	30	100
	İkinci dereceden yakınlar	9	30.0	12	40.0	12	40.0	12	40.0
	Diğer*	1	3.3	7	23.3	7	23.3	7	23.3
Kurumsal yardım alma durumu	Alıyor	30	100	30	100	30	100.0	30	100
	Almıyor	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yardım Alınan Kurum	Toplum merkezi	30	100	30	100	30	100.0	30	100
	Aile merkezi	0	0.0	25	83.3	26	86.6	26	86.6
	Sağlık müdürlüğü	0	0.0	10	33.3	13	43.3	13	43.3
Alınan yardım türü	Para	30	100	30	100	30	100	30	100
	Özürlü kimlik kartı	0	0.0	21	70.0	23	76.7	23	76.7
	Psikolojik yardım	0	0.0	12	40.0	12	40.0	12	40.0
	Evde bakım yardımı	0	0.0	10	33.3	13	43.3	13	43.3
<b>Toplam</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

\*Görümce, elti



**Grafik 4.10.** Birincil Bakım Verenlerin Aile İçi Ve Dışı Aldığı Yardım ve Yardım Türleri

Birincil bakım verenlerin eğitim öncesi “aile içinden” (%83.3) ve özellikle en fazla birinci derece yakınlarından (%63.3) yardım aldıkları görülmüştür. Eğitim sonrası aile içi ve birinci derecede yakınlardan yardım alma %100’e ulaşmış ve 1. ve 2. gözlemde de bu yardım sürdürülmüştür. Diğer taraftan eğitim öncesi (%30.0) ikinci derece yakınlardan alınan yardım eğitim sonrası (%40.0)’a yükselmiş ve 1. ve 2. izlemlerde korunmuştur (Tablo 4.17-Grafik 4.10).

Eğitim öncesi birincil bakım verenlerin hepsi (%100) yalnız toplum merkezinden ve sadece para niteliğinde kurumsal yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Dolayısı ile birincil bakım verenlerin eğitim öncesi diğer kurum ve yardım türlerinden hiç yararlanmadıkları görülmüştür. Bu durum eğitim sonrası değişmiş ve aile merkezinden yararlananlar artarak (%0.0 dan %83.3’ artış) ve her iki izlemde de hizmetten yararlanma sürdürülmüştür (%86.0, %86.0). Sağlık müdürlüğünden yararlanmada da benzer değişimlerin yer aldığı ve sürdürüldüğü izlenmiştir.

Bu değişime bağlı olarak alınan yardım türünün ve dolayısı ile çeşidinin (özürlü kimlik kartı (%0.0, %70.0, %76.7, %76.7, evde bakım %0.0, %33.3, %43.3, %43.3, psikolojik destek %0.0, %40.0, %40.0, %40.0) arttığı belirlenmiştir. Eğitim sonrasında alınmaya başlanan bu kurumsal yardımların 1. ve 2. İzlemde de korunarak sürdürüldüğü saptanmıştır (Tablo 4.17-Grafik 4.10).

Birincil bakım verenlerle eğitim öncesi, eğitim sonrası aşamalarında yapılan odak grup görüşmesinde, aile içi ve dışı alınan yardımlar ve yardım türlerine ilişkin ifadelerinde eğitim öncesi birincil bakım verenlere **aile içi sağlanan yardım ve destekler sınırlı kalmakta, bakım verenin kendi girişimleri de bu desteği arttırmaya yetememektedir.** Bakım verenlerin “*çocuklarımla konuşuyorum eşimle konuşuyorum. Hiç kimsenin kimseye faydası yok*” (Bakım veren 1), “*Ben kendimi psikolog olarak Allaha havale ettim*” (Bakım veren 2), “*Her işi ben yapıyorum ev işleri dışarı işleri eşim pek yardım etmiyor. Hangi işe yetişeceğimi bilmiyorum artık*” gibi ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.

Birincil bakım verenlerin eğitim sonrası odak grup görüşmesinde bakım verenlerin aldıkları **öğrenme, destek grubu ve akran etkileşimleri hizmetleri doğrultusunda psikolojik ve sosyo-kültürel gelişme sağlanıldığı** görülmüştür. Bakım verenlerin “*Beyin olarak çok rahatladığımı hissettim. En yakınlarımıza anlatamadığımız şeyleri*

*burda anlattık. Hafta da bir gün de olsa evden kaçtık (Bakım veren 2), “Biz bir sürü şey öğrendik burada konuşunca kuş gibi oluyorum. İnsanları tanıdım arkadaşları tanıdım. Bana çok iyi geldi arkadaşım hiç yoktu en azından burda hep aynı şeyleri yaşayanlar var birbirimizi anlıyoruz”(Bakım veren 8), “Tabi yine böyle yerlere gelsinler konuşsunlar içlerine atmasınlar dertlerini. Konuşmak insana iyi geliyor. Bide hastalığı öğrensınler ne yapacaklarını bilirler şaşırılmazlar. Farklı insanlarla görüşmek rahatlatıyor. Burası iyi geldi konuşup anlatıyorum. Dert sadece bende değilmiş onu gördüm. Buraya gelmekle beynim çok rahatladı dertlerimi unutuyorum biraz olsun. Birbirimize derdimizi anlatıyoruz. Yeni arkadaşlıklarımız oldu”(Bakım veren 4), “Burda iyi güzel oturuyoruz konuşuyoruz en azından uzaklaşıyorum derdimi anlatıyorum ama işte iştesi var..... ” (Bakım veren 5), “İnsan konuştuğca rahatlıyor. Arkadaşlarımızın sorununa üzüliyoruz. Bizden daha zor durumda olanlar da varmış diyoruz” (Bakım veren 7), “Ama eskiye göre daha iyi evde bakım hizmetinden yararlanıyorum geliyorlar yardımcı oluyorlar pansuman yapıyorlar. Ben de biraz daha iyi oluyorum tabi” (Bakım veren 2) gibi ifadeleri yaşadıklarını örneklendirmektedir.*

**Tablo 4.18.** Birincil Bakım Verenlerin Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ve Envanterin Beş Alt Boyut Puan Ortalamalarının Eğitim Öncesi Eğitim Sonrası ve 1. İzlem ve 2. İzleme Göre Dağılımı

Envanter Alt Boyutları ve Toplamı	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	P*	Eğitim Sonrası	1.İzlem (1. Ay)	2.İzlem (2. Ay)	P*
Zaman-bağımlılık yük	19.167±1.58	14.800±2.48	<0.001	14.800±2.48	14.067±2.57	14.067±2.57	>0.05
Gelişimsel yük	14.967±5.63	8.500±4.02	<0.001	8.500±4.02	7.667±3.49	7.667±3.49	>0.05
Fiziksel yük	15.850±5.60	6.500±3.16	<0.001	6.500±3.16	5.583±3.23	5.583±3.23	>0.05
Sosyal yük	8.900±5.45	4.267±3.33	<0.001	4.267±3.33	3.46±2.61	3.46±2.61	>0.05
Duygusal yük	6.733±4.98	4.050±5.86	>0.05	4.050±5.86	2.767±2.24	2.767±2.24	<0.001
Toplam puan	65.883±19.51	37.067±12.34	<0.001	37.067±12.34	33.550±10.48	33.550±10.48	>0.05

\*Varyans analizi/Bonferroni testi

Tablo 4.18’de envanterin eğitim öncesi toplam puan ortalaması ile ( $65.883 \pm 19.5$ ) eğitim sonrası toplam puan ortalaması ( $37.067 \pm 12.34$ ) arasında çok önemli bir fark olduğu görülmüştür ( $p < 0.001$ ). Bu genel toplam farkından öte envanterin beş alt boyutundaki puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; alt boyutlarından zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel, fiziksel ve sosyal yük eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında da çok önemli bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Envanterin diğer bir alt boyutu olan duygusal yükte ise eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasında ise bir fark belirlenmemiştir ( $p > 0.05$ ).

Envanterin eğitim sonrası toplam puan ortalaması ile ( $37.067 \pm 12.34$ ) envanterin alt boyutlarından zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel, fiziksel, sosyal yük ortalamaları ile 1. ve 2. izlemler arasında bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Ancak envanterin alt boyutundan biri olan duygusal yükte ise eğitim sonrası ile 1. ve 2. izlem arasında çok önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ).

Şekil 4.1’de Neuman Sistemler Modeline Göre Araştırmanın Eğitim Öncesi ve 2. İzlem Bulgularının özeti sunulmaktadır.

Araştırma bulgularına göre; bu çalışmada yer alan bireyler günlük yaşamlarında karşılaştıkları stresörlerle sahip oldukları beş boyutta (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) baş etmeye çalışarak ya da baş ederek yaşamlarını ESH desteği ile sürdürmüşlerdir. Bu aşamada sağlık personeli tarafından alabilecekleri birinci basamak koruyucu sağlık eğitimi desteğini alamamışlardır.

Yaşamlarının bir noktasında ya bilinçli seçimle (%60) ya sürüklenerek (%40), çoğunluğu “gelin” olarak yaşlılarına bakmak durumunda olmuşlardır. Yaşlılarına bakarken karşılaştıkları stresörlere karşı sahip oldukları beş boyutla (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) baş etmeye çalışmışlardır. Baş etmek için örneğin; manevi değerlerini arttırarak, dışarı çıkıp dolaşarak, dua ederek, sigara içerek, komşuya giderek, ağlayarak, aile içi bireylerden yardım alarak, kurumsal yardım türünde para yardımı alarak destekler sağlayabilmiştir.

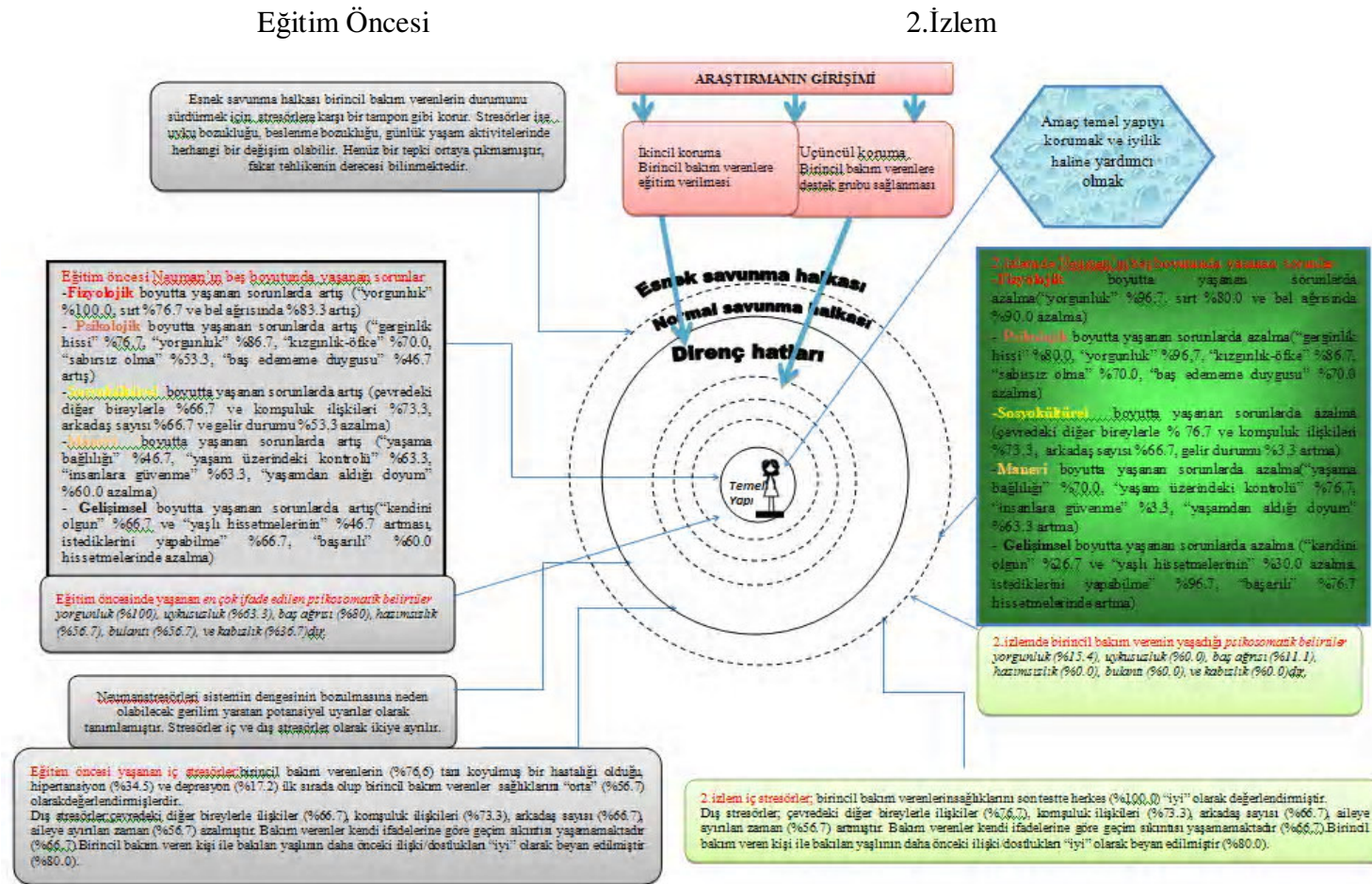
Ancak bu aşamada sağlık personeli tarafından alabilecekleri ikinci basamak koruyucu sağlık eğitimi desteğini de alamayınca, kendi kendilerine bu durumla baş etmede

yetersiz kalmışlardır. NSH'nın yetersiz kalması anlamına gelen bu durum bakım verenlerin stresörlere karşı stres tepkisini ortaya koymalarına neden olmuştur.

Böylece DH harekete geçerek beş boyutla (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) bakım verenlerin TY'da bir tepki verilmesini önlemeye çalışmışlardır. Bu araştırmada bakım verenlerin stres tepkileri; fiziksel boyutta; kendine bakamama (%73.3), dikkatinin azalması (%73.3), genel hareketliliğinde azalma (%50.0), sırt (%76.7)-bel ağrılarında (%83.3) artma, dinlenme zamanında azalma (%73.3), psikolojik boyutta; baş edememe (%46.7), üzüntü (%80.0), kızgınlık (%70.0), acı-ızdırıp (%40.0), endişe duygusunda (%40.0), umutsuzluk (%70.0), gerginlik (%76.7), yorgunluk (%86.7), sabırsızlık (%53.3), pişmanlık(%36.7), hayal kırıklığı (%43.3) ve hayatı sorgulama (%40.0) gibi his ve düşüncelerde artma; sosyo-kültürel boyutta; çevre ile ilişki (%66.7), komşuluk ilişkisi (%73.3), arkadaş sayısı (%66.7), aileye ayrılan zaman (%56.7), özel yaşam (%66.7), sevdiği işlere zaman ayırma (%70.0), gazete-kitap okuma (%46.7), ev işlerini sürdürme (%46.7), gelir durumu azalması (%53.3), aile içi sorumluluklar (%76.7), ve ekonomik yükün artması (%90.0); gelişimsel boyutta: bir şeyler yapma isteği (%56.7), istediklerini yapabilme (%66.7), kendini güçlü hissetme (%53.3), kendini sağlıklı hissetme (%70.0), kendini başarılı hissetmede ( %60.0) azalma ve kendini yaşlı (%46.7) ve olgun hissetmede (%66.7) artma; manevi boyutta; yaşama bağlılıkta (%46.7), yaşam üzerindeki kontrol hissinde (%63.3), yaşamdan doyum almada (%60.0) ve insanlara güvende (%63.3), azalma ile ortaya çıkmıştır. Bu stres tepkilerinin ortaya çıkması DH'nın da yetersiz kalması anlamına gelmektedir.

DH'nın yetersiz kalması halinde bireyin TY'nın tehdit altında olduğu bir durumun ortaya çıktığı anlamına gelmektedir. Bu araştırmada ortaya çıkan tehditlerin en başında bakım verenlerin hipertansiyon hastası olmaları (%34.5) ve depresyon tanısı almaları (%17.2) ve "her şeyden vazgeçme duygusu" yaşamış olmaları (%86.7) gelmektedir. Bunların ardından fizyolojik boyutta, sırt-bel ağrıları yaşama, uyku düzensizliği çekme, psikolojik boyutta; baş edememe duygusu, umutsuzluk, pişmanlık hissi, hayal kırıklığı yaşama, hayatı sorgulama, sosyokültürel boyutta; çevredeki bireylerle, komşuluk ilişkilerinin azalması, arkadaş sayısının, gelir durumunun azalması ve ekonomik yükün artması, gelişimsel boyutta; kendini güçlü, sağlıklı, ve başarılı hissetmede azalma, manevi boyutta; yaşama bağlılıkta, yaşam üzerindeki kontrolü, insanlara güvenme, yaşamdan aldığı doyumda azalma, görülmüştür.

Araştırmacı tarafından birincil bakım verenlere demansı olan yaşlıya bakım verme ve kendi sağlıkları için yapabileceklerine yönelik eğitim verilerek ikincil koruma ve yine birincil bakım verenlere DH'da destek grup etkileşimi ile üçüncül koruma sağlanmıştır. Böylece TY'ya ikincil ve üçüncül koruma sağlanarak güçlendirilmiş ve olabildiğince ESH'nın görevi yerine koyulmuştur (şekil 4.2). ESH'da potansiyeli artan beş boyut özellikleri ise; fizyolojik boyutta; yorgunlukta (%96.7), sırt (%80.0), bel ağrısında (%90.0) ve sigara kullananlarda (%23.3), uyku düzensizliğinde (%40.0) azalma, psikolojik boyutta; baş edememe duygusu (%70.0), umutsuzluk (%76.7), pişmanlık hissi (%40.0), hayal kırıklığı yaşama (%43.3), hayatı sorgulamada (%56.7) azalma, sosyokültürel boyutta; çevredeki bireylerle (%76.7), komşuluk ilişkilerinde (%73.3) ve arkadaş sayısında (%66.7) artma, gelişimsel boyutta; kendini güçlü (%90.0), sağlıklı (%93.3), ve başarılı hissetmede (%76.7) artma, manevi boyutta; yaşama bağlılıkta (%70.0), yaşam üzerindeki kontrolü (%76.7), yaşamdan aldığı doyumda (%63.3) artma sağlanmıştır.



Şekil 4.2. Neuman Sistemler Modeline Göre Araştırmanın Eğitim Öncesi ve 2. İzlem Bulgularının Özellikleri



## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Tartışma, bulgular bölümünde olduğu gibi iki bölümde sunulmuştur. İlk bölümde; birincil bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ve bakım vermeye ilişkin bulguların tartışması, ikinci bölümde; bakım yükü - bakım yükünden etkilenme (eğitim öncesi) ve bakım yükünün azaltılmasına yönelik yapılan uygulamaların etkisine ilişkin (eğitim sonrası) bulguların tartışması yer almaktadır.

### 5.1. Birincil Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bakım Vermeye İlişkin Tartışma

Bu çalışmada birincil bakım verenlere ilişkin öne çıkan sosyo-demografik özellikler, bakım verenlerin; tamamının yaşlı ile beraber oturan, ortalama 42 yaşında, ev kadını olan gelinlerinin (%53.3), bilinçli bir seçim ile (%60), ortalama dört yıldır ve daha ziyade gündüzleri (ortalama 4.53 saat) yaşlıya bakan (%83.3) kişiler olduklarını göstermiştir (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

Türkiye gibi toplumsal değişimin hızlı yaşandığı, gelişmekte olan toplumlarda, geniş aile özelliklerine göre gelinler, yaşlı aile büyüğü ile beraber yaşayan, ev kadınları olarak aile yapısındaki hiyerarşi gereği yaşlıya bakım vermek durumunda kalan kadınlardır. Türk aile yapısındaki normlar, aile üyeleri arasındaki görev ve sorumluluk paylaşımı, çevre baskısı vb. nedenler yaşlıya bakmanın bilinçli olarak seçilmesine götüren etmenlerdir. Bu araştırmanın yapıldığı Kırşehir İlinin Orta Anadolu kültürüne sahip bir il olması nedeni ile benzer değer, koşul ve anlayışların bir örneğinin de Kırşehir'de olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada da bu tabloyu destekler nitelikte birincil bakım verenlerin tamamının yaşlı ile beraber aynı evde oturan, ev kadını olan, yarısından çoğunun gelinlerden oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Ülkemizde yapılmış çeşitli araştırma sonuçları da bu tabloyu desteklemektedir. Örneğin; Genellikle yaşlı bakımından birincil olarak eş, kız çocuğu ve gelinlerin sorumlu tutulduğu (71,72) gösterilmiştir. Araştırmalarında konuya ilişkin yüzdeleri Bilgili ve Kubilay (71) %91.7, Cingil (104) %93.8, Kılıç Akça ve Taşçı (57) %96.9 olarak belirtmişlerdir. Ülkemizdeki yüzdeler halen %90'larda dururken ve bakımın tüm kültürlerde, geleneksel olarak kadına yüklenen bir sorumluluk olarak görülmesine karşın bu anlayışın, bakım verenlerin cinsiyeti konusunda 2000-2010 arasında özellikle yurt dışında yapılan çalışmalarda farklılaştığı görülmüştür. Yurt dışı çalışmalarda bakım verenlerin cinsiyeti konusunda, Andren and Elmstahl(74) %66'sının, Di Mattei Valentina et al. (55) %73'ünün, Okamoto and Harasawa(78) %75'inin ve Spira et al. (63) %67'sinin kadınlar olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmaların yapıldığı ülke özellikleri de dikkate alındığında, bakım verme sorumluluğunun artık erkekler tarafından da üstlenildiği görülmektedir.

Birincil bakım verenlerin çoğunlukla (96,108) hasta ile aynı evde yaşadıklarını saptayan çalışmalar da bulunmaktadır. Bir yurt dışı çalışmada da birincil bakım verenler ile hastaların çoğunlukla (%91) aynı ev ortamında yaşadıkları saptanmıştır (106). Ancak bakım veren ile hasta ya da yaşlının aynı evde yaşıyor olmaları yaşlının bakımında aynılığı ve sürekliliği sağlarsa da bakım vereni kısıtlayıcı olabilmektedir (109).

Bu çalışmada bakım verenlerin yaş ortalamaları  $42,433 \pm 9,50$  yaş ile genç erişkin döneminin (25-45 yaş) sonları ve orta erişkinlik döneminin (45-65 yaş) başları olarak belirlenirken (Tablo 4.1.1) 2000-2010 arasında yurt içi ve yurt dışında yapılan çalışmalarda bu yaş ortalaması daha yüksek (orta erişkinlik hatta yaşlılık döneminde 45-65 yaş) bulunmuştur. Bakım verenlerin yaş ortalamalarını, Bilgili ve Kubilay (71) 30-59 yaş arasında, Di Mattei Valentina et al. (55) 58.94 yaş, Temizer (107) 53-54 yaş, Koyuncu (108)  $45.7 \pm 9.07$  yaş, Küçükgüçlü (27)  $53.8 \pm 13.3$ , Spira et al. (63)  $68.6 \pm 13.2$  olarak belirlemişlerdir.

Özellikle Türkiye'de bulunan yaş ortalamaları ile yurt dışı çalışmalarda bulunan yaş ortalamalarının farklı olması ve bütün bu bulgulara göre, bu çalışmada bulunan yaş ortalamasının her ikisinden daha düşük olması, araştırmanın yapıldığı yere, sosyo-kültürel etmenlere ve özellikle de kadının toplumdaki konumuna bağlanabileceği

düşünülmüştür. Bu durum genç erişkin gelişim döneminde kişinin fiziksel, sosyal, psikolojik, bilişsel, üretkenlik gibi çok yönden yaşamının doruğunda olduğu bir dönemde demansı olan bir yaşlıya bakım verme durumunun zor uyuşacağı bir tablo olarak görülmüştür.

Bu çalışmada her ne kadar yaşlıya gece ve gündüz kimin baktığı ayrıntılı olarak sorulmamışsa da bakım verenlerin daha ziyade gündüzleri ve ortalama 4.53 saat yaşlılarına bakmakla geçirdikleri bulgusu, (Tablo 4.2) akşam saatlerinde ev halkının da yaşlının bakımında yardımcı olduklarını düşündürmüştür. Buna göre gündüz saatlerinde yaşlının bakımı büyük ölçüde tek başına bakım verene kaldığı tahmin edilmektedir. Bir bakım veren “*Bazen akşam olunca sabah olsun istemiyorum*” (Bakım veren 3) ifadesi ile yaşamındaki gündüz gece farkını vurgulamıştır.

Diğer taraftan bu araştırmada saptanan ortalama 4.53 saat bakım süresinin yurt içi ve yurt dışı çalışmalarında belirtilen ortalama saatlerin bazıları ile uyumlu olduğu görülmüştür. Örneğin; Koyuncu (108) yaptığı çalışmada birincil bakım verenlerin günde 1-6 saatlerini bakım için harcadıklarını belirlerken, Marin et al. (110) ise Alzheimer hastalarına günlük bakım verme süresinin 3.8-14 saat arasında değiştiğini belirtmiştir.

## **5.2. Bakım Yüğü - Bakım Yüğünden Etkilenme (eğitim öncesi) ve Bakım Yüğüünün Azaltılmasına Yönelik Yapılan Eğitim ve Destek Grup Toplantıları gibi Uygulamaların Etkisine İlişkin (eğitim sonrası) Tartışma**

Bu çalışmada yaşlının bakım gereksinimi yönünden öne çıkan özellikleri, yaşlının en sıklıkla unutkanlık, idrar kaçırma, eşyalarını bulma ve kişileri tanıma, sorunu yaşamaları; ve kendi öz bakımları ve ev ile ilgili işleri çok az ya da hiç üstlenmedikleri olmuştur. Bu durumun eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. ve 2. İzlemlerde de bir değişim göstermediği (Tablo 4.3, Tablo 4.4), dolayısı ile yaşlının bakımını birincil bakım verenlerin üstlendikleri belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bakımda yardımcı olan kişilerin eğitim öncesi az sayıda işe yardım ettikleri ancak eğitim sonrası belirli işleri üstlenmekte bir artış gösterdikleri ve bu artışın 1. ve 2. İzlemlerde sürdürülemediği görülmüştür (Tablo 4.6).

Yaşlıların en sık unutkanlık, eşyaları tutma, idrar kaçırma, eşyaları bulma ve kişileri tanıma sorunu gibi demans için tipik olan belirtilerini yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.3). Yaşlının daha önceki yaşamında yapabildiği bu gibi işleri artık yapamayacak hale gelmesini, eğitim öncesi odak grup görüşmesinde bir bakım verenin *“kayınvalide sıfatının bir anlamı kalmadı bebek gibi....mamasını veriyorum, altını temizliyorum”* (Bakım veren 2) ifadesi ile çok güzel bir biçimde vurgulamaktadır. Bu ve başka belirtilere bağlı olarak demansın zaman içinde, kaza riskinin ve yaşam aktivitelerini yerine getirme yetersizliklerinin artması da, yaşlının ciddi gözetim gerektirecek aşamaya geldiğini göstermektedir.

Bu durumun zamanla yaşlıyı günlük bakım aktivitelerinde bağımlı bir hale getireceği ve dolayısı ile başka bir kişinin bakımına gereksinim duyulan aşamaya taşıyacağı da hastalığın seyrine bağlı beklendik bir gelişme olmaktadır (111,112). Özellikle bağımsız, ancak unutkanlık nedeni ile risk ve yetersizlikleri olan yaşlıların bakımının getirdiği bedensel ve ruhsal yük, bakım verenin zamanını ve duygusal enerjisinin önemli ölçüde etkilediği, zorladığı ve bakım yükünü arttırdığı Alpteker (113) tarafından dile getirilmiştir.

Bu çalışmada demansı olan yaşlıların birincil bakım verenlerine ne denli bağımlı olduklarına bakıldığında (Tablo 4.4); yaşlıların eğitim öncesi aşamasında öz bakımlarına yönelik (13 işten) en sıklıkla, kısmen de olsa, el-yüz yıkama, tualete gitme, taret alma, yemek yeme, oturma, yatma-kalkma gibi işleri kendilerinin yapabildikleri (altı iş) belirlenmiştir. Eve yönelik işlerde ise (10 işten) hemen hemen hiç birini yapamadıkları/yapmadıkları görülmüştür. Bu durum eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde önemli bir sayısal değişim göstermeden sürmüştür (Tablo 4.4).

Bu çalışmada yaşlıların gerek kendi öz bakımlarında gerekse ev işlerinde hiç ya da çok az denecek düzeyde sorumluluk almalarının, bu beceriyi yapamadıklarından mı yoksa yaptırılmadıklarından mı kaynaklandığına ilişkin veri toplanmamıştır. Ancak bu tablo, birincil bakım verenlerin hem yaşlının bakımını hem de Ekwall (114) ve Duru Aşiret'in (36) tanımladıkları ev işlerini üstlendiklerini düşündürmekte ve Tablo 4.5. eğitim öncesi verileri de ev işlerini üstlendiklerini göstermektedir. Bu durum eğitim sonrası ve her iki izlemde sayısal bir değişimin/farkın ötesine gitmemiştir. Bu sonuç birincil bakım verenlerin stres kaynaklarından biri ve ailesel stres kaynağı olarak (interpersonel) değerlendirilmiştir.

Birincil bakım verenlerin bu sorumluluklarını paylaşmak üzere yardım edenlerin konumu incelendiğinde (Tablo 4.6, Grafik 4.1) birincil bakım verene yardım edenlerin, eğitim öncesi yaşlının öz bakımı ile ilgili (14 iş) işlerde sorumluluk almadıkları, eğitim sonrası alınan sorumluluklar olmuşsa da (yaşlının elini yüzünü yıkama, giydirmemesoyma, saç tarama) bunların 1. ve 2. izlemlerde sürdürülemediği görülmüştür.

Birincil bakım verenlere yardım edenlerin ev ile ilgili işlerdeki katılımları biraz daha farklı seyretmiştir. Eğitim öncesi yardım edenler (11 iş) tek bir ev- içi iş (“yaşlının yanında durma-göz-kulak olma”) üstlenirlerken, daha çok ev dışı işleri üstlendikleri görülmüştür (yaşlının bir yere götürülmesi, evden çıkartılıp araca bindirilmesi, sağlık kuruluşuna götürülmesi ve alış-veriş yapma). Eğitim sonrası ev temizliği işini üstlenmişlerse de ( $p<0.05$ ), ancak bu üstlenme 1. ve 2. izlemlerde sürdürülememiştir.

Bu sonuçlar bize birincil bakım verenlerin yaşlının öz bakım ve ev ile ilgili işlerini başkalarına devretmediklerini ancak eğitim öncesi çevrelerinden aldıkları insan gücü yardımını arttırdıklarını (Tablo 4.5.) göstermiştir. Tablo 4.17’de bu sonucu destekler nitelikte birincil bakım verenlerin eğitim öncesi “birinci derece” yakınlar (%63.3) “ikinci derece” yakınlarından (%30.0) ve “diğer” kişilerden (%3.3) aldıkları yardımın eğitim sonrası ve izlemlerde sırasıyla %100, %40.0, %23.0’e yükseldiğini göstermektedir.

Birincil bakım verenlerin yakın çevrelerinden yardım alma konusundaki bu bulgular Di Mattei Valentina et al. (55) araştırma sonucu ile benzerlik göstermemekte, ancak Çetinkaya’nın (96) yurt içi araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Di Mattei Valentina et al. (55) bakım verenlerin ancak %14.3’ünün yardım aldığından (bu çalışmada eğitim öncesi %83.3, eğitim sonrası, 1. ve 2. izlem %100), alınan bu yardımın %33.9’u aile üyeleri ve arkadaşlardan, %14.3’ü diğer kişilerden (bu çalışmada eğitim öncesi %3.3, eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemde %23.3) olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmacılar bakım verenlerin %37.5’inin yardım almadığını (bu çalışmada eğitim öncesi %16.7, eğitim sonrası 1. ve 2. izlemlerde %0.0) belirtmişlerdir. Konuya ilişkin yurt içi bir çalışmada Çetinkaya (96) bakım verenlerin %67.2’sinin bakımı paylaştığını (bu çalışmada eğitim öncesi %83.3, eğitim sonrası, 1. ve 2. izlem %100) bildirmiştir. Hastanın bakımının paylaşıldığı bireyler %57.6 ile I. derece akrabalar (bu çalışmada eğitim öncesi %63.3, eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde %100). Bu durum bize konuya

ilişkin sosyo-kültürel farklılıkların olduğunu, bizim kültürümüzde aile bağlarının henüz korunabildiğini göstermiştir.

Bu çalışmada bakım verenlerin (42 yaş) genç erişkin döneminin (25-45 yaş) sonları ve orta erişkinlik döneminin (45-65 yaş) başlarında olmaları grubun (Tablo 4.1) yaşamlarının en sağlıklı döneminde olduklarını göstermektedir. Her ne kadar ailesel kronik hastalıkların yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlayabileceği beklenebilirse de bunların henüz yaşamda hissedilecek boyutlara gelmeleri beklenmemektedir. Ancak bu çalışmada birincil bakım verenlerin %76.7'sinin tanısı koyulmuş bir hastalığı olduğu ve bunların başında hipertansiyon (%34.5) ve depresyon (%17.2) tanılarının geldiği ve bu hastalıklara bağlı olarak da antihipertansif ve antidepresan ilaçlar kullandıkları görülmüştür (Tablo 4.7). Bu yaş dönemi özellikleri ile uyumlu olmayan bu tablo yurt dışı ve yurt içi başka araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (96,105,115,116).

Bu çalışmalardan başka Gopalan and Brannon (58) aile içinde bakım verenlerin bakım stresini belirlemeye yönelik çalışmalarında, bakım verenlerin hipertansiyon, bağışıklık sistemi zayıflaması gibi sorunlar yaşadıklarını saptamışlardır. Silver and Wellman (117) bakım verenlerde sırt ağrısı, bağışıklık işlevlerinin değişmesi, hyperinsulinemi, hipertansiyon, uykusuzluk, kronik yorgunluk, iştahın değişmesi, kilo alma ya da kaybetme gibi fiziksel güçlükler yaşadıklarını görmüşlerdir.

Birincil bakım verenlerin sağlıklarını değerlendirmeleri istendiğinde eğitim öncesinde %56.7'si sağlıklarını "orta" eğitim sonrasında herkes "iyi" olarak değerlendirmiş ve bu algı 1. ve 2. izlemlerde sürmüştür (Tablo 4.8). Sağlık durumunun değerlendirilmesi bireyin kendini o an iyi ya da hasta hissetmesinin bir yansıması olduğundan bir çok ögeyi de içermektedir. Sağlık algısının aynı zamanda bireyi motive edici bir gücü de bulunmaktadır.

Buna göre eğitim öncesi aşamasında bakım verenlerin henüz, demansı olan bir yaşlıya bakım verme kavramını ve bakım sırasında kendilerine nasıl dikkat edeceklerini öğrenmeden önce olumsuz olarak etkilendiği fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi boyutların etkisi ile (Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14) sağlıklarını "orta" değerlendirirken, bu eğitimi aldıktan ve destek grubuna katıldıktan sonra sağlığın "iyi" değerlendirilmesi bu çalışma için planlanan girişimlerin etkili olduklarını gösteren bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Alpteker (113) bakım yükü olmayanlara göre, yükü olanların sağlıklarını daha “kötü” algıladıklarını bulmuştur. Bu bulgu da yapılan bu çalışmanın sonucunu destekler nitelikte değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada NSM’ne göre birincil bakım verenlerin fizyolojik boyutta etkilenmelerini belirlemek üzere kullanılan 21 fizyolojik özellikten beş özelliğin azaldığı, dördünün arttığı, onunun değişmeden aynı kaldığı ve ikisinin konu ile ilişkili görülmediği belirlenmiştir (Tablo 4.9, Grafik 4.2, Grafik 4.3).

Yurt içi ve dışı benzer çalışmalarda da etkilenen fizyolojik ya da fiziksel boyutla ilgili benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Bu araştırma sonuçlarına göre; bakım verenlerin uyku düzeninde, fiziksel ve ruh sağlığında bozulma (Koyuncu 108), yorgunluk, iştahta azalma, boşaltım düzeninde değişim, dikkatte azalma (Uğur 118), baş ağrısı, mide şikayetleri (Akça 97), sırt ağrısı, bağışıklık sisteminde değişim, hiperinsülinemi, hipertansiyon, uykusuzluk, kronik yorgunluk, iştah değişikliği, kilo alma, ya da verme (Gopalan and Brannon (58) ve Silver and Wellman (117), kronik yorgunluk, kas ağrısı, konstipasyon, giyim-kuşamda dağınıklık, kardiovasküler sorunlar olarak belirlenmiştir (İnci (73) ve Beaundrea et al. (119). Bu bulgulara ek olarak, bakım verenlerin vermeyenlere göre daha fazla hasta oldukları ve sağlık hizmetleri kullandıkları (36,73,113) rapor edilmiştir.

Bakım verenlerin alkol ve sigara kullanımı ile ilgili olarak da elde edilen bulgularda Yaşar (105) bakım vericilerin %3.7’sinin sigara ve alkol kullandığını ve bakım verme sırasında da sürdürdüğünü, Duru Aşiret (36) çalışmasında bakım verenlerin %18.6’sının sigara kullandığını ve hiçbirinin alkol kullanmadıklarını, Parks and Novielli (120) bakım vericilerin alkol, sigara ve psikotrop ilaç kullanımında artış gösterdiklerini rapor etmişlerdir.

Yalnız bir çalışmada (121) birincil bakım verenler, bakım ile ilgili işlerini yaparken örneğin yaşlıyı kaldırma sırasında, yaralanma, incinme ya da uykusuzluk nedeniyle dikkatsizlik ve bunlara bağlı olarak hem bakılanın hem de bakım verenin sağlığını etkileyecek olumsuzluklarla karşılaşılmasının kaçınılmaz olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışmanın eğitim öncesi aşamasında toplam 21 fizyolojik özellikten dört özelliğin “arttığı” saptanmıştır (yorgunluk, sırt ve bel ağrısı ve sigara kullanımı). Yorgunluk ve sırt ağrısının artması daha önceki araştırmacıların saptadığı bulgularla uyumlu olmakla beraber bel ağrısı ve sigara kullanımında belirlenen artış farklılık göstermektedir. Sigara

kullanımındaki artış, toplumda kadınlar arasında sigara kullanımının yaygınlaşması ile açıklanabilmektedir. Bel ağrılarındaki artışı Ingersoll-Dayton et al. (121) yaşlıyı kaldırma sırasında yaralanma, incinme ya da uykusuzluk nedeniyle dikkatsizliğe bağlamışsa da bu durumun öncelikle yaşlının bakımı sırasında vücut mekaniklerinin kullanılmamasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Eğitim öncesi aşamasında “arttığı” belirtilen bu özellikler (yorgunluk, , sırt ve bel ağrısı ve sigara kullanımı) eğitim sonrasında sayısal olarak ya tamamen giderildiği ya da belirgin bir azalma gösterdiği, aynı sayısal azalmanın 1. ve 2. izlemlerde de sürdüğü ya da korunduğu görülmüştür (Tablo 4.9, Grafik 4.3). Eğitim programında vücut mekanikleri ve gerginliği rahatlama egzersizlerinin öğretilmesinden ve destek grup toplantılarında duyguların konuşulmasından sonra vücut ağrılarının azalması ya da tamamen giderilmesi, bir bakım vericinin eğitim sonrası odak grup görüşmesindeki ifadesi ile örneklendirilebilir. Bir bakım verici “*baş ağrısı, sırt ağrısı, boyun ağrısı yaşıyorum ama daha azaldı egzersizler iyi geliyor biraz rahatlıyorum*” ifadesini kullanmıştır (Bakım veren 3).

Bu çalışmanın eğitim öncesi aşamasında birincil bakım verenler toplam 21 fizyolojik özellikten beş özelliğin kendilerinde “azaldığını” ifade etmişlerdir (kendi bakımı, dinlenme zamanı, dikkati, genel hareketlilik durumu, uyku düzeni). Bu bulgulardan kendi bakımı, dikkat ve uyku düzeni değişiklikleri daha önceki araştırmacıların saptadığı bulgularla uyumaktadır. Ancak dinlenme zamanı ve genel hareketlilikteki değişikliklere daha önceki araştırmacılar tarafından değinilmediği halde bu çalışmada elde edilmiş bir bulgu olmuştur.

Araştırmanın eğitim öncesi aşamasında, “azaldığı” belirlenen özelliklerin tamamı (kendi bakımı, dinlenme zamanı, dikkati, genel hareketlilik durumu, uyku düzeni) eğitim sonrası, sayısal olarak ya tamamen giderildiği ya da belirgin bir azalma gösterdiği ve bu azalmanın sayısal olarak 1. ve 2. izlemlerde sürdüğü saptanmıştır (Tablo 4.9, Grafik 4.2).

Diğer taraftan eğitim öncesi bir değişme olmayıp “aynı” kaldığı ifade edilen üç fizyolojik özellik olmuştur (kendi sağlık kontrollerine gitmesi, dişlerine bakması ve sık hasta olma durumu). Bu üç fiziksel özellikten bir tek “sık hasta olma” daha önceki araştırmacıların saptadığı bulgularla uyumluluk göstermektedir. Silver and Wellman (117), Gopalan and Brannon (58) bunu “bağışıklık sisteminde değişim” Parks and



Novielli (120) “bağışıklık sisteminde gerileme” ve İnci ve Erdem (122), Beaudreau (119), ise “fazla hasta olma” ile isimlendirmişlerdir. Daha önceki araştırmacılardan farklı olarak belirlenen diğer bir özellik “kendi sağlık kontrollerine gitme” olmuştur. Alpteker (113) çalışmasında yaşlıya bakmanın sağlık kontrollerine bir engel olmadığını belirlemişken, bu çalışmada bir engel oluşturduğu ve aksatıldığı görülmüştür. Bu özelliğe ilişkin de eğitim sonrası sayısal değişim ile artış göstermiş ve bu artışın 1. izlemde artarak 2. izlemde korunarak sürdüğü saptanmıştır (Tablo 4.9). Bu sayısal değişime göre bakım verenlerin eğitim ve destek grup görüşmelerinden sonra kendi sağlık kontrollerine gitmeye ve dışlarına bakmaya başladıkları, bunun yanında “sık hasta olma durumlarının” azaldığı görülmüştür.

Burada fizyolojik özellikler boyutu ile bakım verenlerin bakım yüküne bakılmıştır. Ancak gerek belirlenen gerek tartışılan fizyolojik özelliklerin aynı zamanda bireyin psikolojik olarak da etkilenmesinde rol oynayacağından bu özelliklerin “psikolojik özellikler” başlığında tekrar ele alınması gerekmektedir.

#### Sonuç:

Araştırmanın birinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, eğitim öncesi bakım verirken karşılaştığı zorluklar - beş boyutta yer alan - nelerdir?) yanıt olarak; bakım verenler eğitim öncesi, kendi bakımı, dikkati, genel hareketliliği, uyku düzeni ve dinlenme zamanında azalma ve yorgunluk, sırt ve bel ağrısında artma gibi fizyolojik boyutta zorluklarla karşılaşmışlardır.

Araştırmanın ikinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, bakım verirken karşılaştığı zorluklar – beş boyutta yaşanan – yönünden eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. izlem ve 2. izlem arasında fark var mıdır?) yanıt olarak; eğitim öncesi ortaya çıkan olumsuz etkilenmelerin hepsi eğitim sonrası sayısal olarak olumlu yönde farklılık göstermiş ve bu farklılıkların 1. ve 2. izlemlerde de sürdürüldüğü ya da artarak sürdürüldüğü görülmüştür. Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin alt boyutlarından olan fiziksel yükte de eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında da çok önemli bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Araştırmanın birinci hipotezi, olan, Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubunun, bakım verenlerin fizyolojik boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır karşıt hipotezi kabul edilmiştir.

Bu sonuçlar beş boyut dikkate alınarak planlanan eğitimin ve sağlanan destek grup görüşmelerinin etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç bakım verenlerin stres kaynaklarından biri ve içsel stres kaynağı olarak (intrapersonel) değerlendirilmiştir. Bu stres kaynağının eğitim programı ve destek grup görüşmeleri gibi kurumsal desteklerle azaltıldığı da gösterilmiştir.

Bu çalışmada NSM'ne göre birincil bakım verenlerin psikolojik boyutta etkilenmelerini belirlemek üzere kullanılan 22 psikolojik özellikten onikisinin arttığı, altısının hiç yaşanmadığı, dördünün değişmeden aynı kaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.10, Grafik 4.4).

Demansı olan yaşlıya bakım verenlerin bakım sürecinde kendi sağlıklarının etkilendiği boyutlardan biri de psikolojik boyuttur. Konuya ilişkin yapılmış araştırma sonuçlarına göre; bakım verenlerin çabuk öfkelenme, ev içinde rahatsızlık duyma gibi ruhsal sorunlar Kılıç Akça ve Taşçı (57), orta-ciddi düzeyde depresyon Gonzales et al. (123), klinik depresyon semptomları (124) depresyon ya da anksiyete ve bakımla ilişkili stres (58) yaşadıklarını saptamışlardır. Uğur (118) çalışmasında bakım verenlerin güçsüzlük, korku, umutsuzluk hissettiklerini bulmuştur. Boekhorst et al. (32) Au et al. (33) demanslı yaşlıya bakım verenlerin yüksek oranda psikolojik sıkıntı yaşadığı, depresyon ve diğer psikopatolojik hastalıklardan daha fazla etkilendiklerini saptamışlardır. Stommel'e göre depresyon, bakım verme uğraşına bir tepki olarak ortaya çıkan ve bakım sürecini büyük ölçüde etkileyen bir durumdur. Uğur (118), Küçükgüçlü ve ark. (27) göre de bakım vermenin oluşturduğu yük depresyon düzeyini arttırıcı etki yaratmaktadır.

Bu çalışmanın eğitim öncesi aşamasında toplam 22 psikolojik özellikten oniki özelliğin "arttığı" saptanmıştır. Bakım verme ile artan psikolojik özellikler; baş edememe, üzüntü, umutsuzluk ve gerginlik hissi, yorgunluk, kızgınlık-öfke, sabırsızlık, pişmanlık, acı-ızdırıp duygusu, hayal kırıklığı, endişe yaşama ve hayatı sorgulamak olmuştur. Bu özelliklerden öfke (57), umutsuzluk (118) ve gerginlik (32,33) daha önce yapılan çalışmalarda da saptanan özelliklerdir. Şekil 4.1'de artış gösteren özellikler arasında bir bağlantı kurularak açıklamaya çalışılmıştır (eğitim öncesi ve eğitim sonrası yüzdeleri ile). Buna göre yaşanan yorgunluk, gerginlik, endişe, sabırsızlık, üzüntü ve ardından gelen baş edememe duygusu bakım vereni kızgınlık-öfke, acı-ızdırıp, pişmanlık ve umutsuzluk duygularına götürmekte, bu duygular da bakım verene hayal kırıklığı yaşatmakta ve hayatı sorgulamak boyutuna getirmektedir. Birey bu duyguları kendi

içinde (intrapersonel) ve kişiler arası (interpersonel-ailesel) olarak iki kaynaklı stresi yaşamaktadır.

Eğitim öncesinde artan bu psikolojik özelliklerin eğitim sonrası belirgin bir sayısal azalma gösterip 1. ve 2. izlemde sayısal azalmanın sürdüğü belirlenmiştir (Tablo 4.10, Grafik 4.4). Aynı değişim ya da gelişme eğitim öncesi ve eğitim sonrası odak grup görüşmelerindeki ifadelerde de izlenmiştir.

Bu sonuçlar birincil bakım verenlerin yaşlıya bakım verme deneyimi sırasında daha önce tanışık olmadıkları duygu ve düşünceler gibi içsel stresler (interpersonel) yaşadıklarını düşündürmüştür. Eğitim programı ve destek grubu görüşmeleri ile bu duygu ve düşünceleri ile tanışmış, aynı deneyimi yaşayanlar arasında ortak yaşanan duygular olduklarını görmüş ve bunlara yönelik önlem alma ya da kontrol etme çabası gösterdikleri sonucuna varılmıştır. Bu sonuç bakım verenlerin stres kaynaklarından biri ve içsel stres kaynağı olarak (intrapersonel) değerlendirilmiştir. Bu stres kaynağının eğitim programı ve destek grup görüşmeleri gibi kurumsal desteklerle azaltılabildiği gösterilmiştir.

Bu çalışmada birincil bakım verenlerin altyapısında çoklu etmenlerin bulunduğu ya da onların bir yansıması olarak yaşanan somatik belirtilere de bakılmıştır (Tablo 4.11, Grafik 4.5).

Kesebir (125) somatik sorunları ruhsal sıkıntı ve psikososyal stresin bedensel belirtileri olarak ifade etmiştir. Somatik hastalıkların ortaya çıkışını tetikleyen en yaygın etmenler kayıp ve ayrılık duygularının yaşanmasıdır. Çaresizlik, güvensizlik ve umutsuzluk duyguları ve sıklıkla bunlara eşlik eden öfke, kin, nefret, intikam, acı, üzüntü, hayal kırıklığı, korku ve kaygı gibi bastırılmış, çözümlenmemiş ve ifade bulamamış duygular, somatizasyona neden olan başlıca öğeler olarak bilinmektedir. Ayrıca stresli yaşam olayları, bireyin bedenine olan ilgiyi arttırarak bazı bireylerde somatik belirtileri alevlendirebilmektedir.

Tablo 4.10'a birincil bakım verenlerde eğitim öncesi, umutsuzluk, kızgınlık/öfke ve hayal kırıklığı gibi duyguların arttığı görülmektedir. Tablo 4.11'de ise somatik sorunların çeşitli ve sık yaşandığı görülmektedir. Bu iki tablo birincil bakım verenlerin yaşadığı olumsuz duyguların birlikte somatik yakınmaları da tetiklediğini düşündürmektedir.

Bakım verenlerin herhangi bir tanı olmaksızın ifade edilmiş olan bedensel yakınmaları içinde eğitim öncesi en sık rastlanan sorun genellikle yorgunluk, baş, sırt, bel, kol-bacak-eklem ağrılarıdır (Tablo 4.11, Grafik 4.5). Bu sonuç bakım verenlerin stres kaynaklarından biri ve içsel stres kaynağı olarak (intrapersonel) değerlendirilmiştir. Bu belirtilerden yorgunluk ve baş ağrısının hemen eğitim sonrası çok önemli derecede azaldığı ( $p<0.01$ ) 1. ve 2. izlemlerde de azalmaya önemli derecede ( $p<0.05$ ) devam ettiği görülmüştür (Tablo 4.11, Grafik 4.4). Sırt, bel, kol-bacak-eklem ağrılarının ise eğitim sonrası hemen bir azalma göstermeyip, eğitim sonrası ile 1. izlem arasında çok önemli ( $p<0.01$ ) ve 1. izlem ve 2. izlem arasında da önemli ( $p<0.05$ ) azalma ile devam ettiği görülmüştür. Bu sonuç bakım verenlerin stres kaynaklarından biri ve içsel stres kaynağı olarak (intrapersonel) değerlendirilmiştir. Bu stres kaynağının eğitim programı ve destek grup görüşmeleri gibi kurumsal desteklerle azaltıldığı gösterilmiştir. Eğitim öncesi odak grup görüşmesinde, birincil bakım verenler, yaşadıkları psikolojik ve fizyolojik sıkıntılar arasında bir ilişki kurabildikleri ve eğitim sonrasında ise bakım verenlerin yaşadıkları psikosomatik belirtilere yönelik önlem alma ya da kontrol etme çabası gösterdikleri görülmüştür.

Pek çok çalışmada depresyonun somatizasyonla ilişkisi üzerinde durulmuştur. Çalışma sonuçları, depresif hastaların depresif olmayanlara göre daha fazla somatik belirtiler gösterdikleri, depresif ve somatik belirtiler arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu yönündedir (125-127). Ayrıca Clarke and Smith (128) depresif bozukluğu olan hastaların önemli bir bölümünün hekime somatik (bedensel) yakınmalarla başvurduklarını, Kelleci ve arkadaşlarının (129) değişik bedensel yakınmalar nedeniyle sağlık ocağına başvuran kadınların %58.3'ünde; İstanbul'da Buzlu ve ark. (130) yaptığı çalışmada da, kadınların %45'inde psikiyatrik rahatsızlık yönünden değerlendirilmesi gereken belirtiler yaşadıklarını saptamışlardır. Bu sonuçlar araştırmacılara, kadınların sağlık kurumuna bedensel sorunlarla başvurduklarını ancak derinlemesine görüşmeler sırasında ruhsal içerikli yakınmaları ifade ettiklerini göstermiştir.

Bu çalışmada da demansı olan yaşlının birincil bakım verenlerinde ortaya çıkan içsel stres kaynaklarının (fizyolojik ve psikolojik stresler) birbirleri ile oluşturdukları sinerjinin aynı zamanda bir kısır döngü yarattığını ve yaşanan koşulları daha da zorlaştırdığı düşünülmüştür. Tablo 4.1, Tablo 4.7 ve Tablo 4.10'da görüldüğü gibi birincil bakım verenlerin tamamının kadın olması, %17.2'sinin depresyon tanısı almış

olması ve psikolojik boyuttaki bir çok özellik yönünden sorun yaşamaları somatik yakınmaların fazla olmasını etkilediğini düşündürmektedir. Bir bakım verici yakınmasını şöyle ifade etmiştir “*Eklem ağrılarım, bel ağrılarım başladı bunlarında üzüntüye ve strese bağlı olduğunu düşünüyorum. Kendimi yıpranmış hissediyorum*” (Bakım veren 6).

#### Sonuç:

Araştırmanın birinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, eğitim öncesi bakım verirken karşılaştığı zorluklar - beş boyutta yer alan - nelerdir?) yanıt olarak; bakım verenler eğitim öncesi, baş edememe, üzüntü, umutsuzluk, gerginlik hissi, yorgunluk, kızgınlık-öfke, sabırsızlık, pişmanlık, acı-ızdırıp duygusu, hayal kırıklığı, endişe yaşama, hayatı sorgulama, gibi psikolojik boyutta zorluklarla karşılaşmışlardır.

Araştırmanın ikinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, bakım verirken karşılaştığı zorluklar – beş boyutta yaşanan – yönünden eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. izlem ve 2. izlem arasında fark var mıdır?) yanıt olarak; eğitim öncesi ortaya çıkan olumsuz etkilenmelerin hepsi eğitim sonrası sayısal olarak olumlu yönde farklılık göstermiş ve bu farklılıkların 1. ve 2. izlemlerde de sürdürüldüğü ve bu duyguların ortadan kalktığı görülmüştür. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri alt boyutundan biri olan duygusal yükte eğitim sonrası ile 1. ve 2. izlem arasında çok önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).

Araştırmanın ikinci hipotezi, Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubunun, bakım verenlerin psikolojik boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır karşıt hipotezi kabul edilmiştir.

Bu sonuçlar beş boyut dikkate alınarak planlanan eğitimin ve sağlanan destek grup görüşmelerinin etkili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada NSM’ne göre birincil bakım verenlerin sosyo-kültürel boyutta etkilenmelerini belirlemek üzere kullanılan 17 sosyo-kültürel özellikten dokuzunun “azaldığı” “ikisinin” arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.12, Grafik 4.6).

Demansı olan yaşlıya bakım verenlerin bakım sürecinde etkilendiği boyutlardan biri de sosyo-kültürel boyuttur. NSM’ne göre bu boyut daha çok ailesel (interpersonel) ve çevresel (extrapersonel) stres kaynaklarını oluşturmaktadır. Buraya kadar ele alınan ve incelenen boyutların daha çok bakım verenin kendi içsel streslerini oluşturup

yansıtırken, sosyo-kültürel boyut bakım verenin kendi dışındaki stres kaynaklarına yöneliktir.

Bu konuda yapılmış araştırma sonuçlarına göre; bakım verenlerin %76,0'ının kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını ve bu durumun onların aile ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediğini, %40,9'u bakım verme sorumluluğunun diğer işlerini engellediğini belirtmişlerdir. Dramalı ve ark. (70), Koyuncu Yaşar (108) bakım veren bireylerin bakım verirken zaman ve enerji konusunda yetersizlik, mesleki iş kaybı ve günlük yaşamı etkileme sorunlarıyla baş edemediklerini belirtmişlerdir. Aksayan ve Çimete'nin (24) yaptığı çalışmada da hastalık nedeniyle aile bireylerinin %66.2'sinin aile içi görevlerinde değişiklik yaptığını, aile üyelerinin yorgunluk, bunaltı, sosyal yaşantı değişikliği yaşadıkları belirlenmiştir. Kılıç Akça ve Taşçı (57) çalışmasında bakım verenlerin sosyal iletişimlerinde bozulma, ev içi düzenlemeler yapmada zorluk yaşadıklarını görmüşlerdir. Alpteker (113) bakım yükü olanların (%24.5) yaşlıya bakmanın aile yaşamını etkilediğini bildirmiştir. Gopalan and Brannon (58) bakım verenlerin sosyal izolasyon yaşadıkları ve aile içi rollerinin de etkilendiğini bildirmişlerdir. Stetz and Brown (131) bakım verenlerin sorumluluk ve rollerine bağlı olarak çoğu zaman önceden var olan ilişkilerden ve sosyal etkileşimlerden izole olduklarını rapor etmişlerdir. Duru Aşiret (36) çalışmasında bakım verenlerin yarısından fazlasının bakım masrafları nedeniyle ekonomik yönden etkilendiğine değinmiş ve diğer çalışmacılar gibi, bakım verenlerin %85.7'sinin sırasıyla sosyal izolasyon, diğer tüm işlerin aksaması, hayatının hastaya göre planlanması, kendine zaman ayıramama ve öz bakım sorunları yaşama gibi günlük yaşamlarının etkilendiğini tanımlamıştır. Koyuncu'da (108) birincil bakım verenin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılıklarının arttığını açıklamıştır.

Bu çalışmada elde edilen bulgularla bu araştırma sonuçları ile uyumlu ve destekler niteliktedir. Birincil bakım verenlerin eğitim öncesi zamanla çevredeki bireylerle, komşularla ilişkileri, arkadaş sayısı, aileye, özel yaşama, sevdiği işlere ayrılan zamanda "azalma", gazete-kitap okumakta, çalışma yaşamını sürdürmekte ve gelir durumunda düşme ifade edilmiştir. Bu sonuç bakım verenlerin stres kaynaklarından diğer birinin de

ailesele ve çevresel stres kaynağı olduğu (interpersonel ve extrapersonel) şekilde değerlendirilmiştir.

Bu aşamada bakım verenlerin %63.3'ünün birinci dereceden, %30 ikinci derece yakınlarından ve "diğer" kişilerden de %3.3 yardım aldıkları ve kurumsal yardım olarak yalnız Toplum Merkezi'nden yardım aldıkları da (para yardımı ve özürlü kimlik kartı sağlama) (%100) dikkate alındığında (Tablo 4.17, Grafik 4.10), eğitim öncesi birincil bakım verenlerin aile içi ve diğer bireylerden aldıkları yardım ve desteklerin sınırlı kaldığı, bakım verenin kendi girişimlerinin de bu desteği arttırmaya yetmediği düşünölmüştür.

Bu aşamada bakım verenlerin %63.3'ünün birinci derece, %30'unun ikinci derece yakınlarından ve "diğer" kişilerden de %3.3 yardım aldıkları ve kurumsal yardım olarak yalnız Toplum Merkezi'nden yardım aldıkları da (para yardımı ve özürlü kimlik kartı sağlama) (%100) dikkate alındığında (Tablo 4.17, Grafik 4.10), eğitim öncesi aile içi ve diğer bireylerden aldıkları yardım ve desteklerin sınırlı kaldığı, bakım verenin kendi girişimlerinin de bu desteği arttırmaya yetmediği düşünölmüştür.

Eğitim öncesi azaldığı belirlenen bu ailesele ve çevresel özelliklerde eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemde sayısal olarak artma belirlenmiştir (Tablo 4.12, Grafik 4.6). Bu stres kaynaklarının eğitim programı ve destek grup görüşmeleri yanı sıra Toplum Merkezi (özürlü kimlik kartı), Aile Merkezi (psikolojik destek) ve Sağlık Müdürlüğü'nün hizmetlerinden yararlanmaya başlama (evde bakım hizmetleri) gibi kurumsal desteklerle sayısal da olsa arttığı gösterilmiştir. Diğer bir deyişle birincil bakım verenlerin eğitim öncesi zamanla çevrelerinden uzaklaşma ve ailelerine ilgileri azalmaktayken eğitim programı ve destek grup görüşmelerinde sağlanan önlem alma, yönlendirme ve kontrol etme becerileri geliştirme çabası aynı zamanda bireylerin öğrendikleri koruma egzersizlerini davranışa dönüştörebildikleri şekilde değerlendirilmiştir.

Eğitim öncesinde arttığı belirtilen iki sosyo-költürel boyutta "aile içi sorumluluklar" ve "ekonomik yük" özellikleri hiç bir sayısal değişiklik göstermeden eğitim sonrası, 1. ve 2. izlemlerde aynen sürmüştür (Tablo 4.12, Grafik 4.6). Bu sonuç bakım verenlerin stres kaynaklarından biri ve ailesele ve çevresel stres kaynağı olarak (interpersonel ve extrapersonel) değerlendirilmiştir.

### Sonuç:

Araştırmanın birinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, eğitim öncesi bakım verirken karşılaştığı zorluklar - beş boyutta yer alan - nelerdir?) yanıt olarak; bakım verenler eğitim öncesi, çevredeki diğer bireylerle ilişkiler, komşuluk ilişkileri, arkadaş sayısı, aileye ayrılan zaman, özel yaşam, sevdiği işlere ayrılan zaman ve gazete-kitap okumaya ayrılan zamanda azalma gibi sosyo-kültürel boyutta zorluklarla karşılaşmışlardır.

Araştırmanın ikinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, bakım verirken karşılaştığı zorluklar – beş boyutta yaşanan – yönünden eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. izlem ve 2. izlem arasında fark var mıdır?) yanıt olarak; eğitim öncesi ortaya çıkan olumsuz etkilenmelerin hepsi eğitim sonrası sayısal olarak olumlu yönde farklılık göstermiş ve bu farklılıkların 1. ve 2. izlemlerde de sürdürüldüğü ya da artarak sürdürüldüğü görülmüştür. Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin alt boyutlarından olan zaman-bağımlılık yükü ve sosyal yük de eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında da çok önemli bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Araştırmanın üçüncü sorusuna (Birincil bakım verenlerin eğitim öncesi, sonrası, 1. izlem ve 2. izlem sonrası, bakımda destek kaynakları nelerdir?) yanıt olarak; Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlerin bakımda aile içi (birinci derece, ikinci derece yakınlar ve komşu, görümce, elti) aile dışı (Toplum merkezi, Aile merkezi ve Sağlık Müdürlüğü) destek kaynaklarını kullanma yönünden eğitim öncesi, eğitim sonrası arasında sayısal fark olmuştur. Eğitim öncesi birincil bakım verenlerin aile içi ve aile dışı destek kaynaklarını kullanımı daha az iken eğitim sonrası destek kaynakları kullanımları artmıştır. Bu artış 1. ve 2.izlemde devam ederek sürmüştür.

Araştırmanın üçüncü hipotezi, Demansı olan yaşlıya birincil bakımlara uygulanan eğitim ve destek grubunun, bakım verenlerin sosyo-kültürel boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır karşıt hipotezi kabul edilmiştir.

Bu sonuçlar beş boyut dikkate alınarak planlanan eğitimin ve sağlanan destek grup görüşmelerinin etkili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada NSM'ne göre birincil bakım verenlerin gelişimsel boyutta etkilenmelerini belirlemek üzere kullanılan 12 gelişimsel özellikten beşinin azaldığı, ikisinin arttığı ve beşinin aynı kaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.13, Grafik 4.7).



Bakım verenlerin  $42,433 \pm 9,50$  yaş olarak genç erişkin döneminin (25-45 yaş) sonları ve orta erişkinlik döneminin (45-65 yaş) başlarında olmakla birlikte (Tablo 4.1) Piagét, Erikson, Kohlberg gibi gelişim kuramcılarına göre en belirgin özellikler şöyledir. Fiziksel değişikliklerin ve ailesel hastalıkların yavaş yavaş ortaya çıkmaya başladığı, uyku düzeni bozulması, çalışmaya- stres ya da aktivite azlığına bağlı yorgunluk yaşanması, zihinsel olgunluk, iç görü ve algılamaları ile olaylara gerçekçi bakabilmesi, bilgileri düzenleme becerisi ile iyi hatırlaması, yeterliliğe ve öz-saygınlığa erişmiş olması, psikolojik gelişim olarak yakın ilişki ile izole ve yalnız kalma duyguları yaşaması, kendini kural ve beklentilerden ayrı tutabilmesi ve kendi ilkelerini oluşturması, toplumsal kuralların ötesine geçebilmesi, toplum değer ve kuralları ile çatışabilmesi gibi özellikleri vardır. Yaklaşık 40'lı yaşlarda kim olmak istediği ile yaşamın anlamı, değer ve yönünü, sorgular, ailenin yaşlılarına bakmak ile sorumlu olma durumu yaşayabilir, hastalık ya da kriz durumlarında değerler sistemini, neyin önemli olduğunu sorgular, başkalarının iyiliği için kendini feda etme gibi özellikler yaşar. Bu yönleri ile ortayaş kadınlar daha fazla psikolojik, sıkıntı altında olma ve kendi iç değişikliklerinin yanı sıra dış değişkenlerle de başa çıkma, olgunlaşma, hayatı yeniden gözden geçirme adına insan yaşamının önemli evrelerinden birisi olmaktadır.

Chang HY et al. (59) çalışmalarına göre özellikle ataerkil toplumlarda orta yaş kadınların anksiyete, depresyon, somatizasyon gibi psikolojik stres altında olmalarına değinmişler ve öncelikle çocukların eğitimi, aile yönetimi ve bakımı sorumluluklarına ek olarak giderek artan rol ve sorumluluklar altına girmelerine bağlamışlardır. Bu çalışmada da birincil bakım verenlerin tanı koyulmuş hastalıklarından depresyonun ikinci sırada olduğu ve somatik yakınmaların eğitim öncesi sık yaşandığı görülmüştür (Tablo 4.7, Tablo 4.11).

Birincil bakım verenlerin eğitim öncesi yaşadıklarını belirttikleri gelişimsel özelliklerden bir şeyler yapma isteği, istediklerini yapabilme, kendini güçlü, sağlıklı, başarılı hissetme gibi beş özellikte “azaldığı”; kendini olgun ve yaşlı hissetme gibi iki özellikte “arttığı”; kendini beğenme duygusu, hassas olma, yalnız hissetme, manipüle edilmiş hissetme ve yüksek beklenti, düşük kontrol hissi gibi beş özellik yönünden değişmedikleri, “aynı” olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.13, Grafik 4.7).

Azaldığı belirtilen özellikleri, bakım verenlerin içinde buldukları yaş dönemi ile uyumlu olmadığı (bir şeyler yapma isteği, istediklerini yapabilme, kendini güçlü,

sağlıklı, başarılı hissetme), arttığı belirtilen özellikler yönünden de (kendini olgun ve yaşlı hissetme) içinde buldukları yaş dönemi ile uyumlu olmadığı düşünülmüştür. Birincil bakım verenlerin kendilerini yaşlıları ile karşılaştırdıklarında algıladıkları farklılıkları ve duygularını sert ifadelerle, çarpıcı bir biçimde bir odak grup görüşmesinde örneklendirilmiştir. *“Yaşlılarımın yanında kendimi pislik gibi görüyorum. Onlar iyi hoş ben yetersizim. Yaşlılık ek olarak var ben annelere gittiğimde arkadaşlarımla konuşuyorum bir onlara bakıyorum bir kendime bakıyorum ben yaşamıyorum diyorum”* (Bakım veren 5). Bir başka bakım veren bu konuda yaşlılarının yaptığı fakat kendisinin yapamadığı bir durumu şöyle ifade etmektedir. *“Camiye yazıldım bayanlar gidiyor ben gidemedim. Çok üzüldüm gidemediğim için”* (Bakım veren 1).

Yine eğitim öncesi kendilerini beğenme duygusu, hassas olma, yalnız hissetme, manipüle edilmiş hissetme ve yüksek beklenti düşük kontrol hissi gibi beş özellik yönünden değişmedikleri, “aynı” olduklarını belirtmiş olmaları, bakım verenleri, içinde buldukları tabloda bir destekleyici yön ya da tampon görevi gördüğü yönünde değerlendirilmiştir (Tablo 4.13, Grafik 4.7).

Eğitim sonrası odak grup görüşmesinde ise birincil bakım verenler kendilerini yaşlıları ile karşılaştırdıklarında algıladıkları farklılık, duygu ve ifadelerin daha yumuşadığı görülmektedir. Bunun yanında eğitim öncesi azaldığı belirtilen özelliklerin tamamında artış, arttığı belirtilen özelliklerin tamamında azalma saptanmıştır.

**Sonuç:**

Araştırmanın birinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, eğitim öncesi bakım verirken karşılaştığı zorluklar - beş boyutta yer alan - nelerdir?) yanıt olarak; bakım verenler eğitim öncesi, bir şeyler yapma isteği, istediklerini yapabilme, kendini güçlü, sağlıklı ve başarılı hissetmelerinde “azalma”, kendini olgun, yaşlı, hissetme gibi duygularında artma gelişimsel boyutta karşılaşılan zorluklardır.

Araştırmanın ikinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, bakım verirken karşılaştığı zorluklar – beş boyutta yaşanan – yönünden eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. izlem ve 2. izlem arasında fark var mıdır?) yanıt olarak; eğitim öncesi ortaya çıkan olumsuz etkilenmelerin hepsi eğitim sonrası sayısal olarak olumlu yönde farklılık göstermiş ve bu farklılıkların 1. ve 2. izlemlerde de sürdürüldüğü bu duyguların ortadan kalktığı görülmüştür. Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin alt boyutlarından olan gelişimsel

yük de eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında da çok önemli bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Araştırmanın dördüncü hipotezi, Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubunun, bakım verenlerin gelişimsel boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır karşıt hipotezi kabul edilmiştir.

Bu sonuçlar beş boyut dikkate alınarak planlanan eğitimin ve sağlanan destek grup görüşmelerinin etkili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada NSM'ne göre birincil bakım verenlerin manevi boyutta etkilenmelerini belirlemek üzere kullanılan 12 manevi özellikten, eğitim öncesi sekizinin “aynı” kaldığı ve dördünün “azaldığı” belirlenmiştir (Tablo 4.14, Grafik 4.8).

Maneviyat boyutu, deneyimlerden anlam bulma, kendini anlama ve geliştirme gibi bir çok öğeyi içermekle beraber günlük yaşamda daha çok din ve din ile ilişkili uygulamalarla bağlantılandırılmaktadır. Bu anlayışın maneviyat boyutuna indirgeyici yaklaştığına inanılmaktadır.

Konuya ilişkin yapılan kalitatif araştırmalarda araştırmacılar bakım vermenin anlam bulmayı kolaylaştırdığını/sağladığını belirtmişlerdir. Yurt içi ve yurt dışı yapılan çalışmalarda araştırmacılar bakım verme sorumluluğunun bakım vericiler üzerine önemli etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir (105). Oldnall (132), insanın yaşama nedeni ve yaşamın, sıkıntının, sağlığın ve hastalığın anlamının açıklanmasına yardımcı olacak bir takım inançlara ihtiyacı olduğunu, bunlar olmazsa kişinin ölmeye başladığını belirtmiştir.

Sülü (133) araştırmasında annelerin çocukları yoğun bakımda bulunduğu süre içinde çocuklarına manevi olarak destek olabilmek için dini inançları doğrultusunda uygulamalara başvurduklarını yine annelerin büyük çoğunluğunun zor durumlarla başa çıkmak için bazı dini uygulamalara başvurduklarını, inançlarıyla ayakta kaldıklarını, bu şekilde güç bulduklarını ve sabır hissettiklerini belirtmişlerdir. Grant (134) maneviyatın bireylere iç huzur ve baş etme gücü verdiğini, fiziksel rahatlama ve kendini tanımayı sağladığını, bağlantı kurmalarına ve başkalarıyla işbirliği yapmalarına yardımcı olduğunu belirtmiştir. Clark (128) inanmanın insanın hayatına anlam kattığını ve dini inancın en üst değer yönelimi olduğunu belirtmiştir. Yaradanın varlığına inanma, inanan bireyin yaşamındaki en önemli motivasyonudur. İnanan kişi bu dünyada yalnız

olmadığına ve zor durumda kaldığında yardım eden bir varlığın olduğunu hissetmektedir (135).

Sosyal bir olgu olarak dinler ve onun etrafında şekillenen inançlar, insan yaşamının vazgeçilmezleri arasında yer almış ve her zaman canlılığını korumuştur. Maneviyat, mücadele yaratan durumların etkisine karşı bir tampon görevi görmekte ve bakım verenlerin daha az stres yaşamasına destek olmaktadır.

Bu çalışmada daha önce yapılan araştırmalarda elde edilen sonuçla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Birincil bakım verenlerin manevi boyutta değişmeden aynı kaldığını belirttikleri özelliklerin bu anlamda olduğu düşünülmüştür (kendine inanma, yaşamın anlamı, kendine güven, gelecekte beklenen, huzur hissi, tanrıya güven, inancına bağlılık ve bu inancına bağlı uygulamaları yerine getirme) (Tablo 4.14, Grafik 4.8). Bir bakım vericinin eğitim öncesi odak grup görüşmesinde “*İnancım arttı, sürekli dua ediyorum, ara sıra dua okuyup kayınvalidem üzerine üflüyorum*” (Bakım veren 4). Diğer bir bakım veren ise “*Bunaldığım zaman dua ediyorum, zikir çekiyorum maneviyatım arttı evde sürekli olduğum için bir kişinin zaman içinde böyle olduğunu görünce dualarım arttı*” (Bakım veren 2) gibi ifadelerle yaşadıklarını örneklemekteyiz. Bir başka bakım veren yaşamın anlamını çocuklarına bağlamış olup bu konudaki düşüncesini şöyle ifade etmiştir, “*Benim şu dünya da yaşama nedenim iki çocuğum*” (Bakım veren 5).

Eğitim öncesi yapılan odak grup görüşmesinde, birincil bakım verenin, maneviyatının arttığını, eğitim sonrası ise bu deneyimlerinden bir anlam bulabildiği görülmüştür.

Bu çalışmanın eğitim öncesi yaşama bağlılık, yaşam üzerindeki kontrol hissi, yaşamdan aldığı doyum ve insanlara güven gibi dört manevi özelliğin “azaldığı” eğitim sonrası için olumlu yönde ciddi gelişme gösterdiği ve bunun 1. ve 2. izlemlerde de sürdüğü ya da korunduğu belirlenmiştir (yaşama bağlılık, yaşam üzerindeki kontrol hissi, yaşamdan aldığı doyum). Bir tek “insanlara güven” özelliğinde bir değişim sağlanamamıştır (Tablo 4.14, Grafik 4.8).

Manevi boyutu daha ayrıntılı incelemek üzere bakım verenlerin “her şeyden vazgeçme duygusu” yaşayıp yaşamadıkları ve kendilerine göre bakım vermenin anlamına bakılmıştır. Buna göre bakım verenlerin eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1.izlem ve 2.izlemlerde bakım vermeye yükledikleri anlam genellikle “mecburiyet”, “kader” ve “sınav” olmuştur. Birincil bakım verenler bu konudaki düşüncelerini “*Bizden başka*

*kimsesi olmadığı için mecburi hissettiğim için bakıyorum sonuçta bizde yaşlanacağız onun için bakmalıyız* (Bakım veren 4), *“Zor ama mecbur bakmak zorundayız”* (Bakım veren 8) ile dile getirmişlerdir.

Birincil bakım verenlerin eğitim öncesi odak grup görüşmelerinde kadercilik üzerine ifadelerin yer aldığı görülmüştür. Bir bakım veren *“bu bir imtihan ve bir sınavdan geçiyoruz”* (Bakım veren 4) ifadesi ile kendini anlatmıştır.

“Her şeyden vazgeçme” gibi bir duygunun bakım verenlerin %86.7’si tarafından yaşandığı saptanmıştır. Bu duygu ve belirlenen psikolojik gerginliklerle beraber bakım verenlerin yaşamlarının gergin ve yüklü olduğu düşünülmüştür (Tablo 4.15, Tablo 4.10).

Sonuç:

Araştırmanın birinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, eğitim öncesi bakım verirken karşılaştığı zorluklar - beş boyutta yer alan - nelerdir?) yanıt olarak; bakım verenler eğitim öncesi, yaşama bağlılık, kendine inanma, yaşamın anlamı, kendine güven, gelecekte beklenen, huzur hissi, yaşam üzerindeki kontrol ve yaşamdan alınan doyum da azalma, gibi manevi boyutta zorluklarla karşılaşmışlardır.

Araştırmanın ikinci sorusuna (Birincil bakım verenlerin, bakım verirken karşılaştığı zorluklar – beş boyutta yaşanan – yönünden eğitim öncesi, eğitim sonrası, 1. izlem ve 2. izlem arasında fark var mıdır?) yanıt olarak; eğitim öncesi ortaya çıkan olumsuz etkilenmelerin hepsi eğitim sonrası sayısal olarak olumlu yönde farklılık göstermiş ve bu farklılıkların 1. ve 2. izlemlerde de sürdürüldüğü ya da artarak sürdürüldüğü görülmüştür.

Araştırmanın beşinci hipotezi, Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlere uygulanan eğitim ve destek grubunun, bakım verenlerin manevi boyutta yaşadığı bakım yükünü azaltır karşıt hipotezi kabul edilmiştir.

Bu sonuçlar beş boyut dikkate alınarak planlanan eğitimin ve sağlanan destek grup görüşmelerinin etkili olduğunu göstermektedir.

Bakım verenlerin yaşadıkları koşullar bu şekilde tanımlandıktan sonra ortaya çıkan bu tablo ile kişilerin nasıl baş etmeye çalıştıklarına bakılmıştır. Konuya ilişkin bir araştırma sonucuna göre, yaşlıya bakım verenlerin bakımda yaşadıkları sorunlarla baş etmede kabullendiği, sakin davranmaya çalıştığı, danışmanlık alma yoluna başvurdukları (108)

ve bir başka sonuca göre de baş etme yollarının en fazla paylaşmak ve ağlamak olduğu belirlenmiştir (36).

Bu çalışmada birincil bakım verenlerin baş etme yöntemlerine bakıldığında birincil bakım verenlerin eğitim öncesi belirttikleri baş etme yöntemlerinde daha çok kapalı ortamda gerçekleştirilen uğraşlar yer alırken, eğitim sonrası daha çok açık ortamda gerçekleştirilen uğraşların yer aldığı gözlenmiştir (eğitim öncesi kapalı ortamda gerçekleştirilen baş etme uğraşları; dua etmek, sigara içmek, komşuya gitmek eğitim sonrası kapalı ortamda gerçekleştirilen baş etme uğraşları; komşuya giymek, dua etmek) (Tablo 4.16, Grafik 4.9). Bu gelişmenin önemli bir yön değiştirme olup içe kapanmaktan, dışa açılma gibi bir özellik de ifade ettiği düşünülmüştür.

Buraya kadar verilen sonuçlar araştırmanın anket ve odak grup görüşmesi ile elde edilen verilerinin sonuçlarıdır. Bundan sonraki tartışmalar bu veri ve sonuçları desteklemek amacı ile kullanılan Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ve envanterin beş alt boyutu, (Neuman Sistemler Modelinin beş boyutunu ile uyumlu olarak fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi boyutlar) ile elde edilen bulgulara yöneliktir (Tablo 4.18).

Yaşar'ın (105) Ankara'da yaptığı çalışmada primer bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre puan ortalaması  $50.2 \pm 8.7$ , Akpınar'ın (16) İzmir'de yaptığı çalışmada toplam yük puan ortalamasını  $54.63 \pm 21.15$ , Küçükgüçlü'nün (27) İzmir'de yaptığı çalışmada toplam yük puan ortalaması  $43.01 \pm 22.99$  ve Koyuncu Yaşar'ın (108) Muğla'da yaptığı çalışmada bakım yükü puan ortalaması  $58.56 \pm 16.21$  olarak, bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen toplam bakım yükü puan ortalaması ise  $65.883 \pm 19.5$  olarak belirlenmiştir. Bu ortalama ise diğer illerde yapılan çalışmalara göre bakım verenlerin bakım yüklerinin daha yüksek bir değerde olduğunu göstermektedir. Bu sonucu çalışmanın Orta Anadolu kültürüne sahip bir il olan Kırşehir'de yapılmasının etkilediği düşünülmektedir.

Envanterin eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasındaki fark çok önemli bulunmuştur ( $p < 0.001$ ) (eğitim öncesi toplam ortalaması:  $65.883 \pm 19.5$ , eğitim sonrası toplam ortalama:  $37.067 \pm 12.34$ ). Bu bulguyu destekler nitelikte envanterin beş alt boyutu için eğitim öncesi ve eğitim sonrası verilerin arasında da ileri düzeyde önemli bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$  ve  $p < 0.05$ ). Bu bulgu eğitim öncesi yüksek olan bakım yükünün her boyutta eğitim sonrası önemli ölçüde azaltılabildiğini

göstermektedir. Bu sonuçlar, aynı zamanda bakım yükünün azaltılmasında eğitim ve sosyal destek girişimlerinin etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.18).

Envantere göre bakım yüklerinin azaltıldığı eğitim sonrasında yani 1. ve 2. izlemlerde de azalmanın sürüp sürmediği ya da korunduğuna bakılmıştır. Burada elde edilen sonuç eğitim sonrası toplam puan ortalaması ile 1. ve 2. izlem toplam puan ortalamaları arasında önemli bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu bulgu eğitim sonrası önemli ölçüde azaltılan bakım yükünün korunduğunu ve sürdürüldüğünü göstermektedir (sayısal azalma görülse de istatistiksel olarak anlamsız bir azalma). Bu sonuçlar, aynı zamanda bakım yükünün azaltılmasında eğitim ve sosyal destek girişimlerinin etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 4.18). Ancak bir tek duygusal yük alt boyutunda eğitim sonrası ile 1. izlem arasında çok önemli bir azalma kaydedilmiş ( $p<0.001$ ) ve bu azalmanın 2. izlemde korunarak sürdüğü görülmüştür.

Bakım verenlerin demans konusunda bilgilenmeleri, bu süreçte ne yapacaklarını bilmeleri, kendi öz bakımlarına yönelik ne yapacaklarını bilmeleri, sosyal destek etkileşiminde deneyim ve duygu paylaşım süreci ve bu sürecin ekip hizmeti olarak verilmesi, sağlanan kurumsal desteklerden daha yaygın olarak yararlanmalarının sağlanması ile bakım verenlerin yükünü azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Bilgili (71), Akbayrak (136) ve Lidell'in (137) çalışmalarında da sosyal ve profesyonel desteğin bakım yükünü azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir.

Demanslı yaşlıya bakım evde aile üyeleri tarafından verilmektedir. Bu sürede bakım verenler fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlara bakıldığında çoğu önceden önlenebilen sorunlardır. Bu sorunlar karşısında bakım verenlere verilen eğitim ve destek grup etkileşimlerinin bakım verenlerin bakım yükünü azalttığı görülmüştür.

Neuman Sistemler Modeli'ne göre birincil bakım verenler, modelin “temel yapısı”nı (TY) oluşturmaktadır. Bu çalışmada eğitim öncesinde birincil bakım verenler fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi boyutlarda stres yaşadıkları belirlenmiştir. Direnç halkalarının yetersiz kalması nedeniyle bu stresörler temel yapıya kadar ilerleyip bakım verenlerin çeşitli tepkiler vermesini yol açmıştır. Birincil bakım verenlere eğitim verilerek ikincil koruma, destek grup etkileşimi sağlanarak üçüncül koruma sağlanmıştır. Sonuç olarak girişimler etkili olup, eğitim sonrası ve izlemlerde stresörler esnek savunma halkasına geri çekilmiştir.

Bu çalışma doğrultusunda getirilen öneriler;

Araştırma bulgularına yönelik öneriler:

1. İl Sosyal Hizmetler Kurumu'na bağlı Toplum Merkezi'nde bakıma muhtaç özürülülere yönelik verilen hizmetlere (2828 sayılı sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Knunu) yönelik toplumun bilinçlendirilmesi,

2. Bakım verenlere verilen eğitim ve destek grup etkileşimlerinin sürdürülmesi ve yaygınlaştırılması,

3. Oluşturulacak destek grubu üyeleri arasında psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmetli ve hemşirenin bulunması,

4. Bakım verenlere verilen eğitim ve destek grup etkileşimlerinin sürdürülmesi ve yaygınlaştırılmasında bütüncül bir felsefe ile (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) yaklaşılmanın benimsenmesi,

Araştırma yöntemine yönelik öneriler:

1. Konuya ilişkin başka kalitatif çalışmaların yapılması,

2. Bu araştırma için oluşturulan ve kullanılan “Bunaması (demans) Olan Yaşlıya Bakım Verenler İçin Eğitim Kitapçığı” ve “Kendi Sağlığınız İçin Yapabilecekleriniz” gibi eğitim kitapçıklarının kullanımlarının yaygınlaştırılması önerilebilir.



## 6. KAYNAKLAR

1. Taşdemir G. İlk ve Orta Evre Alzheimer Hastalarının Evde İzlemi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008: 8-84.
2. Morales JM, Bermejo F, Romero M, Del-Ser T. Screening of dementia in community dwelling elderly through informant report. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997; 12: 808-816.
3. Mendez MF, Gerald T.H. Lim seizures in elderly patients with dementia epidemiology and management. *Drugs Aging* 2003; 20:791-803.
4. (2011), Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr>, (28.01.2011).
5. Cöbek Ünalın P, Uzuner A, Dinç D, Çifçili S. Bakıcıların ses; yaşlılar ve bakıcılık hakkında algı ve tutumları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009; 12: 18-24.
6. Kocaman T. Nüfusun yaş yapısındaki değişim ve yaşlılığa ilişkin sosyalpolitikalar, I. Ulusal Geriatrik Fizyoterapi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), s 8-9, 23-25 Eylül 2005, İzmir.
7. Gürvit H, Emre M, Tinaz S, ve ark. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2008; 23: 67-76.
8. Bulut S, Ekici İ, Polat A ve ark. Elazığ ili Abdullahpaşa bölgesinde demans prevalansı ve demans alt grupları. *Demans Dergisi* 2002; 2: 105-110.
9. Karan M. Yaşlanan toplumumuz için demansın önemi, Işık A, Tanrıdağ O (Edt), *Geriatric Pratiğinde Demans Sendromu*, 1. Basım, Som kitap, İstanbul, 2009: 55-70.
10. Yalçın E, Yalçın M, Dikici M, Şahin EM. Alzheimer hastasıyla yaşamak. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2005; 9: 167-173.

11. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakcıfe M, Bilgic N, Ucku R. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of İzmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2006; 43: 93-100.
12. Ünsal Barlas G, Onan N. Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11:105-111.
13. Brauna M, Scholza U, Baileyb B, et al. Dementia caregiving in spousal relationships: A dyadic perspective. *Aging& Mental Health* 2009; 13:426-436.
14. Özer S. Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2010;13:27-35.
15. Altın M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul 2006:4.-21.
16. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2009: 10-26.
17. Braun M, Mura K, Peter-Wight M, Hornung R, Scholz U. Toward a better understanding of psychological well-being in dementia caregivers: The link between marital communication and depression. *Family Process* 2010; 49:185-203.
18. Roth ME. Advances in alzheimer disease. A review fort he family physician. *J Fam Pract* 1993; 37:593-607.
19. Vellone E, Sansoni J, Cohen ZM. The Experience of Italians caring for family members with alzheimer's disease. *Journal of Nursing Scholarship* 2002; 34: 323-329.
20. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008;39-49.
21. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002; 5: 155-159.
22. İzgi M.C, Çoban M, İzgi VA. "Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik'e" eleştirel bakış. *Türkiye Klinikleri J. Med.Ethics* 2008; 16:43-48.
23. Özcan A, Nural N, Karataş B. Geniş ailede yaşlıların yeri ve algılanışı, *Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı*, s 184-188, 26-27 Kasım 1992, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
24. Aksayan S, Cimete G. Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri olanakları ve tercihleri, 1. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı.,s 79-90, 24-26 Eylül 1998, İstanbul.
25. Atalay B, Konta YM, Beyazıt S, Madencioğlu K. Türk Aile Yapısı Araştırması. *Devlet Planlama Teşkilatı*, Ankara, 1992,Yayın No:DPT 2313.

26. Kasuya RT, Polgar B, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. *Postgrad Med.* 2000; 108:119-123.
27. Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakımverenlerin yükü envanteri'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences* 2009;26 :60-73.
28. Akgün Şahin Z, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12: 1-9.
29. Wong D. Stres factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: Implications for culturally sensitive practices. *British Journal of Social Work* 2000; 30: 365-382.
30. Laidlow T, Coverdal J, Fallon I, Kydd R. Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal* 2002;38: 303-310.
31. Barrowclough C. The Family of Patient with Schizophrenia. *Families and Mental Disorders: From Burden to Empowerment*, John Wiley&Sons Ltd, UK, 2005; 1-24.
32. Boekhorst S, Pot AM, Deplaa M, Smit D, Lange j. Group living homes for older people with dementia: the effects on psychological disterss of informal caregivers. *Aging&Mental Health* 2008;12: 761-768.
33. Au A, Li S, Lee K et al. The coping with caregiving group program for Chinese caregivers of patients with alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education and Counselling.* 2010; 78:256-260.
34. Bull M.J. Factors influencing family caregiver burden and helath. *Western Journal of Nursing Research* 1990; 12:758-776.
35. Vitaliona P.P, Zhang j, Scanlan J.M. Is caregiving hazardous to one's physical helath? A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2003; 129: 946-972.
36. Duru Aşiret G. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü, Yüksek lisan Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2011: 20-53.
37. Özgen, G. Yaşlı olgularda bakım sorunları ve bakım verenlerin durumu. *Demans Dizisi* 2000; 77- 80.
38. Mavioğlu H. Alzheimer hastalığı, Mas M.R, Işık A.T, Karan M.A,Beğer T, Akman Ş, Ünal T (Edt), *Geriatrı, 1.Basım, cilt 2. Türk geriatrı vakfı, Fersa matbaacılık, Ankara ,* 2008: 1021.
39. Selekler K. Alois Alzheimer ve Alzheimer hastalığı. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010; 13: 9-14.

40. Topçuoğlu E, Selekler K. Alzheimer Hastalığı. Turkish Journal of Geriatrics 1998; 1: 63-67.
41. Gurvit İH. Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. Nöroloji Ders Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2002: 367-415.
42. Gigliotti, E. The value of nursing models in practice. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2008; 1:42-50.
43. Neuma B, Fawcett J. The Neuman Systems Model. Upper Saddle River, 4. Baskı. NJ: Prentice Hall 2002: 15-70.
44. Gigliotti, E. Use of Neuman's lines of defense and resistance in nursing research: Conceptual and empirical considerations. Nursing Science Quarterly 1997; 10: 136-143.
45. Van Camp K. Eating Disordered Behavior Among Female Marathon Runners, Master of Science, Buffalo NY. 2003: 18-30.
46. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul, 1999:323-346.
47. Gigliotti E. Women multiple role stress: Testing Neuman's Flexible Line Of Defense .Nursing Science Quarterly 1999; 12: 1.
48. George J.B. Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice. Third Edition. Appleton and Lange, Connecticut, 1990: 41-47.
49. Edelman, CL, Mandle, Health Promotion Throughout the Lifespan, (4th Ed.) Mosby, St. Louis, 2000: 582-632.
50. Guyton A, Hall J. Tıbbi Fizyoloji 9. Baskı, H Çavuroğlu (Çev. Edt), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1996: 265-263.
51. Ütücü N, Eker E, Eker D. Demansta aile ve bakıcı tükenmişliği, Işık AT, Tanrıdağ O, Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu, Som kitap, İstanbul, 2009: 595-596.
52. Vitaliano P.P, Young HM, Zhang J. Is caregiving a risk factor for illness?. Current directions in psychological science 2004; 13:13-16.
53. Murphy KW, Toder C, Yeaworth R. Mental health and sleep of older wife caregivers for spouses with alzheimer's disease and related disorders. Issues in Mental Health Nursing 2006; 27:837-852.
54. Luchetti L, Uhunmwangho E, Dordoni G et al. the subjective feeling of burden in caregivers of elderly with dementia: how to intervene.? Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl 2009; 1:153-161.
55. Di Mattei Valentina E, Prunas A, Novella L, Marcone A, F. Cappa S, Sarno L. The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. Neurol. Sci. 2008; 29: 383-389.

56. Shaw W.S , Patterson TL, Semple SJ et al. Longitudinal analysis of multiple indicators of health decline among spousal caregivers. *Annals of Behavioral Medicine* 1997;19: 101-109.
57. Kılıç Akça N, Taşçı S. 65 Yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14(Ek sayı: Hemşirelik Özel Sayısı): 30-36.
58. Gopalan N, Brannon L. Increasing family member's appreciation of family caregiving stress. *The Journal of Psychology* 2006; 140: 85-94.
59. Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009;50:267-271.
60. Garces J, Carretero S, Rodenas F, Aleman C. A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010;50:254-259.
61. Vitaliano P.P, Scanlan JM, Zhang j, Savage MV, Hirsch I& Siegler IC. A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine* 2002;64: 418-435.
62. Pollack C, Stokes P. Circadian rest- activity rhythms in demented and nondemented older community residents and their caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997; 45: 446-452.
63. Spira AP, Friedman L, Beaudreau SA, et al. Sleep and physical functioning in family caregivers of older adults with memory impairment. *International Psychogeriatrics* 2010; 22:306-311.
64. McCurry S, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications. *Sleep Medicine Reviews* 2007; 11: 143-153.
65. Gopalan N, Bronnon LA. Increasing family members appreciation of family caregiving stress. *The Journal of Psychology* 2006; 140: 85-94.
66. Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res.* 2003; 2:33-44.
67. Neundorfer MM, McClendon MJ, Smyth KA, Strauss Me, McCallum TJ. Does depression prior to caregiving increase vulnerability to depressive symptoms among caregivers of persons with alzheimer's disease?. *Aging&Mental Health* 2006; 10:606-615.
68. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları, 1 Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, s 71-78, 24-26 Eylül 1998, İstanbul.
69. Thommessen B, Aarsland D, Braekhus A, et.al. The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002; 17:78-84.

70. Dramalı, A, Demir, F, Yavuz, M. Evde kronik hastaya bakım veren hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunlar, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, s 50, 24-26 Eylül 1998, İstanbul.
71. Bilgili N. Yaşlı Bireylere Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2000: 3-55.
72. Arpacı F. Yaşlıya bakan kadınların bakım yüklerinin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2009; 1:61-72.
73. İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği, Yüksek lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli 2006: 10-20.
74. Andren S, Elmstahl S. Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 435-446.
75. Williams A, Forbes D, Mitchell J, Essar M, Corbett B The influence of income on the experience of informal caregiving: policy implications . Health care for women international 2003;24: 280-291.
76. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2007:47-53.
77. Shirai Y, Silverberg Koerner S, Baete Kenyon DY. Reaping caregiver feelings of gain: the roles of socia-emotional support and mastery. Aging&Mental Health 2009;13: 106-117.
78. Okamoto K, Harasawa Y. Emotional support from family members and subjective health incaregivers of the frail elderly at home in Japan. Archives of Gerontology and Geriatrics 2009;49:138-141.
79. Canussicio CC, Colditz GA, Rimm EB et al. Employment status, social ties, and caregivers' mental health . Social Sciences Med. 2004;58: 1247-56.
80. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne ve Çocuk Beslenmesi, Pegem Akademi, Ankara, 2010: 72.
81. Özmel Çıkar A. Doktor Kontrolünde Olan veya Olmayan Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kaliteleri, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2008: 30.
82. Budak S, Psikoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000: 557.

83. Kasapoğlu A. Gelişim psikoloji açısından Kuran'da "Bulûğ" olgusu. C.Ü İlahiyat Fakültesi Dergisi 2006; 10: 275-298.
84. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spirüüel modelin birleştirilmesi. Ağrı 2009; 21: 45-53.
85. Ergül S, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8: 37-45.
86. Tirrito T, Choi G. The caregiver's spirituality can serve as a buffer for stress and burden in car efor persons with Alzheimer's disease and related Disorders. Alzheimer's and Dementia2006; 2: 584.
87. Michelle J, Pearce A. Critical review of the forms and value of religious coping among informal caregivers.Journal of Religion and Health 2005 44: 81-118.
88. Spurlock W R. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. Geriatr. Nurs 2005; 26: 154-61.
89. Seybold K.S, Hill P.C. The role of religion and spirituality in mental and physical health. Current Directions in Psychological Science 2001; 10: 21-24.
90. Townsend M, Kladder V, Ayele H, Mulligan T. Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. Southern Medical Journal 2002; 95: 1429-1434.
91. Andrew J. Weaver, Kevin J. Flannelly.The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. Southern Medical Journal 2004; 97: 1210-1214.
92. Shah AA, Snow AL, Kunik M.E. Spiritual and religious coping in caregivers of patients with Alzheimer's disease. Clinical Gerontologist 2001; 24: 127-135.
93. Yaron G. Rabinowitza, Brent T. Mausbachb, Philip J. Atkinsonc, Dolores Gallagher-Thompsond. The relationship between religiosity and health behaviors in female caregivers of older adults with dementia Aging & Mental Health 2009; 13:788-798.
94. Küçükgüçlü Ö. Alzheimer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Demans Dergisi 2003; 3:86-92.
95. (2010), Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, <http://www.sydgm.gov.tr/tr/haberler/sydgm/guncel/1920>, (20.10.2011).
96. Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükün İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2008: 10.
97. Akça N. 65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri 2003:71.
98. Braun M, Mura K, Wıght M.P, Hornung R, Scholz U. Toward a better Understanding of psychological Well- being in dementia caregivers: the link between marital communication and Depression. Family process 2010; 49: 285-192.

99. Kuş E. Nicel Nitel Araştırma Teknikleri 3.baskı, Anı Yayıncılık, Ankara,2009: 5-150.
100. (2011), Novartis, [http://www.novartis.com.tr/Default.aspx?sayfa=ta\\_alzheimer](http://www.novartis.com.tr/Default.aspx?sayfa=ta_alzheimer), (02.12.2011).
101. Partlak Günüşen N. Başetme Grubu İle Sosyal Destek Grubunun Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2009: 19-25.
102. Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1 (7.baskı), Kaan Kitabevi. Eskişehir 2009; ss:303-546.
103. Eymen E. SPSS Kullanma Kılavuzu, İstatistik Merkezi Yayın No:1, 2007: 74-86.
104. Cingil D, Gözüm S. Yaşlı bireyler için 'Aile üyeleri tarafından verilen bakımı değerlendirme envanteri'nin geçerlilik ve güvenilirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2008; 1: 5-18.
105. Yaşar F. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008:16-32.
106. Belasca A, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis Patients, American Journal of Kidney Diseases 2002; 39: 805-812.
107. Temizer H. İnmeli Hastalara Evde Bakan Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2009: 50.
108. Koyuncu Yaşar E. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler, Yüksek lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2009:8-18.
109. Max W, Webber P, Fox P. Alzheimer's Disease: The unpaid burden of caring. Journal of Aging Health 1995; 7: 179-199.
110. Marın D, Dugue M, Schmeidler J. The caregiver activity survey (Cas):Longitudinal validation of an instrument that measures time spent caregiving for individuals with Alzheimer's Disease. International Journal of Geriatric Psychiatry 2000; 15: 680-86.
111. Fletcher K, Westley C.J, Elderly Health, Stanhope ve J.Lancaster (Edt), Community Public Health Nursing, VI. Edition, Printed in The United States of America, 2000: 597-613.
112. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatri 2002; 5: 155-159.
113. Alpteker H. 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu 2008: 12-25.



114. Ekwall AK, Hallberg IR. The Association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 832-844.
115. Akyar, İ. 2006. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2006:6-43.
116. Van de Bos, G.A.M. The burden of chronic diseases in term disability, use of healthy care and healthy life expectancies. *European Journal of Public Health* 1995; 5: 29-34.
117. Silver J.H, Wellman N. "Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care Technologies. " *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 831-836.
118. Uğur Ö. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2006: 30-50.
119. Beaundreau S.A, Spira A.P, Gray H.L et al. The relationship between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2008; 21:159-165.
120. Parks S.M, Novelli K.D. A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician* 2000; 62: 2613-22.
121. Ingersoll-Dayton B, Saengtienchai C, Kespichayawattana J, Aunguroch Y. Psychological well being Asian style; the perspective of Thai elders. *J Cross Cult Gerontol* 2001; 16: 283-302.
122. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11 (4):86-94.
123. Gonzalez-Salvador MT, Arango C, Lyketsos CG, Barba AC. The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry*. Sep; 1999; 14:701-10.
124. Feldman F.H, Waliser M.N, Gould D. A, Levine C. When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers. *American Journal Of Public Health* 2002;92; 409-413.
125. Kesebir S. Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri* 2004; 1: 14-19.
126. Sayar K, Ak I. The Predictors of Somatization: A Review. *Clinical Psychopharmacology Bulletin* 2001; 11:266-271.
127. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An International Study of the Relation Between Somatic Symptoms and Depression. *N Engl J Med* 1999; 341:1329-1335.
128. Clarke DM, Smith GC. Somatisation. What is it? *Aust Fam Physician* 2000; 29:109-113.
129. Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7: 11-14.

130. Buzlu S, Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S. İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 2006; 15: 134-138.
131. Stetz K, Brown A.M. "Taking care: caregiving to persons with cancer and AIDS" .Cancer Nursing 1997; 20: 12-22.
132. Oldnall AA. critical analysis of nursing: Meeting the spiritual needs of patients, Journal Of Advanced Nursing 1996; 23: 138-144.
133. Sülü E. Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spiritüel Bakım) Gereksinimleri, Yüksek lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2006: 120-129.
134. Grant, D. Spiritual interventions: How, when and why nurses use them. Holistic Nursing Practice, 2004;18: 36-41.
135. Aydın AR. İnanma ihtiyacı ve dini ritüellerin psikolojik değeri. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi 2009; 9: 88-89.
136. Akbayrak N. Bakım verenlerin sorunları, I. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd. Sti, Ankara, 2002: 160-161.
137. Lidell E. Family support-a burden to patient and caregiver. E J Cardiovascular Nurs 2002; 1: 149-152.

## EK-1

### HASTAYA BAKIM VERENİN TANITIM FORMU

Rumuz: \_\_\_\_\_

**Hanım/Bey, şimdi de size yaşınıza bakım vermenizle ilgili bazı sorular soracağım. Uygun gelen cevapları bana söyler misiniz?**

1. \_\_\_\_hanım/bey, yaşınıza sizin bakma durumunuz nasıl gelişti?

( ) Bakım vermeyi kendisi bilinçli olarak seçti/istedi

( ) Bakım vermeye sürüklendi

( ) Doğal bir sonuçtu

2. \_\_\_\_hanım/bey, yaşınıza ne zamandan beri siz bakıyorsunuz?

.....

3. \_\_\_\_hanım/bey, yaşlınızın bakımına bir gün içinde kaç saatinizi ayırıyorsunuz? (yemek yedirmek, banyo yaptırmak, gezdirmek, giydirmek, altını temizlemek gibi).

.....

4. \_\_\_\_hanım/bey, yaşlınız gün içinde size daha çok hangi zaman aralığında ihtiyaç duyuyor?

(1) Gece

(2) Gündüz

(3) Gece+ Gündüz

5. Yaşlınıza yakınlık dereceniz nedir?

(1) Eşi

(2) Kızı

(3) Oğlu

(4) Gelini

(5) Damadı

(6) Torunu

(7) Akrabası

(8) Diğer (Açıklayınız).....

6. \_\_\_\_hanım/bey, yaşlınıza bakmaya başlamadan önce kendisi ile ilişkinizi/dostluğunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

(1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü (5) Çok kötü

7. \_\_\_\_\_ hanım/bey, ailenizle aranızdaki oturup konuşmalarınızı, paylaşımlarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

(1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü (5) Çok kötü

8. Yaşlınıza bakmak için valilik, belediye, sosyal hizmetler gibi kurumlardan yardım alıyor musunuz?

(1) Alıyorum (2) Almıyorum (11. Soruya geçiniz)

9. Ne tür bir yardım alıyorsunuz?

.....

10. Hangi kurumdan yardım alıyorsunuz?

.....

11. Aile, akraba, arkadaş, komşu gibi kişiler yaşlınızın bakımında size yardımcı oluyor mu?

(1) Oluyor (2) Olmuyor (13. Soruya geçiniz)

12. Kimler size yardım ediyor?

.....

13. \_\_\_\_\_ hanım/bey, şimdi size yaşlınızın bakımı ile ilgili yapılan işler ve bunların kimler tarafından yapıldığına ilişkin sorular soracağım. Size uygun gelen cevapları bana söyler misiniz?

Ev ile ilgili işler	Yaşlı		Bakım vericinin yaptığı işlemler		Yardım eden bireyin yaptığı işlemler	
	Yapıyor	Yapamıyor	Yapıyor	Yapamıyor	Yapıyor	Yapamıyor
Yaşlının bir yere götürülmesi						
Yaşlının evden çıkarılması, araca bindirilmesi						
Yaşlının sağlık kuruluşuna götürülmesi						
Alışveriş yapma						
Kömür getirme						
Soba yakma						
Ev temizleme						
Yemek pişirme						
Bulaşık yıkama						
Çamaşır yıkama						
Yanında durmak (göz-kulak olmak)						
Diğer.....						
<b>Yaşlının bakımı ile ilgili işler</b>						
El yüz yıkama						
Giyinme-soyunma						
Saç tarama						
Tıraş olma						
Diş bakımı						
Tırnak bakımı						
Tuvalete gitme						
Taret alma						
Yemek yeme						
İlaçlarını alma						
Oturma- kalkma						
Banyo yapma						
Namaz kılma						
Yatma- kalkma						
Ayakkabılarını giydirme						
Diğer.....						

14. \_\_\_\_\_hanım/bey, yaşınız şimdi soracağım sorulardan herhangi birini yaşıyorsa belirtir misiniz? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

Sorunlar	Var	Yok
Konuşarak anlaşma sorunu		
Yeme sorunu		
Kilo kaybı sorunu		
Olmayan şeyleri görme ya da duyma sorunu		
Evin içinde ya da dışında amaçsız dolaşma sorunu		
İdrar kaçırma sorunu		
Büyük abdestini kaçırma sorunu		
Görme sorunu		
Uykusuzluk sorunu		
Kendi kendine hareket edememe sorunu		
Başladığı işi bitirememe sorunu		
Unutkanlık sorunu		
Kişileri tanımama sorunu		
Eşyalarını bulamama sorunu		
Eşyaları kavrayamama sorunu		
Kendine ve başkalarına zarar verme sorunu		
Çevresindeki insanlardan kuşkulama sorunu		
Kişilikte değişiklik sorunu (uysal bir kişinin asabi olması gibi)		
İlaçlarını içmeme sorunu		
Donukluk sorunu (canlılık eksikliği)		
Anlamsız işler yapma sorunu		
Huzursuzluk sorunu		
Diğer .....		

\_\_\_\_\_Hanım / Bey, Size şimdi sizin kendinizle ilgili bazı sorular soracağım. Size uygun gelen cevapları bana söyleyebilir misiniz?

15. Bakım verdiğiniz yaşınızla aynı evde mi oturuyorsunuz?

(1) Evet (2) Hayır

16. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

.....

17. Evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişiler var mı?

(1) Var (2) Yok

18. \_\_\_\_hanım/bey, Şimdi soracağım soruları yaşlınıza bakmaya başlamadan önce ve bakmaya başladıktan sonraya göre “azaldı”, “aynı kaldı”, “arttı” ya da böyle bir Şey yaşamadım” Şeklinde değerlendirir misiniz?

<b>Fizyolojik zellikler</b>	<b>Azaldı</b>	<b>Aynı</b>	<b>Arttı</b>	<b>Böyle bir Şey yaşamadım</b>
Kendinize bakabilmeniz				
Dikkatiniz				
Genel hareketliliğiniz				
Yorgunluğunuz				
Uyku düzeniniz				
Kendi sağlık kontrollerine gitmeniz				
DiŐlerinize bakmanız				
Yeme düzeniniz				
İŞtahınız				
Kilonuz				
Bağırsak alışkanlığınız				
Bol su iŐmeniz				
İdrar yapma alışkanlığınız				
Sırt ağrısı yaŐamanız				
Bel ağrısı yaŐamanız				
Sık hasta olma durumu				
Sigara iŐmeniz				
Alkol kullanmanız				
Cinsel yaŐantınız				
Adet görmeniz				
Dinlenme zamanınız				
Diğer.....				

19. \_\_\_\_hanım/bey, Şimdi soracağım soruları yaşlınıza bakmaya başlamadan önce ve bakmaya başladıktan sonraya göre “azaldı”, “aynı kaldı”, “arttı” ya da böyle bir Şey yaşamadım” Şeklinde değerlendirir misiniz?

<b>Duygular</b>	<b>Azaldı</b>	<b>Aynı</b>	<b>Arttı</b>	<b>Böyle bir şey yaşamadım</b>
Sağlıklı kararlar verebilmem				
Başarı duygum				
Değersizlik duygum				
Yetememe duygum				
Başedememe duygum				
Üzüntüm				
Ümitsizliğim				
Gerginliğim				
Yorgunluğum/bezginliğim				
Kızgınlığım/öfkem				
Sabırsızlığım				
Pişmanlığım				
Acı, ıstırap duygum				
Suçluluğum				
Çaresizliğim				
Baktığım kişiye karşı çelişkili duygularım				
Hayal kırıklığım				
Endişem				
Korkum				
Yalnızlık hissim				
Yanlış anlaşılmam				
Hayatı sorgulamam				
Diğer				



20.\_\_hanım/bey, Şimdi soracağım soruları yaşlınıza bakmaya başlamadan 6nce ve bakmaya başladıktan sonraya g6re “azaldı”, “aynı kaldı”, “arttı” ya da b6yle bir Şey yaşamadım” Şeklinde değerlendirir misiniz?

<b>Sosyo-k6lt6rel Sorunlar</b>	<b>Azaldı</b>	<b>Aynı</b>	<b>Arttı</b>	<b>B6yle bir Şey yaşamadım</b>
Yaşadığım ortamdan memnuniyetim				
Çevredeki diğer insanlarla olan iliŐkilerim (iş arkadaşları, sosyal arkadaşlar...)				
Komşuluk iliŐkilerim ( g6n,gezme, çaylar ....)				
ArkadaŐlarımların sayısı				
Aile içi iliŐkilerim				
Aile içi sorumluluklarım				
Aileme ayırdığım zaman				
6zel yaşam				
Ev içi d6zenlemelerim				
Ev içinde s6z hakkım				
Sevdiğim işlere vakit ayırabilmem				
Gazete-kitap okuyabilmem				
Çalışma hayatıma devam edebilmem				
İbadetlerimi yerine getirebilmem				
Gelir durumum				
Ekonomik y6k				
Destek ve kaynaklar				
Diğer.....				

21. \_\_\_\_hanım/bey, şimdi soracağım soruları yaşınıza bakmaya başlamadan önce ve bakmaya başladıktan sonraya göre “azaldı”, “aynı kaldı”, “arttı” ya da böyle bir şey yaşamadım” şeklinde değerlendirir misiniz?

<b>Gelişimsel Özellikler</b>	<b>Azaldı</b>	<b>Aynı</b>	<b>Arttı</b>	<b>Böyle bir şey yaşamadım</b>
Bir şeyler yapma isteğim				
İstediklerimi yapabilmem				
Kendimi güçlü hissetmem				
Kendimi sağlıklı hissetmem				
Kendimi başarılı hissetmem				
Kendimi olgun hissetmem				
Kendimi yaşlı hissetmem				
Kendimi beğenme duygum				
Hassas olmam				
Yalnızlık hissetmem				
Kendimi manipüle edilmiş hissetmem				
Yüksek beklenti-düşük kontrol hissi				
Diğer .....				

22. \_\_\_\_hanım/bey, şimdi soracağım soruları yaşınıza bakmaya başlamadan önce ve bakmaya başladıktan sonraya göre “azaldı”, “aynı kaldı”, “arttı” ya da böyle bir şey yaşamadım” şeklinde değerlendirir misiniz?

<b>Manevi özellikler</b>	<b>Azaldı</b>	<b>Aynı</b>	<b>Arttı</b>	<b>Böyle bir şey yaşamadım</b>
Hayata bağlılığım				
Hayatımı kontrol etmem				
Kendime inancım				
Hayatımın anlamı				
Kendime güvenim				
Gelecekte beklediğim				
Hayattan aldığım doyum				
Huzurum				
Güvenim (insanlara, tanrıya)				
İnancıma bağlılığım				
İnancıma bağlı uygulamalarımı yerine getirmem				
Diğer.....				

23. \_\_\_\_\_hanım/bey, Şimdi soracağım sorulardan herhangi birini yaŐıyorsanız belirtir misiniz?

Sorunlar	Yaşıyorum	Yaşamıyorum
Yorgunluk		
Uykusuzluk		
Baş ağrısı		
Karın ağrısı		
Sırt ağrısı		
Bel ağrısı		
Kol, bacak, eklem ağrısı		
Göğüs ağrısı		
Nefes darlığı		
Kalp çarpıntısı		
Bayılma hissi		
Baş dönmesi		
Hazımsızlık		
Bulantı		
İshal		
Kabızlık		
Kabus görme		
Diğer .....		

24. Şu anki kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

(1)Çok iyi (2)İyi (3) Orta (4)Kötü (5) Çok kötü

25. Her Şeyden vazgeçtiğiniz/çok sıkıldığınız (bunaldığınız) oldu mu?

(1) Oldu (2) Olmadı (27.Soruya geçiniz)

26. Bu durumda kendinizi rahatlatmak için ne yapıyorsunuz/yaptınız?

.....

27. \_\_\_\_hanım/bey, bakım vermek sizin için ne anlama geliyor?

.....

- Ödül
- Kader
- Saygı
- Önemli iş
- Sınav
- Borç ödeme
- Ceza
- Hiç bir şey
- Diğer .....

**Sizinle ilgili aşağıdaki soruları cevaplar mısınız?**

28. Adres:

29. Telefon:

30. Cinsiyetiniz?

(1) Kadın (2) Erkek

31. Kaç yaşındasınız?.....

32. Eğitim durumunuz nedir?

(1) Okur yazar değil

(2) Okur yazar

(3) İlkokul

(4) Ortaokul

(5) Lise

(6) Fakülte/Yüksekokul

33. Medeni durumunuz nedir?

- (1) Evli
- (2) Boşanmış
- (3) Dul
- (4) Hiç evlenmemiş

34. Ne iş yapıyorsunuz?

- (1) İşçi
- (2) Memur
- (3) Serbest
- (4) Ev hanımı
- (5) İşsiz
- (6) Emekli
- (7) Diğer (Açıklayınız).....

35. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Geçinemiyoruz
- (2) Çok sıkıntılı geçiniyoruz
- (3) Geçiniyoruz
- (4) Rahat geçiniyoruz
- (5) Çok rahat geçiniyoruz

36. Sosyal güvenceniz nedir?

- (1) SGK
- (2) Özel sigorta
- (3) Diğer (Açıklayınız).....

37. \_\_\_\_hanım/bey, sizin teşhis edilmiş herhangi bir hastalığınız var mı?

- (1) Var (2) Yok (ölçek sorularına geçiniz)

38. Hastalığınız adı nedir?

.....

39. Kullandığınız ilacınız var mı?

.....

## EK-2 BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ

Bakımveren kişi olarak deneyimlerinizi nasıl gördüğünüzü ve bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz.				
Ailede bakımveren kişi olarak deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakımverdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor.				
0 puan Hiç Tanımlamıyor	1 puan Az Tanımlıyor	2 puan Orta derecede Tanımlıyor	3 puan Oldukça Tanımlıyor	4 puan Çok Tanımlıyor
1. Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımımıza ihtiyaç duyuyor.				
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.				
3. Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım				
4. Bakım verdiğim kişi bir çok temel fonksiyonunu (yeme-içme, banyo yapma, giyinip-soyunma, idrar ve dışkısını tutma, tuvalete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımımıza ihtiyaç duyuyor.				
5. Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok				
				Puan
6. Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum				
7. Bu durumdan kaçıp kurtulabilmeyi isterdim.				
8. Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi				
9. Bakım verdiğim kişiye bakmaktan dolayı kendimi tükenmiş hissediyorum				
10. Hayatımın bu noktasında bazı şeylerin farklı olacağını ummuştum				
				Puan
11. Yeterli uyku uyuyamıyorum.				
12. Sağlığım olumsuz etkilendi				
13. Bakım verme beni fiziksel olarak hasta etti.				
14. Fiziksel olarak yorgunum.				
				Puan
15. Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi iyi geçinemiyorum.				
16. Verdiğim bakım ailenin diğer üyeleri tarafından takdir edilmiyor				
17. Bakım verme işinden dolayı evliliğimde problemler yaşıyorum				
18. Mesleğimi eskisi gibi iyi yapamıyorum				
19. Bana bakım işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgınım.				
				Puan
20. Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.				
21. Bakım verdiğim kişiden utanıyorum				
22. Bakım verdiğim kişiye kızıyorum				
23. Yanımda arkadaşlarım olduğunda bakım verdiğim kişiden rahatsız oluyorum				
24. Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum				
				Puan
				TOPLAM PUAN

## **EK-3**

### **Giriş**

Merhaba. Benim adım Gökçe Demir ve Erciyes Üniversitesi'nde doktora çalışmamı yapmaktayım. Demansı olan yaşlıya birincil bakım verenlerin yaşadığı zorluklar, sıkıntılar ve bunların azaltılmasına yönelik bir araştırma yapmaktayım ve sizinle de bedensel, ruhsal, sosyal, gelişimsel ve manevi sorunlarınız hakkında konuşmak istiyorum. Görüşme için sizi seçmemin sebebi demansı olan yaşlıya sizlerin bakım veriyor olmasıdır.

1. Bana görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizli olup bu bilgiler benim ve danışmanlık aldığım hocalarım dışında kimse tarafından bilinmeyecektir.
2. Görüşmede doğru-yanlış cevap diye bir ayrım yoktur. Hiç kimse belirttiği duygu ve düşüncelerinden dolayı yargılanmayacaktır. Bu nedenle, konuya ilişkin duygu ve düşüncelerinizi tüm içtenlik ve samimiyetle ve özgürce belirteceğinizi umuyor, bu konuda sizlere teşekkür ediyorum.
3. Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?
4. Görüşmenin yaklaşık bir saat yirmi dakika süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz sorulara başlamak istiyorum. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.



## ODAK GRUP GÖRÜŞME FORMU EĞİTİM ÖNCESİ/EĞİTİM SONRASI

1. Yaşınıza bakmak nasıl bir şey?
2. Yaşınıza bakıyor olmanız sizi nasıl etkiliyor/etkiledi?
  - Ruhsal durumunuz nasıl etkilendi?
  - Fiziksel durumunuz nasıl etkilendi?
  - Manevi durumunuz nasıl etkilendi?
  - Sosyo-kültürel durumunuz nasıl etkilendi?
  - Gelişimsel durumunuz nasıl etkilendi?
3. Bu etkilenmeniz ya da karşılaştığınız zorluklarla nasıl başediyorsunuz ya da ne yapıyorsunuz?
4. Sizinle aynı durumda olan başka kişilere önerileriniz ne olurdu?
5. \*Size verilen eğitim ve katıldığınız destek grubuna ilişkin düşünceleriniz nelerdir ?

\*Beşinci soru eğitim sonrası sorulmuştur.

EK-4

T.C.  
KIRŞEHİR VALİLİĞİ  
II Sosyal Hizmetler Müdürlüğü

Sayı : B.02.LSCE.4.40.00.00/605.04- 3076  
Konu : Araştırma Talebi  
(Gökçe DEMİR-Ahi Evran Ün.v.)

21/10/2010

AHI ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULUNA

İlgi: Ahi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunun 15/09/2010 tarih ve 476 sayılı yazısı

Ahi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Gökçe DEMİR'in "Demanslı Yaşlılara Birincil Bakım Verenlerin Yüklerinin Azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin Etkisi" konulu araştırmayı Toplum Merkezi Müdürlüğümüzde uygulaya bilmesiyle ilgili Genel Müdürlüğümüzün 24/09/2010 tarih ve 814 sayılı yazıları ve ekinde yer alan Genel Müdürlük Makam onayı yazımız ekinde gönderilmiştir. Genel Müdürlük oturunda belirtilen doğrultuda gerekli çalışmaların yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Hüseyin KARACA  
Vali a.

II Sosyal Hizmetler Müdürü V.

Ek: 2

DAĞITIM:

Ahi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
Toplum Merkezi Müdürlüğü

T.C.  
KIRŞEHİR SAĞLIK  
YÜKSEK OKULU

Sıra No: 501  
Gönderim Tarihi: 26.10.2010

T.C.  
BAŞBAKANLIK  
SOSYAL HİZMETLER VE ÇOCUK ESİRGEME KURUMU  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ


**SAYI** : B.02.1.SÇE.0.72.02.00/605.04- 253  
**KONU** : Araştırma Talebi  
(Gökçe DEMİR-Ahi Evran Öny.)

23 Eylül 2010

GENEL MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Karşehir İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nün 16.09.2010 tarih ve 2765 sayılı yazısı ile Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Gökçe DEMİR'in "Demanslı Yaşlılara Birincil Bakım Verenlerin Yüklerinin Azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin Etkisi" konulu araştırmayı Karşehir Toplum Merkezinde uygulayabilme talehi bildirmiştir.

Söz konusu araştırmanın Onay tarihinden itibaren 6 ay süre ile İl Müdürlüğü koordinesinde, Kuruluş Müdürlüğü denetiminde, gönüllülük esası çerçevesinde, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, araştırma sonuçlarının Kurumdan izin alınmadan yayınlanmaması ve bir örneğinin Eğitim Merkezi Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile gerçekleştirilebilmesi hususunda Olurlarınızı arz ederim.

  
**H. Latif ÖZTÜRK**  
Eğitim Merkezi Başkanı

**OLUR**  
23.9/2010  
  
**Sefer KOÇ**  
Genel Müdür a.  
Genel Müdür Yardımcısı

T.C.  
**BAŞBAKANLIK**  
Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü

**SAYI** : B.02.1.SÇE.0.72.02.00/605.01- **239**  
**KONU** : Araştırma Talebi  
(Gökçe DEMİR-Ahi Evran Ün.v.)

24 Mart 2011

**KIRŞEHİR VALİLİĞİNE**  
(İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü)


**İlgi** : 14.03.2011 tarih ve 854 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Gökçe DEMİR'in "Demanslı Yaşlılara Birincil Bakım Verenlerin Yüklerinin Azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin Etkisi" konulu araştırmayı Kırşehir Toplum Merkezinde Makamın 23.09.2010 tarih ve 257 sayılı Onayı ile sürdürdüğü belirtilerek süre uzatımı ve ses kayıt cihazı kullanabilme talebi bildirilmiştir.

Makamın 23.03.2011 tarih ve 56 sayılı Onayı ile söz konusu araştırmanın Onay tarihinden itibaren 31.12.2011 tarihine kadar İl Müdürlüğü koordinesinde, Kuruluş Müdürlüğü denetiminde, gönüllülük esas çerçevesinde, ad-soyad bilgisi çıkarılarak, **ses-görüntü kaydı alınmaksızın**, araştırma sonuçlarının Kurumdan izin alınmadan yayınlanmaması ve bir örneğinin Eğitim Merkezi Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile gerçekleştirilebilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

01.04.11\*009683

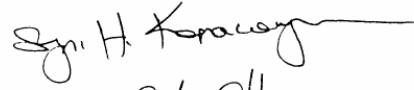
  
Dilem FİSİ  
Genel Müdür a.  
Eğitim Merkezi Başkan V.



**SOSYAL HİZMETLER İL MD.**

01 Nisan 2011

**VALİ** a.

Ek: Onay Sureti

  
03.04.011

  
G. yan irleme.  
ileto kuruma kase  
yoran.  
05.04.011  


Anafartalar Cad. 68/4 Ulus / ANKARA  
Telefon: (0 312) 310 24 60 / 1233  
e-posta: [egitim@shcek.gov.tr](mailto:egitim@shcek.gov.tr)

Ayrıntılı bilgi için irtibat : A.YÜCE - Öğretmen  
Faks: (0 312) 311 89 98  
Elektronik Ağ: [www.shcek.gov.tr](http://www.shcek.gov.tr) GU

<b>ETİK KURULUN ADI</b> : Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Değerlendirme Komisyonu					
<b>AÇIK ADRES</b> : Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ					
<b>TELEFON</b> : 0 352 437 49 10 - 11					
<b>FAKS</b> : 0 352 437 52 85					
<b>E-POSTA</b> : byancar@erciyes.edu.tr					
<b>BASVURU BİLGİLERİ</b>	<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Demanslı Yaşlılara Birinci Bakım Verenlerin Yüklerinin Azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin Etkisi			
	<b>ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU</b>				
	<b>EUDRACT NUMARASI</b>				
	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI</b>	Prof.Dr. Ümit Sevgi			
	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI</b>	Halk Sağlığı Hemsireliği			
	<b>KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI</b>				
	<b>KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI</b>				
	<b>ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	<b>ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ</b>	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	<b>BASVURULAN ETİK KURULUN ADI</b>	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Değerlendirme Komisyonu			
	<b>DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ</b>				
	<b>DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ</b>				
	<b>UZMANLIK TEZİ/ AKADEMİK AMAÇLI</b>	<b>UZMANLIK TEZİ</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>AKADEMİK AMAÇLI</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>ARAŞTIRMA FAZ VE TÜRÜ</b>	<b>FAZ 1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FAZ 2</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>FAZ 3</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>FAZ 4</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>BE/BY</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>DİĞER</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DİĞER İSE BELİRTİNİZ
<b>İLACI DİŞİ ARAŞTIRMA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BELİRTİNİZ	
<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MFRK FZİ FR</b>	<b>TFKMFRK FZ</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>ÖZKMF RK FZ</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>ULHSAI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>ULHSAI ARABASI</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	<b>BELGE ADI</b>	<b>Tarihi</b>	<b>Versiyon Numarası</b>	<b>DİL</b>	
	<b>ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ</b>			<b>Türkçe</b>	<b>İngilizce</b>
	<b>ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ</b>			<b>Türkçe</b>	<b>İngilizce</b>
	<b>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNDELİ OLUR FORMU</b>			<b>Türkçe</b>	<b>İngilizce</b>
	<b>OLGU RAPOR FORMU</b>			<b>Türkçe</b>	<b>İngilizce</b>
<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	<b>BELGE ADI</b>	<b>Açıklama</b>			
	<b>ARAŞTIRMA BÜTÇESİ</b>				
	<b>DİORNTA</b>				
	<b>HASTA KARTI/GÖNÜLLÜKLERİ</b>				
	<b>ILAN</b>				
	<b>YILLIK BİLDİRİM</b>				
	<b>SONUÇ RAPORU</b>				
	<b>GOVENLİK BİLDİRİMLERİ</b>				
<b>DİĞER</b>					

YANCAR  
Ümit Sevgi

ASLI GIBI...

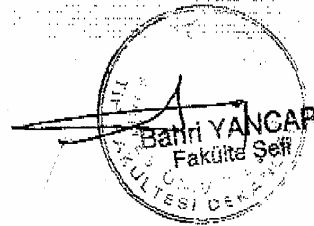
KARAR NO	Karar No : 2010/155	Karar Tarihi : 08.10.2010
	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr. Ümit Seviğin sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibine ve dekanlık makamına arzına toplantıya katılan etik değerlendirme komisyonu üyelerinin ny birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	
---------------	--

ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BAŞKANI UNVANI ADI SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE
---

ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ÜYELERİ
--------------------------------------

Unvanı / Adı Soyadı EK ÜYELİK	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	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"/>	
Prof. Dr. Halil MADENOĞLU	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	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. Ölgün KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	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. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	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"/>	
Doç. Dr. İnan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rek. Cer.	E.Ü. Tıp Fak.	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"/>	
Doç. Dr. H. Basri ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	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"/>	
Doç. Dr. Mehmet Güner KAYA	Kardiyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	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"/>	
Özr. Çob. Dr. Ferhan ELMALİ	Tıp Bilgisi ve İyileştirme	F.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Zübeyde CELEBİ	Avukat	E.Ü. Tıp Fak.	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. Nuran YOZGAT	Eczacı	E.Ü. Tıp Fak.	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"/>	
			E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	



ASLI GIBİDİR.

**EK -6 BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİNİN (CAREGIVER BURDEN INVENTORY) TÜRKİYE’DE GÜVENİRLİK VE GEÇERLİĞİNİ GÖSTEREN YAZARIN İZİN YAZISI**

**Tarih** : 06 Aralık 2011 Salı 11:57

**Kimden** : Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ <ozlem.kguclu@deu.edu.tr> [\[Adres Defterine Ekle\]](#)

**Kime** : gokce\_demir@mynet.com

Sayın Gökçe Demir

Tarafımızdan geçerlik güvenirliği çalışılmış olan "Bakımverenlerin Yükü Envanteri"ni çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

Yard. Doç. Dr.Özlem Küçükgüçlü

---

**From:** [gokce\\_demir@mynet.com](mailto:gokce_demir@mynet.com) [mailto:gokce\_demir@mynet.com]

**Sent:** Monday, December 05, 2011 5:00 PM

**To:** [ozlem.kguclu@deu.edu.tr](mailto:ozlem.kguclu@deu.edu.tr)

**Subject:** izin ölçek

## EK-7

### KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırmada demanslı yaşlıya birincil bakım verenlere verilen eğitim ve destek grup etkileşiminin bakım yükü üzerine etkisi incelenecektir. Bu amaçla bir ölçek ve bir anket formu uygulanacaktır. Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecek ve bu sorunun çözülmesine katkı sağlayacaktır. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Katılımlınız için teşekkür ederiz.

### KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben, .....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu çalışmaya katıldığımdan bana verilen anket ve leği dolduracağım. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Tarih:**

**Bilgilendirmeyi yapan**

**Adı Soyadı:**

**İmza**

**Katılımcı**

**Adı Soyadı:**

**İmza**



**Ek-8**

**EĞİTİM KİTAPÇIKLARI**

*Bunama (Demans) Hastalarına*

*Bakım Verenler İçin Eğitim*

*Kitapçığı*



Bunama yalnızca hastayı değil tüm aileyi etkileyen, uzun süreli ve ilerleyici bir hastalıktır. O nedenle hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri, sağlıklı ve güvenli yaşamlarını koruyabilmeleri için gün geçtikçe başkalarına bağımlı hale gelirler. Kişiyi bakım vermek, bu kişi özellikle bunama hastası ise zor ve tüketici bir süreçtir. Bu süreçte bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları olumsuz etkilenebilir. Bakım veren bireyler kendini çok mutsuz, umutsuz, yorgun ve ağır bir yükün altında kalmış gibi hissedebilirler. Böyle bir durumda bakım verenler kendilerini suçlu hissetmemeli ve yaşanan duyguların normal olduğunu unutmamalıdır.

Bunama hastalığının üstesinden gelmede ve bunaması olan hastasına bakım vermede birden fazla birey rol alabilir: Hastanın eşi, kızı, oğlu, gelini ve dostları gibi. Tüm bu bireylerin hastalıkla ilgili bilgiye ihtiyaçları vardır. Bilgi hem kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumaları hem de hastanın bakımını en iyi şekilde yapabilmeleri için gerekli ve önemlidir. Bu eğitim kitapçığının amacı bunaması olan hastasına bakım verenlere hastalık ve hasta bakımıyla ilgili temel bilgileri vermektir.

Uzman Hemşire

Gökçe Demir

## İÇİNDEKİLER

- Bunama nedir? ..... 4
- Bunama hastalığı neden ve nasıl olur? .....4
- Bunama hastalığının belirtileri nelerdir? .....5
- Bunama hastalığı nasıl tedavi edilir? .....7
- Bunaması olan hastanın bakımında sık karşılaşılan zorluklar ve bu zorluklar için yapılması gerekenler nelerdir? .....8

## BUNAMA NEDİR?

Bunama genellikle 60 yaşın üzerinde çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan uzun süreli, beyin hücrelerinin sürekli ve yavaş yavaş tahrip olduğu bir hastalıktır.



## BUNAMA HASTALIĞI NEDEN VE NASIL OLUR?

- 1. Yaş ve cinsiyet*
- 2. Ailesel yatkınlık*
- 3. Damar hastalıkları*
- 4. Kafa travması ve yaralanmalar*
- 5. Kalp krizi*
- 6. Eğitim düzeyi düşüklüğü*

## BUNAMA HASTALIĞININ BELİRTİLERİ NELERDİR?

### 1. UNUTKANLIK BAŞLAR



(yakın zamana ait bilgileri hatırlayamama ve yeni bilgiler öğrenememe gibi)

### 2. GÜNDELİK İŞLER/SORUMLULUKLAR ZOR GELMEYE BAŞLAR (yemek yapma gibi)



### 3. DİL VE KONUŞMA PROBLEMLERİ ARTAR (konuşurken kelime bulamama gibi)



4. ZAMAN VE MEKANI TANIMADA  
ZORLANIR

5. YORUM YAPMA  
YETENEĞİNDE  
AZALMA BAŞLAR



6. DÜŞÜNCE OLUŐTURMADA ZORLANIR

(numaraların ne olduğunu ve ne için kullanıldığını  
hatırlamamak gibi)

7. EŞYALARIN YERİNİ  
HATIRLAYAMAMAYA BAŞLAR

8. DAVRANIŐ VE DUYGULARINDA  
DEĞİŞİKLİKLER OLUR



9. KİŞİLİKTE  
DEĞİŞİKLİKLER OLUR

(uysal bir kişinin asabi  
hale gelmesi gibi).



10. KENDİ İSTEĞİ İLE BİR İŞE BAŞLAYIP  
BİTİREMEZ



## BUNAMA HASTALIĞI NASIL TEDAVİ EDİLİR?

Tedavi Őekillerinin baŐında hastaya danıŐmanlık ve destek vermek gelmektedir. Hafıza iŐlevlerini dŪzeltmek iŐin hafıza eğitim programlarına devam edilebilir. YaŐlanma ile beraber ortaya Őıkan ileri derecedeki unutkanlıklarda tedavideki ilk hedef ilerlemeyi durdurmaktır. İLAŐLA TEDAVİŐİ

### 1. DESTEKLEYİCİ VE TAMAMLAYICI TEDAVİ

- TEŐŐİŐ, BİRİNCİL BAKIM VERENLERİN GELECEĞİ PLANLAMALARI VE GEREKLİ KARARLARI ALABİLMELERİ İÇİN ÖNEMLİDİR.

**BUNAMASI OLAN HASTANIN BAKIMINDA SIK  
KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR VE BU ZORLUKLAR  
İÇİN YAPILMASI GEREKENLER NELERDİR?**

Bunaması olan hastanın sergilediği özellikler:

- Unutkanlık
- Kendine ve başkalarına zarar verme riski
- Duyusal, algısal sorunlar
- Sözel iletişimde bozulma
- Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede zorlanma

• *HASTAMIZIN ZOR  
DAVRANIŞLARI KARŞISINDA NE  
YAPACAĞIMIZI ÖĞRENMEK BİRÇOK  
SIKINTIMIZI ÖNLEYECEKTİR.*

# UNUTKANLIK



## Neler Yapabiliriz?

- Davranışların özellikle size yöneltilmediğini bilin



Hatırlatıcılar kullanın (çalar saat, not yazma, takvim gibi)



- Evdeki eşyaların ve fotoğrafların üzerine isimlerini yazın
- Günlük işlerde alışılmış düzene bağlı kalın (yemek saatleri gibi)
- Geçmiş günleri hatırlatacak eşyaları görebileceği yerlere koyun



- Zihin çalıştırıcı etkinliklerde bulunmasını sağlayın (bulmaca çözme, kitap okuma gibi)

- Kaybettiği eşyaları varsa bulması için yardım edin
- Söylemek istediğini anlıyorsanız, kullandığı yanlış kelimeleri düzeltmeye çalışmayın
- Yol gösterebilmek için oda kapılarının üzerine isimlerinin yanı sıra resimlerini koyun



- Hastanın adı, telefon numarası, adresi ve temas kurulacak kişiye ait bilgileri üzerindeki giysilere dikiñ, bileğine takın ya da başka bir yerine iliştirin
- Kapı ve pencereleri kilitli tutun

# *KENDİNE VE BAŞKALARINA ZARAR VERME RİSKİ*

## **Neler Yapabiliriz?**

- Bu riskin oluşmaması için hastanızı sık sık gözleyin
- Hastanız için sakin ve güvenli bir ortam oluşturun
- Evi, hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde düzenleyin
- Mümkün olduğunca yalnız bırakmayın
- Zarar verici nesnelere hastanın bulunduğu ortamdan uzaklaştırın

- Öfke ve saldırganlık gibi durumlarda mantıklı olanı göstermeye çalışmayın
- Öfkelenmesine neden olan durumları belirleyin. Bunları en aza indirmeye ya da engellemeye çalışın
- Güven verici şekilde dokunarak sakinleştirin
- Sakin kalmaya çalışın
- Kendi güvenliğinizi sağlayın, bunun için kendinizi suçlu hissetmeyin
- Olup bitenleri ve duygularınızı güvendiğiniz biriyle konuşun

## ***DUYUSAL ALGISAL SORUNLAR***

### **Neler Yapabiliriz?**



- Olmayan şeyleri görme ya da işitme (halüsinasyon) belirtileri yönünden izleyin
- Eğer varsa gün içinde bu belirtilerin sıklığını, ne zaman ortaya çıktığını belirleyin
- Gördüğü ya da işittiği şeyin gerçekliğini tartışmayın
- Sakin olduğu zamanlarda: "Sen ses duyuyorsun; ama ben herhangi bir ses duymuyorum." gibi yaklaşımla hastanızı bulunduğu yere, zamana uyumlu hale getirin
- İnanıldığı şeyleri hiç düşünmeden göz ardı etmeyin. Bazı durumlarda doğru olabilir
- İlgisini başka bir yöne çekin
- Güvende olduğuna ve ona bir zarar gelmeyeceğine onu inandırın.

## *SÖZEL İLETİŞİMDE BOZULMA*

### **Neler Yapabiliriz?**

- Olumlu bir yaklaşım benimsemeye çalışın
- Basit bir biçimde iletişim kurun, kısa net konuşun, en fazla beş altı kelimelik cümleler kurun

#### Örneğin:

- "Acıktın mı?"
- "Üşüdün mü?"
- "Tuvalete gitmek ister misin?"
- "Banyoya gidelim mi?" gibi onun anlayabileceği sorular sorun.

- Söylediklerini dikkatle dinleyerek iletişime yardımcı olun
- Yüz yüze oturun ve konuşması için onu cesaretlendirin
- Konuşma biçiminiz ve ses tonunuzda doğal olmaya dikkat edin
- İletişimi etkileyen fiziksel sorunların olup olmadığına bakın
- Soruları "EVET" ya da " HAYIR" şeklinde yanıtlayabilecek biçimde sorun
- Çocuk gibi değil yetişkin gibi davranın
- Yapacağı şeyi göstermeye çalışın
- Hiç yanıt gelmese bile iletişimi sürdürün
- Bir sözcüğü bulmakta güçlük çektiğinde sözünü tamamlamaya çalışmayın



- Dokunun, sarılın, gözlerinin içine bakın, gülümseyin
- Yanıt için bir süre beklemek zorunda olduğunuzu unutmayın.

• *SAYGILI DAVRANIN. YANINDA DEĞİLMİŞ GİBİ KONUŞMAYIN.*

# *GÜNLÜK YAŞAM İŞLEVLERİNİ YERİNE GETİRMEDE ZORLUK ÇEKME*

## **Neler Yapabiliriz?**

*Yürümedeki zorlanmayı ve kazaları azaltmak için:*

- Ev içinde dolaşmasını güvenli ve kolay bir hale getirin
- Eşya kalabalığından kaçının
- Ev ve oda girişinde eşik varsa, bunları kaldırın
- Halı ve kilimleri halı altı kaymazları ile yerlere sabitleyin ve yerleri kayganlaştırmayacak malzemelerle temizleyin
- Oda, hol ve merdivenleri iyi aydınlatın
- Evde değişiklikler yapmaktan kaçının
- Evin içinde ve banyoda, uygun yerlere tutunacak çubuklar monte ettirin

- Dar, altları kaygan ve topuklu ayakkabı giydirmeyin
- Baston yerine yürümeye yardımcı aletler kullanın
- 



*Giyim:*

- Elbiselerini mümkün olduğunca kendi başına giymesine izin verin
- Elbiseleri belirli bir sıralama ile verin
- Boyun açıklığı geniş, önden kapanan ya da kapanması gerekmeyen giysiler seçin
- Düğmeli yerine fermuarlı giysiler seçin

- Çekmecelerin üzerine, içlerindeki giysileri belirten yazılı ya da resimli etiketler yapıştırın
- Kirli elbisesini giymekte ısrar ettiğinde fark ettirmeden elbiseyi temizleyip yerine koyun

*Banyoda:*

- Banyo zamanını sakın ve onun da kabul ettiği bir zamanda planlayın
- Tutarlı olup bir düzen geliştirmeye çalışın
- Fiziksel zorlukları olan hastalar için banyo yardımcı cihazları kullanın
- Ne yapacağınızı adım adım anlatın
- Kişisel bakımını olabildiğince kendisinin yapmasına izin verin
- Yanmaması için suyu kontrol edin
- Banyonuzun olabildiğince sorunsuz ve stressiz olmasına çalışın
- Yumuşak havlu kullanın

*Yemek yeme:*

- Yemeklerin olabildiğince aynı yer ve aynı zamanda yenmesini sağlayın
- Yeterli zaman ayırın
- Bağımsızlığı konusunda cesaretlendirin. Aynı zamanda yardımcı da olun
- Yemekleri derin kaplarda ve küçük parçalara ayrılmış bir biçimde verin
- Yemek yiyişinizi taklit edebilmesi için karşısına oturun
- Masadaki yiyecek seçeneklerini sıralayın
- Yiyeceklerin çok sıcak olmamasına dikkat edin
- Çatal, bıçak kullanmak sorun ise seçenek olarak elle yenebilecek yemekler hazırlayın

*Tuvalet:*

- Yeterli sıvı almasına dikkat edin
- Akşamları sıvı almasını sınırlayın
- Tuvalet kolay ulaşılabilir bir yerde olmalı

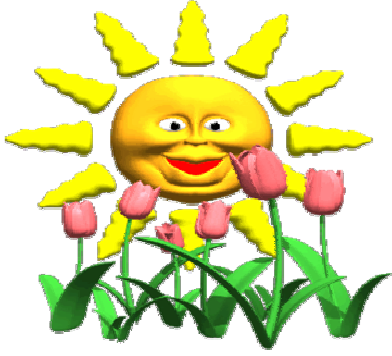


- Tuvalet kapısına işaret koyun ve akşamları aydınlatın
- Belirli aralıklarla tuvalete gitmesini hatırlatın
- Tuvalete gitme ihtiyacını gösteren beden diline dikkat edin
- Düğmelerinin kolay açılabilir olmalarına dikkat edin
- İdrar kaçırma durumunda anlayışlı davranın

*YAPABİLDİĞİ KADARI İLE  
İŞLERİNİ KENDİSİNİN  
YAPMASINA İZİN VERİN*



# KENDİ SAĞLIĞINIZ İÇİN YAPABİLECEKLERİNİZ



## İÇİNDEKİLER

-Bedensel.....	3
-Psikolojik.....	17
-Sosyo-Kültürel .....	18
-Manevi.....	22
-Gelişimsel .....	23

## BEDENSEL

### ❖ Kendinize bakmak için zaman ayırabilirsiniz

1. Gün içinde belirli saatleri mutlaka kendinize ayırmalısınız
2. Bireysel ihtiyaçlarınızı, alışkanlıklarınızı ihmal etmemelisiniz
3. Giyiminize, dış görünümünüze ve vücut temizliğinize önem veriniz; çünkü kişinin kendine bakması, temiz ve bakımlı olması kendini iyi hissetmesinde etkilidir

### ❖ Dikkatinizi toplamak için;

1. Kendinizi organize edebilirsiniz (düzenleyebilirsiniz): Kendinizi daha organize bir kişi olmak için eğitin. Günlük yapılması gereken işlerin mantıklı bir listesini yapıp gün sonunda bunları tamamlamış olmaya çalışın. Bunun için bir defter tutabilirsiniz. Kendinize notlar yazıp

yapacağınız işi hatırlamak için çalar saatinizin alarımını kurabilirsiniz.

2. Dikkat dağıtıcı etkenleri en aza indirebilirsiniz: Gün içinde dikkatinizi dağıtan şeyleri azaltmak için bir yol bulun. Eğer yüksek sesli müziğin ya da televizyonun dikkatinizi dağıttığını fark ederseniz, onları kapatın. Daha sakin bir yere geçip, etrafınızdaki kişilerden bu etkenleri azaltmalarını rica edebilirsiniz.

❖ **Yürümek ya da evde televizyon izlerken düzenli hareketler yapmak kas gruplarının hareketlerini sağladığından yorgunluğun azaltılmasında yararlıdır ve aynı zamanda genel hareketliliğinizi artırır**

1. Hareketleri en az haftada üç kez ya da günlük olarak kısa yorucu olmayan biçimde yapmalısınız.

❖ **Yorgunluğunuz için;**

1. Egzersiz yapabilirsiniz, kısa süre yapılan egzersizler, tempolu kısa bir yürüyüş, sizi dinlendirir
2. Öğün atlamamaya dikkat edin
3. Az ve sık yiyin.
4. Gün içinde 8-10 bardak su içmeye özen gösterin.
5. Yağlı besinleri olabildiğince az yiyin.
6. Özellikle akşam yemeklerini sebze ağırlıklı yemeye dikkat edin
7. Düzenli uyumaya dikkat edin
8. Yorgunluğu en çok ne zaman hissettiğinizi, ne yaparsanız azaldığını ya da artığını belirlemek üzere günlük tutun (defter tutun).
9. Tuttuğunuz günlükteki bilgilere göre aktivite ve dinlenme saatlerinizi düzenleyin

❖ **Uykunuza dikkat etmelisiniz.**



1. Gündüzleri uyumamaya çalışın.
2. Uykunuzu kaçırabileceğinden akşam saatlerinde çay, kahve gibi kafeinli içeceklerden kaçınmalısınız.
3. Mümkün olduğunca aynı saatte yatıp, aynı saatte kalkmalısınız (Örneğin; her akşam saat 23:00'de yatıp, sabah saat 07: 00'de kalkmak gibi.)
4. Yatmadan önce sakinleştirip, rahatlatacağından ılık bir banyo yapabilirsiniz.
5. Süt içebilirsiniz.



❖ Kendi sağlık kontrollerinize gitmelisiniz ve vucudunuzu dinlemelisiniz.

❖ Diş bakımınızı ihmal etmemelisiniz.



1. Diş çürümelerinin önlenmesinde düzenli olarak dişlerin fırçalanması ve diş ipikullanılması gerekir.
2. Diş eti hastalıklarının önlenmesinde diş fırçalama ve düzenli diş hekimi kontrolleri önemlidir.
3. Aşırı asitli ve şekerli yiyecekler ağızdaki bakterilerin olumsuz faaliyetlerini artırır. Bu

nedenle bu yiyecekler yenilmemeye çalışılmalı ve yenildiği zaman da mutlaka dişler fırçalanmalıdır.

4. Dişler sert cisimlerle karıştırılmamalı, fındık, ceviz vb. kabuklu yiyecekler dişlerle kırılmamalıdır. Bunlar dişminesinin çatlamasına ve ağızdaki bakterilerin olumsuz faaliyetlerini artmasına neden olur.

❖ **Öğünlerinizi düzenli ve zamanında yemeye dikkat etmelisiniz**

1. Günde yediklerinizi 3 ana ve 3 ara öğüne bölerek az ve sık ya da sabah, öğle ve akşam olarak 3 öğün beslenmeli ve ana ya da ara öğünlerinizi atlamamalısınız.



2. Sağlıklı beslenmek için mümkün olduğunca çiğ sebze ve meyve tüketimini artırın. Çünkü sebze ve meyveler; vitamin-mineral ve posa ihtiyacınızı karşılar. Posa özellikle barsak hareketlerini düzenler, kan şekeri ve kolesterol düzeyinin düşmesine yardım eder. Yemeklerinizi haşlama, fırında ya da ızgarada pişirme yöntemleriyle pişirirseniz yemeğe eklenecek yağ miktarını azaltmış olursunuz.

3. Az yağlı yiyeceklerden yemeye çalışınız

4. Abur cubur yemekten kaçınınız

❖ **İştahınız ve kilonuz için yediklerinize dikkat etmelisiniz**

1. Sevdiğiniz yiyecekleri hazırlamaya özen gösterin
2. Midenizin boş kalmaması için düzenli saatlerde yemek yemeye dikkat edin
3. Yağlı, ağır ve şekerli yiyeceklerden olabildiğince az yemeye çalışın, bu kilonuz için de önemli
4. Yemekten önce midenizi sıvı ile doldurmayın. Midede dolgunluk ve doyma hissine neden olacağı için yemekle birlikte sıvı alımı azaltın ve gaz yapıcı yiyeceklerden kaçının
5. Peynir, süt, yoğurt, yumurta, et ve sütlü tatlılar gibi proteinli yiyecekleri tercih edin

## ❖ Bağırsak alışkanlığınızı düzenlemek için

### *Kabızlığınız varsa;*

1. Günde 3 litre su için (10 bardak ve daha fazla)
2. Sabah aç karnına ılık su içebilirsiniz ve kahvaltı sonrası tuvalete gitmek için zaman ayırın
3. Öğünlerinizi düzenli ve zamanında yemeye özen gösterin
4. Yemeklerinizi ne çok sıcak, ne çok soğuk ne de hızlı yemeyiniz
5. Taze meyve, meyve suyu, sebze ve sıvı besinler yiyin
6. Erik, incir, kayısı gibi meyvelerin taze ya da kurularını yemeye çalışın
7. Muz, peynir, patates gibi kabızlığı artırıcı besinler yememeye çalışın

❖ **İdrar yapma alışkanlığınız için**

1. İdrara çıkma alışkanlığınızı sürdürmek ve gece uykunuzu bozmamak için içeceklerinizi en son akşam yemeğinden sonra azaltabilirsiniz.

❖ **Ağır eşyaları kaldırırken vücut pozisyonunu doğru kullanın**

1. Sadece yuvarlayamadığınız, itemediğiniz ya da çekemediğiniz şeyleri kaldırın
2. Ağır cisimleri çekmekten ziyade itmeyi tercih edin ve iterken dizinizden destek alın
3. Sadece çok gerekli ise hafif yükleri omuz hizasına kadar kaldırın
4. Yaşınızı ya da herhangi bir cismi nasıl kaldırabileceğinizi ve taşıyabileceğinizi kaldırmadan önce planlayın
5. Yaşınızı ya da herhangi bir cismi kaldıracağınız zaman yüzünüzü hastaya ya da kaldıracağınız cisme dönün

6. Yaşlıya ya da / kaldıracağınız cisme mümkün olduğunca yakın durun ve kollarınızı vücudunuza yakın tutarak kaldırmaya çalışın
7. Kaldıracağınız yaşlınız ya da herhangi bir cisim çok ağırsa ya da uzun mesafe taşımanız gerekiyorsa mutlaka yardım isteyin
8. Yaşlınızı ya da herhangi bir eşyayı başka bir kişi ile beraber kaldırırken işbirliğini sağlamak için daima bir, iki, üç diye sayıp aynı anda kaldırın
9. Bir cismi ya da hastayı kaldırırken, bacak ve güçlü uyluk kaslarınızı kullanın. Daha zayıf olan bel kaslarınızı kullanmayın
10. Yaşlınızı ya da bir cismi hareket ettirirken omurganızı kullanarak değil, ayaklarınızı kullanarak tüm vücudunuzu döndürün
11. Kaldırma sırasında sırtınızı (omurganızı) düz tutun. Kalça kaslarınızı kasın ve karın kaslarınızı içe çekin

12. Ani hareketler kaslara aşırı yük bindireceğinden yaralanmalara neden olabilir. Bu nedenle; başınızı dik tutun, yumuşak ve dengeli iş yapın

13. Ayaklarınızı omuzlarınızın genişliğinde açın ve yere tam basın

14. Bir cismi yerden kaldırırken, daima dizlerinizi bükün ve bacak kaslarınızı kullanarak yere çömelin. Asla belinizden bükülmeyin

15. Ayağa kalkarken daha iyi bir denge için bir ayağınızı hafifçe öne çıkarın

16. Mümkün olduğunca arkaya doğru değil öne doğru yürüyün



## AĞIR CİSMİN KALDIRILMASI VE VÜCUT MEKANİKLERİ



CİSME  
MÜMKÜN  
OLDUĞUNCA  
YAKLAŞIN

AYAKLARINIZI YERE TAM BASIN  
OMUZLARINIZLA AYNI HIZADA  
OLACAK ŞEKİLDE AÇIN



DİZLERİNİZİ  
BÜKÜN

ÜST BACAĞINIZDAKİ EN GÜÇLÜ  
KASLARI KULLARAK ÇÖMELİN

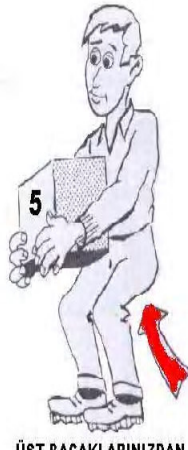


KARIN  
KASLARINIZI  
KASIN

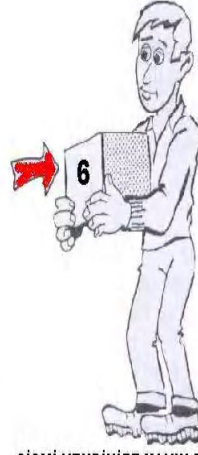
KALÇA KASLARINIZI KASIN



SIRTINIZI DÜZ TUTUN



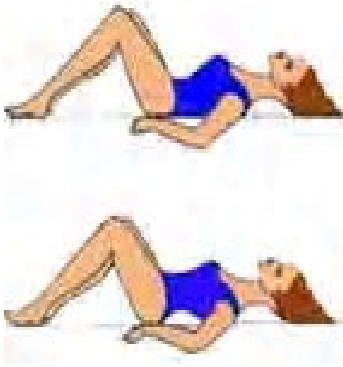
ÜST BACAĞLARINIZDAN  
GÜÇ ALARAK KALKIN



CİSMİ KENDİNİZE YAKIN TUTUN

PAMELA B.deCORMO; BASIC EMT SKILLS AND EQUIPMENT, MOSBY, 1988, P:259

❖ **Bel ağrınız için düzenli olarak egzersiz yapabilirsiniz**



Düz bir zemine sırt üstü uzanın. Dizlerinizi bükerek ayaklarınızı yere bastırın ve vücudunuzu gevşetin. Kalçanızı yere yaslayarak karın kaslarınızı kasın. Belinizin çukuru yere temas ederken kalça kaslarınızı 10 saniye kasın,

sonra gevşetin.



Sırtüstü yatarken bacağınızı olabildiğince kendinize doğru bükün. Elinizle dizinizi kavrayın. Diğer dizinizin dik durmasına dikkat ederek kendinize doğru çekin.



Sırtüstü yatar pozisyonda kollarınızı iki yana uzatırken

dizlerinizi hafifçe kırın. Kollarınızı öne doğru dizlerinize uzatın. Başınızı ve omuzunuzu hafif hafif kaldırın. Birkaç saniye bu pozisyonda kalın. Tekrar sırtüstü uzanın.



Ellerinizin ve dizlerinizin üzerinde resimdeki gibi durun, kalça ve karın kaslarınızı kasın. Karnınızı içeri çekerken başınızı öne eğin sonra sırtınızı yukarı kaldırın. Başınızı kaldırıp belinizi

aşağı doğru yavaş yavaş çukur hale getirin.



Sırtüstü pozisyonda yere uzanın. Dizlerinizi hafifçe bükerek, ayaklarınızı açın. Ayak tabanınız yere basarken belinizi ve kalçanızı yavaşça kaldırın. Karın ve kalça

kaslarınızı kasarak birkaç saniye bu şekilde kalın, sonra gevşetin.

❖ Boyun ağrılarınız için düzenli olarak boyun egzersizleri yapabilirsiniz



1) Ellerinizi alınıza koyunuz, başınızı öne doğru eğmeye çalışırken alınıza koyduğunuz elleriniz ile karşıt olarak itmeye çalışın. İçinizden 10'a kadar sayın ve bırakıyoruz. Bu uygulamayı 3 kez tekrarlayın. Fakat her zaman olduğu gibi ilk uygulamada 10'a kadar sayıyorsak ikinci uygulamada 12, üçüncü uygulamada 14'e kadar sayarak bu egzersiz hareketini gerçekleştirin.



2)Ellerinizi başınızın arkasına koyun (ensenize değil) ve başınızı arkaya doğru itmeye çalışırken ellerinizle karşıt olarak itmeye çalışın. İçinizden 10'a kadar sayın ve bırakın. 15-30 saniye aralıklarla aynı hareketi tekrarlayın. Her uygulamayı

biraz daha arttırmayla egzersiz daha yararlı olur.



3)Sağ elinizi yüzünüzün sağ tarafına resimdeki gibi koyunuz. Daha sonra başınızı sağa doğru itmeye çalışırken sağ elinizle engel olmaya çalışın. Bu şekilde boyun kaslarınızı çalıştırarak daha kuvvetli hale getirirsiniz. Bu hareketi yaparken yine 10'a kadar sayın.



4) Sol elinizle 3. adımdaki egzersizin tersini yapın.



5) Sağ elinizi başınızın sağ arka kısmına, sol elimizi sol şakağınıza koyun. Sağ omuzunuzun üzerinden bakmaya gayret eder gibi elinizin direncine karşı başımızı sağa döndürmeye zorlayın. Bu durumu da diğer hareketlerde olduğu gibi 10'a kadar sayarak yapın. Sağ elinizi başınızın arkasına

koyduğunuz gibi, aynı hareketi el değiştirerek sol eliniz ile aksi yönde tekrarlayınız.



6) 5. Adımın tam tersini yapın.



7) Başınızı önce sağ tarafa döndürüp 3 - 5 saniye bekleyin. Daha sonra yavaşça önünüze doğru döndürüp 3 - 5 saniye bekleyin. Aynı hareketleri bir de sol tarafa doğru yaparak egzersizi tamamlayın.



8) Bu egzersizde resimde görüldüğü gibi başınızı öne doğru eğin. 3 - 5 saniye dinleyin. Dinlendikten sonra başınızı arka tarafa doğru bükün. 3 - 5 saniye bu pozisyonda bekleyin.



9) Başınızı önce sağ tarafa doğru kulak memesi omuzunuza değecek kadar götürün. Bir süre bu pozisyonda bekledikten sonra başınızı doğrultun. Aynı hareketi bir de sol tarafa doğru yapın.





10) Başınızı saat yönünde mümkün olduğu kadar çembersel hareket çizerek döndürün. Kısa bir süre bekledikten sonra aynı hareketin tersini sol tarafa doğru çevirerek yapın.

### **DİKKAT!**

Bu hareketleri yaparken en fazla dikkat etmemiz gereken noktalardan biri hareketleri 3'erlik setler halinde yapmamız. Bunun yanı sıra hareketi ilk defa yapacağınız zaman boynunuzu aşırı derecede yani son noktasına kadar zorlamamanız. Çünkü kasları ısıtmadan yapılan hareketler boynunuza yarar değil zarar verir.

❖ **Sık sık hasta oluyorsanız yorucu aktiviteleri yapmaktan kaçının**

## ❖ Sigarayı bırakmak için

1. Sigarayı, bırakmak istediğiniz için bırakmanız önemli. Bırakma nedenlerinizi bir liste halinde yazın ve listeyi birkaç ay süreyle elinizin altında bulundurun
2. Yararlarını düşünün: daha az öksürük, daha temiz giysiler, daha rahat nefes alma (hem sizin hem de arkadaşlarınız ve aileniz için), daha az para harcama ve sigarayla ilgili hastalıklara yakalanmaya ilişkin daha az risk
3. Sigarayı bırakacağınıza inanmanız şart
4. Sigarayı bırakmaya karar verdiğinizde bir plan yapın:
  - bırakacağınız günü belirleyin; ailen ve arkadaşlarınızdan destek isteyin

- ilk günün, ilk haftanın ve ilk ayın sonu için kendinize birer ödül planlayın
- bir gün önce, sigaraları, küllükleri ve çakmakları ortadan kaldırın

❖ **Yeteri kadar dinlenmek için kendinize zaman ayırın**

1. Zor ve çok enerji gerektiren aktivitelerde yakın aile üyelerinden ya da arkadaşlarınızdan yardım isteyin

🌊**YAŞLINIZIN YOĞUN BAKIMI**

**NEDENİ İLE KENDİ SAĞLIĞINIZI İHMAL  
ETMEYİNİZ!!!**

## PSİKOLOJİK

- ❖ Kendinizi kötü hissetmenize neden olan duygularınızı belirleyin
- ❖ Kendinizi kötü hissetmenize neden olan bu duygularınızı paylaşın
- ❖ Bu duygularla baş etmek için yaptıklarınızı belirleyin
- ❖ Yaptıklarınız arasından en uygun olanları seçin
- ❖ Hiç kimsenin kusursuz olmadığını unutma. Hatalar yapılabilir
- ❖ Yaşadıklarınız için bir günlük tutabilirsiniz
- ❖ Deneyimlerinizi paylaşabilirsiniz
- ❖ Başka yaşlısına bakan kişilerle duygularınızı paylaşabilirsiniz
- ❖ Çözebileceğiniz sorunlara öncelik verin
- ❖ Kutlanacak (takdir edilecek) küçük şeylerin olduğunu unutmayın

- ❖ İhtiyacınız olan tıbbi yardımı ve önerileri alın (*size yardım edebilecek ve önerilerde bulunabilecek insanlardan yardım istemekten çekinmeyin*)
- ❖ Durumun gülünecek taraflarını da görün, bu sayede birçok krizi daha rahat atlatabilirsiniz
- ❖ Destek gruplarına katılın

❧İÇİNİZİ DÖKMEKTEN KAÇINMAYIN ❧

**UNUTMAYINIZ !!!**

☺KAHKAHA EN İYİ İLAÇTIR. GÜNLÜK YAŞAMDA  
KENDİNİZE GÜLECEK KONULAR BULMAYA  
ÇALIŞIN☺

## SOSYO-KÜLTÜREL

Bunaması olan yaşlıya bakarken hem siz hem de ailemiz bu durumdan etkilenir.



❖ Aile kan, akrabalık, duygu ya da yasal ilişkilerle bağlanan üyelerden oluşan topluluktur.

- Aile üyeleri arasında görevler paylaşılır
- Karşılıklı anlayış, saygı ve sevgi vardır
- Ekonomik ihtiyaçlarda işbirliği yapılır
- Ailedeki eş, çocuk ve diğer üyelerin duygusal ihtiyaçları karşılanır

❖ Yardım alabileceğiniz aile, arkadaş ve kuruluşları belirleyin. Diğer aile üyelerinden ve yakın

arkadaşlarınızdan ev işi, aliş veriş, ocuk bakımı, yemek gibi işlerde yardım isteyin

## YARDIM İSTEMEK EN DOĞAL HAKKINIZ



❖ Aile üyelerinizle ya da yakın arkadaşlarınızla neler hissettiklerinizi paylaşın. Bu sizin bu kişilerle sorun yaşamanızı azaltacaktır

❖ Ailede herkesin sorumluluğunu belirlemek için bir aile toplantısı düzenleyin

❖ Komşularınıza yaşlınızın hastalığını açıkladığınızda genellikle daha anlayışlı davranabilirler

- ❖ Arkadaşlarınıza hastalığın ayrıntılarını anlatabilirsiniz
- ❖ Yaşadığınız evdeki koşulları düzenleyip kendinize zaman ayırmaya çalışın
- ❖ Kendinize, haftada en az bir gün ya da bir gece olacak şekilde boş zaman ayırın

### ❧HERKESİN MOLAYA İHTİYACI VARDIR❧

- ❖ Arkadaşlarınızla bir araya geldiğiniz zaman hastalık dışında şeylerden konuşun, düşünün
- ❖ İnsanlarınızın sizi ziyaret etmeye gelmelerine engel olmayın
- ❖ Ne yapmaktan zevk alıyorsanız ona zaman ayırın. Müzik dinleyip, bahçe işleri ile uğraşabilirsiniz

### ❧YARDIM İSTEMEYİ VE ALMAYI UNUTMAYINIZ❧

### NERDEN NASIL YARDIM ALABİLİRSİNİZ



KIRŞEHİR İL SOSYAL HİZMETLER  
MÜDÜRLÜĞÜNDEN

- Özürlü kimlik kartı
  1. Sağlık raporu
  2. İkametgah belgesi
  3. Nüfus kayıt örneği
  4. Nüfus cüzdanı fotokopisi
  5. 4 adet fotoğraf
  6. Gelir beyan belgesi

NASIL YARARLANABİLİRSİNİZ

1. Belediye otobüslerine ücretsiz ya da indirimli binebilirsiniz
2. Telefonunuzdan indirimli konuşabilirsiniz (%40)

3. Engelli araçlarından indirimli yararlanabilirsiniz

4. Su ödemelerinde indirimden yararlanabilirsiniz.

### KIRŞEHİR İL SOSYAL HİZMETLER MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI AİLE DANIŞMA MERKEZİNDEN YARDIM ALABİLİRSİNİZ

Aile danışma merkezlerine telefonla ya da giderek başvurabilirsiniz. Alacağınız hizmetler için ücret ödemenize gerek yoktur.

#### NASIL YARARLANABİLECEĞİZ

1. Yaşadığınız sorunlarla ilgili danışmanlık hizmeti alabilirsiniz
2. Yaşadığınız sorunlarla ilgili olarak psikolojik yardım alabilirsiniz

#### EVDE BAKIM HİZMETİ

Bu hizmete Türkiye genelinde tek bir ortak numara ile ulaşabilirsiniz (444 3833) ya da Kırşehir İl Sağlık

Müdürlüğüne, (Fatma Korkmaz Telefon: 0386 444 38 33), Kırşehir Devlet hastanesi (Telefon:0386 212 33 21) başvurabilirsiniz.

Evde sağlık hizmeti almak için başvuru yaptığınızda bir hemşire, doktor ve sağlık memurundan oluşan bir ekip gelip yaşınızı muayene edecektir

Evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan yaşlıların, yara pansumanları, gerekli tetkikleri, idrar sondası takılması, sürekli kullanılan ilaçların reçetelenmesi, raporların yenilenmesi gibi hizmetler ev ve aile ortamında sağlanır, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetleri verilir.

## MANEVİ

- ❖ Size enerji veren gücün ne olduğunu belirleyin
- ❖ Hayatınıza anlam katan şeyleri belirleyin
- ❖ Hayatınıza anlam katan şeylere zaman ayırın
- ❖ Kendinize olan güveninizi "ben bunu yapabilirim" ben bunun üstesinden gelebilirim" gibi olumlu düşüncelerle arttırın
- ❖ Gelecek bir çok kişi için belirsizdir. Dolayısıyla sahip olduğunuz güzelliklere odaklanarak şu anı yaşayın
- ❖ Hayatınızın her şeye rağmen güzel olduğunu ve yaptıklarınızın önemli olduğunu bilin

## GELİŞİMSEL

- ❖ Kendinize zaman ayırın
- ❖ Kendi bakımınıza dikkat edin
- ❖ Kendi sınırlarınızı bilip, gerçekçi olun
- ❖ Kendi yaşınıza ve sağlığınıza dikkate alın
- ❖ Güneşten yararlanın
- ❖ Gün içinde yapacağınız işlerinizi planlayın
- ❖ İşlerinizi adım adım ve önceliklerine göre yapın
- ❖ Olabildiğince akranlarınızla görüşmeye çalışın
- ❖ Kendinizi sevin ve değer verin
- ❖ Güçlü ve zayıf yönlerinizi gerçekçi bir şekilde değerlendirin
- ❖ Bakım verenlerin destek gruplarına katılın
- ❖ Kendinize ödül verin

Unutmayın ki, her yaşlısına bakan kişi farklıdır.

## ÖZ GEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: **Gökçe DEMİR**

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 1979, Kırşehir

Medeni Durumu: Bekâr

Tel: 0533 668 8379

Fax: 0386211 48 18

mail: [gokce.demir@mynet.com](mailto:gokce.demir@mynet.com)

Yazışma Adresi: Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 40100/Kırşehir

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği	2006
Lisans	:Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2000
Lise	Kaman Lisesi, Kırşehir	1995

### İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2000-2001	Ankara Başkent Hastanesi	Hemşire
2004-2008	Aksaray Eski Devlet Hastanesi	Hemşire
2008-	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Öğretim Görevlisi

### YABANCI DİL

İngilizce,

## YAYINLAR

- 1) **Demir G**, Şahin TK. Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması. 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 6-8 Eylül 2006, Van. (Poster).
- 2) **Demir G**, Özcan A. Sanayi Bölgesinde Çalışan İşçilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Sağlık Algıları, Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, 9-11 Nisan 2009, Çanakkale. (Poster).
- 3) Özcan A, **Demir G**. 15-49 yaş grubu kadınların jinekolojik muayeneye ilişkin yaklaşımları. Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, 9-11 Nisan 2009, Çanakkale. (Poster).
- 4) Özcan A, **Demir G**. Samsun kırsal alanında AP durumu saptama araştırması. Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, 9-11 Nisan 2009, Çanakkale. (Poster).
- 5) **Demir G**, Özcan A, Kızılırmak A. Zihinsel engelli çocukların annelerin depresyon düzeylerinin belirlenmesi, 2. Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi, 14-16 Mayıs 2009, İzmir. (Poster).
- 6) **Demir G**, Özcan A, Tiftikçi E, Doğan N, Balcı Ş. Klinikte öğrencilerin hemşirelerden beklentilerinin belirlenmesi. **8. Ulusal&Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi**, 04-06 Haziran 2009, Ankara. (Sözel).
- 7) Özcan A, **Demir G**, Töngel E. Öğrenci hemşirelerin iş sağlığı hemşireliğine ilişkin yaklaşımları. **8. Ulusal&Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi**, 04-06 Haziran 2009, Ankara. (Poster).
- 8) **Demir G**, Özcan A, Tiftikçi E, Doğan N, Balcı Ş. Öğrenci Hemşirelerin Araştırmaya İlişkin Görüşleri, **8. Ulusal&Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi**, 04-06 Haziran 2009, Ankara. (Poster).
- 9) Özcan A, **Demir G**, Töngel E. İlkadım Öğrenci Yurdunda kalan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, **8. Ulusal&Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi**, 04-06 Haziran 2009, Ankara. (Poster).

10)Şahin F, Biçer S, **Demir G**, Bahadır B. Kırşehir’de çalışan hemşirelerin kayıt tutma becerilerinin belirlenmesi, **8. Ulusal&Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi**, 04-06 Haziran 2009,Ankara. (Poster).

11) Ayla ÜNSAL, **Gökçe DEMİR**,Ayden ÇOBAN, Gülşah GÜROL ARSLAN. Huzurevinde yaşayan bireylerde kronik hastalık prevalansı ve ilaç kullanımı. 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi 1-4 Nisan 2010, İzmir. (Poster).

12)**Gökçe DEMİR**,Ayla ÜNSAL,Gülşah GÜROL ARSLAN, Ayden ÇOBAN. Huzurevinde ve evinde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması. 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi 1-4 Nisan 2010, İzmir. (Sözel).

13)Ayden Çoban, Gülşah GÜROL ARSLAN, Ayla ÜNSAL, **Gökçe DEMİR**. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı kadınlarda ürogenital sistem problemleri ve genitalhijyen davranışları. 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi 1-4 Nisan 2010, İzmir. (Poster).

14) Gülşah GÜROL ARSLAN, Ayden ÇOBAN, **Gökçe DEMİR**,Ayla ÜNSAL. Huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitesinin ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi 1-4 Nisan 2010, İzmir. (Poster).

15) Ayla ÜNSAL,**Gökçe DEMİR**.Hastanede yatan hastalarda uyku kalitesi ve yorgunluk. Uluslar arası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 20-24 Ekim 2009, SİVAS. (Poster).

16) Ayla ÜNSAL,**Gökçe DEMİR**. Yaşlılarda kronik hastalık prevalansı ve ilaç kullanımı. Uluslar arası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 20-24 Ekim 2009, SİVAS. (Poster).

17)İbrahim AKALIN, **Gökçe DEMİR**, Ayla ÜNSAL,Ayşegül ÖZCAN. Sağlık yüksekokulundaki erkek öğrencilerin hemşireliği seçme nedenleri. 10. Uluslar arası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. 28-30 Nisan 2011, GAZİANTEP. (Poster).

18) Azize Meryem SARI, Serkan ERGÜL, **Gökçe DEMİR**, Ayla ÜNSAL.Kırşehir il merkezinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyleri. 10. Uluslar arası



Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. 28-30 Nisan 2011, GAZİANTEP. (Poster).

**19)** RÜVEYDA SEVER, HÜLYA ÖZTÜRK, ESMA ÖZTOPRAK, ARİFE KIZIL, ÇİĞDEM İLHAN, AYLA ÜNSAL, **GÖKÇE DEMİR**. Hipertansiyonu, diyabeti ve kalp yetmezliği olan bireylerin bitkisel tedavi kullanım durumları. 10. Uluslar arası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. 28-30 Nisan 2011, GAZİANTEP. (Poster).

**20)** VOLKAN YILMAZ, BUKET İMREN, AYLA ÜNSAL, **GÖKÇE DEMİR**. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimine yönelik görüşleri. 10. Uluslar arası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. 28-30 Nisan 2011, GAZİANTEP. (Sözel).

**21)** AYLA ÜNSAL, **GÖKÇE DEMİR**. The prevalence of chronic disease and drug use in the elderly in Kırşehir. Turkish Journal of Geriatrics, 13:4, 244-251, Aralık-2010.

**22)** AYLA ÜNSAL, **GÖKÇE DEMİR**, AYDEN ÇOBAN ÖZKAN, GÜLŞAH GÜROL ARSLAN. Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi,

2011; 12 (3):5-10.

**23)** **GÖKÇE DEMİR**, AYŞEGÜL ÖZCAN, AYNUR KIZILIRMAK. Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13 (4):53-58.