

**TC
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**65 YAŞ ve ÜSTÜ BİREYLERE EVDE BAKIM VERENLERİN
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ**

Hacer ALPTEKER

**Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN**

BOLU

2008

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,

Bu alışma jürimiz tarafından hemşirelik programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN
(Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu)

Üye Doç.Dr.Gülten KARADENİZ
(Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu)

Üye Yrd.Doç.Dr.Yasemin YILDIRIM
(Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Tarih: 08.08.2008

Doç. Dr. Serap KÖYBAŐI ŐANAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sűresince bilgi ve deneyimlerini paylaőarak, beni yűnlendiren ve destekleyen hocam sayın Prof.Dr.Feray GűKDOĐAN'a, araőtırmamın yűntem sűrecinde saĐladıkları kolaylık için Bolu İl SaĐlık MűdűrlűĐű Semerkant Aile SaĐlıĐı Merkezi personeline, çalıőmama katılmayı kabul eden saygıdeĐer yaőlılar ve onların bakım verenlerine teőekkűr ederim. Manevi destekleri için, Arő.Gűr.Serpil YűKSEL, Emine KIR, Yrd.Doç.Dr.Yasemin YILDIRIM ve Yrd.Doç.Dr.Arzu ŐZCAN İLE'ye teőekkűr ederim.

Yaőamımın her anında yanımda olan, destekleriyle bana gű veren ailem ve sevgili eőim Ercan ALPTEKER'e, yaőamıma kattıkları anlam, sabır ve sevgileri için sevgili ikizlerim Taha ve Tuba Őykűm ALPTEKER'e teőekkűr ederim.

Bolu, 2008
Hacer ALPTEKER

Determining The Difficulties That People Who Take Care Of 65 Or More Year Old Individuals At Home

ABSTRACT

This is a descriptive study which aims to determine the care burdens and the difficulties that people who take care of 65 or more year old individuals at home face.

The sampling of the research is made of the elderly people enrolled in Semerkant Family Health Center of Bolu Local Health Authority (n:69) and their informal handlers(n:69). The data is collected using the face to face interview technique in August– November 2007, and percentage, average, standart deviation are analysed by the determining statistical tests such as X^2 .

The average age of caretakers is calculated as 53.4 ± 14.7 years (19-82) ages; and it is determined that more than half of the caretakers (63%) are in the 35- 64 age group; 26.5% of them is above the age of 65, most of the caretakers (83.7%) are women and married (87.8 %), and they are only literate or primary school graduate (57.1%), they are either housewives (65.3%) or retired (26.5%); they are unemployed now (85.7%) and they live with their families (71.4%); and the care of the elderly person is taken by his/her spouse (38.8%), his/her daughter (24.5%) and his / her daughter in law (20.4%). While the care burden of approximately half of the caretakers (50.8%) is confirmed “mild”; it is “medium” for 18.8% and “heavy” for 1.4%.

What the caretakers have difficulty in during the nursing of elderly people are, “the person talking and interrupting a lot” (41.0%), “the caretaker being old and having difficulty” (28.2%), “the caretaker feeling exhausted” (20.3%). More than three-fourth of the caretakers (87.0%) are determined to be giving primary care, which means that they look after the elderly by themselves.

Most of the people who look after old people (63.3%) say that this process affects their life; more than half of them (69.4%) have an illness, they use anxiety drugs (22.4%), most of the caretakers (89.9%) report that the best care for old people can be provided at home; because they are like children and they should be well-treated (11.6%), and that the young people will also grow old and they should look after the old people (10.1%) are the conclusions that are drawn.

In this issue, it is suggested that the nurses should organise education and information meetings on the geriatric and taking care of old people to develop the social consciousness; the people who give care should be sensitive about their burdens, and alternative care centers such as day care centers and nursing homes should be opened in order to release the burden.

Key words: Elderly care, Women, Primary caregivers, Burden interview, Nursing.

ÖZET

65 YAŞ ve ÜSTÜ BİREYLERE EVDE BAKIM VERENLERİN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

Bu araştırma, 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin bakım yükleri ile yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın örneklemini, Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Semerkant Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı yaşlılar (n:69) ve onların informal bakım verenleri (n: 69), oluşturmuştur. Veriler Ağustos-Kasım 2007 tarihinde yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiş, yüzdelik, ortalama, standart sapma, X² gibi tanımlayıcı istatistik testler kullanılarak analiz edilmiştir.

Bakım verenlerin yaş ortalaması 53.4 ± 14.7 yıl (19- 82 yaş) olarak hesaplanmış, bakım yükü olan bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%63.3) 35-64 yaş grubunda ve %26.5'inin ise 65 yaş ve üzeri grubunda yer aldığı, bakım yükü olanların çoğunlukla (%83.7) kadın ve evli olup (%87.8), okur-yazar/ilkokul mezunu düzeyinde eğitim gördükleri (%57.1), ev hanımı (%65.3) ve emekli (%26.5) olarak yaşamlarını sürdürdükleri, şu anda herhangi bir işte çalışmadıkları (%85.7) ve ailesi ile birlikte yaşadıkları (%71.4), yaşlıya eşi (%38.8), kızı (%24.5) ve gelininin (%20.4) bakım verdikleri belirlenmiştir.

Bakım verenlerin, yaklaşık yarısının (%50.8) bakım yükünün “hafif, %18.8'inin “orta düzeyde” ve %1.4'ünün ise bakım yükünün “ağır” düzeyde olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin yaşlı bakımı sırasında en çok zorlandığı konular/işler çoğunluk sırasıyla, “yaşlının çok konuşması/karışması (%41.0)”, “bakım vereninde yaşlı olması ve zorlanması (%28.2)” olduğu, bakım verenlerin %20.3'ünün kendini tükenmiş hissettikleri belirlenmiştir. Bakım verenlerin ¾'ünden fazlasının (%87.0)

primer bakım veren olduğu, bir başka deyişle yaşlıya tek başına baktığı belirlenmiştir.

Bakım yükü olanların çoğunluğu (%63.3), yaşlıya bakmanın yaşamını etkilediğini, söyledikleri, bakım yükü olan bakım verenlerin, yarıdan fazlasının (%69.4) herhangi bir hastalığının olduğu, depresyon/anksiyete ilacı aldıkları (%22.4), bakım verenlerin çoğunun (%89.9) yaşlıya en iyi “evde” bakılacağını bildirdikleri, yaşlı bakımına ilişkin, “yaşlıların çocuğa benzediğini, iyi davranılması ve incitilmemesi gerektiğini (%11.6)”, “gençlerin de yaşlanacağını bu nedenle büyüklerine bakması gerektiğini (%10.1)”, düşündükleri ve önerdikleri belirlenmiştir.

Bu konuda hemşirelerin, toplumsal bilincin oluşturulması için yaşlılık ve yaşlı bakımı konusunda eğitim ve bilgilendirme toplantıları yapmaları, bakım yükü olan bakım verenlerin bakım yüklerine duyarlı olması, bakım yükünü azaltma noktasında gündüz bakımevi, yaşlı kreşi gibi gündüz hizmet verecek alternatif bakım merkezlerinin açılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı Bakımı, Kadın, Primer bakım verenler, Bakım yükü, Hemşirelik

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Yaşlılık ve Evde Bakım.....	5
2.2. Bakım Verenlerin Özellikleri.....	9
2.3. Yük Kavramı ve Bakım Verenlerin Yükü.....	9
2.4. Bakım Verenlerin Yaşlı Bakımında Yaşadıkları Güçlükler	11
3. BİREY VE METOD	
2.1. Araştırmanın Şekli	15
2.2. Araştırmanın Alt Problemleri	15
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	15
2.4. Araştırmanın Evreni	16
2.5. Araştırmanın Örnekleme	16
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
2.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
2.7.1. Bağımlı Değişkenler	19
2.7.2. Bağımsız Değişkenler	19
2.8. Tanımlar	19
2.9. Araştırmanın Etik Yönü	20
2.10. Verilerin Toplanması.....	21

2.10.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	21
2.10.2. Ön Uygulama.....	27
2.10.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	28
2.10.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
7. KAYNAKLAR.....	82
EKLER.....	103
EK.1. Bölüm I. Aydınlatılmış Onam (Yaşlı).....	103
EK.2. Yaşlı Soru Formu.....	104
EK.3. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi (Katz).....	107
EK.4. Lawton-Brody Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (Self-Rated Version).....	108
EK.5. Mini Mental Durum Değerlendirilmesi Ölçeği (Eğitimsizler için).....	109
EK.6. Bölüm II. Aydınlatılmış Onam (Bakım veren).....	111
EK.7. Bakım Veren Soru Formu.....	112
EK.8. Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	118
EK.9. Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan Yazılı İzin.....	120
EK.10. Bolu Valiliği ve İl Emniyet Müdürlüğünden Alınan Yazılı İzin.....	121
EK.11. Bakım Verme Yüğü Ölçeğini Kullanma İzni.....	122

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Bakım Verenin Bakım Yüğü Düzeyi.....	29
Tablo 2: Bakım Verenin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Yüğü Dağılımı.....	30
Tablo 3: Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktivitelerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Dağılımı.....	32
Tablo 4: Yaşlıların Demans Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Dağılımı.....	33
Tablo 5: Bakım Verenin Yaşlıya Bakma Nedenine Göre Bakım Yüğü Dağılımı	34
Tablo 6: Bakım Verenin “Yaşlıya Bakma” Olarak Tanımladığı İşler ve Bakım Yüğü Dağılımı.....	34
Tablo 7: Bakım Verenin Yaşlıya Bakım Süresine Göre Bakım Yüğü Dağılımı	35
Tablo 8: Bakım Verenin Yaşlıya Bakmaktan Memnun Olma Durumuna Göre Bakım Yüğü Dağılımı.....	35
Tablo 9: Bakım Verenlerin Yaşlılık Tanımları	36
Tablo 10: Bakım Verenin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgisine Göre Bakım Yüğü Dağılımı.....	37
Tablo 11: Bakım Verenin Yaşlıya Bakmada Kendini Yeterli Görmesine Göre Bakım Yüğü Dağılımı.....	37
Tablo 12: Bakım Verenin Yaşlıya Bakma Konusunda Eğitim/Danışmanlık Gereksinimine Göre Bakım Yüğü Dağılımı.....	38
Tablo 13: Bakım Verenin Yaşlı Bakımında En Çok Zorlandığı İşler/Konular.....	38
Tablo 14: Bakım Verenin Kendini Tükenmiş Hissetme Durumu	39
Tablo 15: Bakım Verenlerin Yaşlı ile İletişim Sıkıntısı Yaşamaları.....	39
Tablo 16: Primer Bakım Veren ve Diğerleri.....	40
Tablo 17: Primer Bakım Veren ve Diğerlerinin Yaşlı Bakımındaki Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 18: Yaşlıya Bakım Vermenin Bakım Yüğüne Göre Bakım Verenin Yaşamı Üzerine Etkisi.....	43
Tablo 19: Yaşlıya Bakım Vermenin Bakım Yüğüne Göre Aile Yaşamına Etkisi	43
Tablo 20: Bakım Verenin Bakım Yüğüne Göre Kendine Zaman Ayırabilme Durumu.....	44

Tablo 21: Bakım Verenin Bakım Yüküne Göre Sağlık Durumu	44
Tablo 22: Bakım Verenlerin Yaşlıya En iyi Nerede Bakılacağına İlişkin Görüşleri.....	46
Tablo 23: Bakım Verenlere Göre Yaşlıya Evde Bakmanın Avantajları.....	47
Tablo 24: Bakım Verenlere Göre Yaşlıya Evde Bakmanın Dezavantajları.....	48
Tablo 25: Bakım Verenlerin Huzurevinde Kalmaya İlişkin Görüşleri.....	48
Tablo 26: Bakım Verenlerin Yaşlı Gündüz Bakım Evine İlişkin Görüşleri	49
Tablo 27: Bakım Verenlerin Yaşlı Bakımına İlişkin Önerileri	49

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Toplumun demografik yaşlanması, yüzyılımızın en önemli sosyal sorunlarından biridir (1,2,3). Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmakta, bu durum yaşlı bakımı ve bakım verenler gibi pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Yaşlılıkta işlevsel kayıplar nedeniyle başkalarına olan bağımlılığın artması nedeniyle yaşlı bakımı zor, kapsamlı ve pahalı bir hizmet haline gelmektedir (4,5,6,7,8,9).

Günümüzde gelişmiş birçok ülkenin yaşlı nüfusun bakım maliyetini karşılamakta zorlandığı; gelişmekte olan ülkelerin ise sosyal hizmet alt yapılarının bulunmaması, ekonomik ve aile yapısındaki değişiklikler nedeniyle gelişmiş ülkelere daha büyük sorunlarla karşılaşılacağı belirtilmektedir (8,9). Gelişmişlik ve kentleşme ile ailelerin küçülmesiyle çocukların yaşlılarına bakması giderek zorlaşmaktadır. Doğurganlığın azalmasıyla gittikçe daha az çocuk sahibi olma, coğrafi uzaklık vb. nedenlerle yaşlıya bakacak kişi sayısı da azalmaktadır. Türkiye’de kentleşme ve sanayileşme, aile yapılarında önemli değişikliklere ve geleneksel geniş aile yapısının, yerini hızla çekirdek aile yapısına bırakmasına neden olmuştur (4,6,8,10,11).

Büyük kentlerimizde ailelerde eşlerin her ikisinin de çalışması ve özellikle yaşlı bakımından primer sorumlu olan kadının çalışma yaşamına girmesi, çekirdek aile için tasarlanmış dairelerde oturmaları, uzak mesafe ya da farklı kentlerde yaşamaları sonucu geleneksel yaşlı bakım düzeninin sürdürülmesini güçleştirmektedir (2,6,7,12).

Kentlerde yaşam koşullarına bağlı olarak yaşlılar, ailelere “yük” olmaya başlamış, ekonomik koşulları kötü olan ailelerde bu durum daha da belirgin hale gelmiştir. Yaşlı, aile içinde eskiden olduğu gibi ekonomik ve manevi yaşam yükünü paylaşamamakta, bu durum aile içinde samimi duyguların yitirilmesine ve saygının zayıflamasına neden olabilmektedir. Aile için “yük” olarak nitelendirilen yaşlı ve

yaşlının bakımı, günümüz koşullarında sorunların daha fazla yaşanmasına neden olmakta, yaşlı ile bakım verenler aile yaşamındaki değişikliklerden en çok etkilenen grup haline gelmektedir (6,8,13,14).

Ülkemizde yaşlıya yönelik bakım hizmetleri “formal” ve “informal” şekilde yürütülmektedir. Türkiye’de geleneksel düzen içinde yaşlıların bakım ve korunması çoğunlukla çocuklar ya da akraba desteği ile olmaktadır. Yaşlı bakımına ilişkin yapılan araştırmalar incelendiğinde, yaşlıların büyük çoğunluğunun bakımının aile içinde gerçekleştirildiği ve %99’unun kendi evlerinde ya da çocuklarının yanında bakıldığı görülmektedir (8). Atalay ve arkadaşlarının (1992) Türk aile yapısını irdeledikleri araştırmada, yaşlıların %63’ünün kendi evlerinde, %36’sının çocuklarından birinin yanında, %1’inin ise huzurevlerinde yaşadıkları saptanmıştır. Bekaroğlu (1990) tarafından Trabzon’da “Çekirdek aile ve yaşlılık” ile ilgili yapılan bir araştırmada, evlerde kalan yaşlıların %66.6’sı çocukları, %21.6’sı eşi, %8’i yalnız ve %4.6’sı diğer akrabalarıyla birlikte yaşamaktadır (15). Bilir ve arkadaşlarının çalışmasına göre (2002), yaşlıların %79.5’i eşi ya/ya da çocukları ile birlikte yaşamlarını sürdürmektedir (16). Gökdoğan ve arkadaşları (2005), Bolu il merkezindeki yaşlıların %50.7’sinin aileleriyle birlikte, %15.5’inin yalnız, %0.8’inin ise aileden olmayan kişilerle yaşadıklarını saptamışlardır (17).

Kentleşme, kadının çalışma yaşamına katılması, geniş aileden çekirdek aileye geçiş gibi nedenler ile huzurevine yerleştirilen yaşlının kuruma gidince, kendini kabul etme ve kendine saygı duymayı belirleyen çevreyi tanıma ve denetleyebilme olanakları kaybolmakta, yaşlı birey soyutlanma, yadsınmışlık, kendini değersiz hissetme gibi duygulara kapılabilmektedir. Ruh sağlığı açısından risk grubunu oluşturan yaşlılar, huzurevinde daha yoğun sorunlarla karşı karşıya gelmektedirler. Kurumda yaşayan yaşlı izole olmaya ve toplumdan geri çekilmeye başlamaktadır (18).

Adak (2003)’ın yaşlıların bakım vericileriyle ilgili çalışmasında, toplumda yaşayan yaşlılarda depresyon %2-4 iken huzurevinde kalanlarda %20 olarak saptanmıştır (6). Abrams ve arkadaşları (1992), huzurevinde yaşayan yaşlılarda

minör ve majör depresyonun çok yaygın olduğu ve kurumda depresyonu olan yaşlılarda ölüm oranının daha yüksek olduğunu bildirmektedir (19). Kurtoğlu ve Razezi (1999) huzurevindeki yaşlılarda depresyon oranını %10.2 bulmuştur (20). Altınyollar ve arkadaşları (2001), huzurevi ve aile ortamında kalan yaşlıların sorunlarını inceledikleri bir çalışmada, huzurevinde kalan yaşlıların psikolojik semptomlarının evde yaşayan yaşlıların psikolojik semptomlarına göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (21).

Bu çalışmalar yaşlıların huzurevlerinde özellikle depresyon gibi ruhsal sorunların daha fazla arttığını göstermektedir. Zorunlu kurum bakımı kararı alındığında ise, hem bireyde hem de aile üyelerinde travmatik etkiler yaratmakta ve her iki tarafı da mutsuz etmektedir (8,13). Günümüzde benzer sonuçlar nedeniyle kurumda bakımdan daha çok, yaşlıların ve onlara informal bakım verenlerin evde bakımı tercih ettikleri görülmektedir (4).

Toplumda kendi ortamında yaşayan yaşlılara bakım verenlerin, yaşlı bakımına ilişkin farklı konularda ve düzeyde sıkıntılar yaşadığı literatür de ortaya konmaktadır. Yaşlılara çoğunlukla kadınların baktığı ve bu kadınlarda ruhsal, bedensel, ekonomik sorunların geliştiği ve ev yaşamlarının da olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (22). Diamond (1995), Feinberg (1999), Moshis (1999) ve Gopalan'ın (2006) yaptıkları çalışmalar, yaşlıların bakımından sorumlu kişilerin %75'ini kadınların oluşturduğunu göstermektedir (9,23,24,25). Bakım verenlerde stres, depresyon, anksiyete gibi sağlık yakınmaları, fiziksel zorlanma, psikotropik ilaç kullanımı ve kronik hastalıklar görülmektedir (26,27). Yaşlının kronik ve dejeneratif hastalıklarının yanı sıra, bakım verenin de yaşlı ve kronik hastalığının olması; yaşlının bakım, tedavi ve korunmasına yönelik sürekli eve bağımlı kalması, bir takım sosyal ve ruhsal sorunlara yol açarak yaşlıya verilen bakımı olumsuz etkileyebilmektedir (8,13).

Yaşlılara bakım veren kadınların sorunları ile ilgili başka bir çalışmada, Türkiye'de çekirdek ailelerin arttığı, daha fazla kadının iş hayatında yer aldığı, kadınların pek çok rol ve sorumluluğu aynı anda yerine getirme zorunluluğu olduğu ve bu kadınların aynı zamanda yaşlıya da bakmasıyla "bakım yükü" ve "bakım

stresi" yaşadıkları belirtilmektedir (28). Aksayan ve Cimete (1998), aile bireylerinin %66.2'sinin aile içi rollerinin değiştiği, %66'sının yorgunluk, bunaltı, sosyal yaşantı değişikliği yaşadıkları ve bu sorunları çözmek için evde sağlık personeli istediklerini bildirmektedir (29). Altun (1998) ise, bakım verenlerin %74.2'sinin bir uzman yardımına gereksinim duyduklarını bildirilmiştir (30). Bu sonuçlar yaşlı bakımından birinci derecede sorumlu olan kadınların pek çok rolü olduğunu, ruhsal, bedensel ve sosyal sorunlar ve bakım yükü yaşadıklarını ortaya koymaktadır.

Hemşireler hem klinikte hem de toplumda yaşlıyla sık karşılaşmakta ve bakım vermektedir. Hemşirelerin, toplumda kendi ortamında bakılan yaşlının bakımını sağlayan bakım verenlerin bakım yükü ve yaşadıkları güçlükler karşı duyarlı olması ve bakım vereni desteklemesi beklenmektedir. Bunun, bakım verenin değişen koşullara uyum sağlama becerisini artırarak, hem yaşlının hem bakım verenin hem de diğer aile üyelerinin yaşam kalitesini yükseltebileceği ifade edilmektedir (31).

Türkiye'de yaşlının evde bakımı son yıllarda daha fazla tartışılır hale gelmesine karşın, topluma dayalı yaşlı bakımına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Huzurevinde kalan yaşlılarla ilgili kayıt ve istatistikler düzenli tutulmakta fakat, toplumda yaşayan yaşlıların bakımlarının kimler tarafından gerçekleştirildiği, aile ve akrabalar gibi informal bakım verenlerin bu durumdan nasıl etkilendiklerine ilişkin yeterli bilimsel verilere ulaşılamamıştır (6,32). Yaşlılarımızın genel olarak evde bakılmak isteklerinden yola çıkılarak yaşlı bireyin evde bakımının çok yönlü (fiziksel, ruhsal, sosyal) ve bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekir (33). Aynı zamanda yaşlının evde bakımını üstelenecek, primer/sekonder bakım verenin uzman bir hemşire/sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gerektiği, aile üyelerinin yaşlılığı algılayışları, yaşlıdaki fiziksel, ruhsal, vb değişikliklerin farkında olup olmadıkları, yaşlı bakımı sırasında yaşadıkları güçlükler, yaşlı bakım ilkeleri ile yaşlı bakımın kendi yaşantılarına etkisinin nasıl olacağına da değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (8,13,31,34,35). İnfomal bakım verilere destek hizmetlerinin oluşturulabilmesi, yüklerinin hafifletilmesi ve sorunlarının çözülebilmesi amacıyla informal bakım verenlerin sorunlarının incelenmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Nüfusun yaşlanması önlenemeyeceğine göre, yaşlanan nüfus ve onların bakımını üstlenen kişilerin sağlığını korumak, oluşabilecek toplumsal ve ekonomik sorunları önlemek ve çözmeye yönelik yeni stratejileri geliştirebilmek amacıyla 65 yaş ve üzeri bireylere evde bakım verenlerin bakım yükleri ile yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi önemli görünmektedir. Bu araştırma 65 yaş ve üzeri bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Evde Bakım

Normal fizyolojik bir süreç olan yaşlılık, bireylerin bedensel ve ruhsal güçlerini geri dönüşümsüz kaybetmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kayıplar beraberinde sosyal kayıpları da gündeme getirerek bakım ve bakım verme sorunlarına yol açabilmektedir (10,36).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-1998) yaşlılıkla ilgili raporunda 65 yaş yaşlılığın başlangıcı olarak bildirmektedir. Yaşlılık ile ilgili oranlara bakıldığında; Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 65 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfus içindeki oranının 2030 yılına kadar 65- 69 milyon, 2050 yılında ise 80 milyon olacağı tahmin edilmekte (11) ve 2020 yılında Hollanda'da bu oranın %22'ye ulaşacağı bildirilmektedir (37). Avusturya'da %15.4, Almanya'da %16.2, Japonya'da %26.7, ve 2025 yılında ise Avusturya'da %21.5, Almanya'da %23.4, Japonya'da %26.7 ve ABD'de %20'ye yükseleceği belirtilmektedir (38,39).

Ülkemizde nüfus sayımına (1990) göre 65 yaş ve üzeri nüfus %4.3 iken, 2000 yılında bu oran %5.6'ya yükselmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003) verilerine göre, ülkemizdeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı %6.9'dur (40,41). Sağlık Bakanlığı'nın (1996) yapmış olduğu nüfus projeksiyonlarında, 65 yaş ve üstü nüfusun 2010 yılında %6.7, 2020 yılında %8.5, 2030 yılında ise %12.1 olacağı tahmin edilmektedir. Bu verilere göre dünyada ve Türkiye'de toplam nüfus içindeki

yaşlı oranı ve sayısı giderek artış göstermektedir (10,36,42). Bolu'da yaşlı sağlığı hizmetlerine yönelik bir çalışmada (2005), yaşlı prevalansı %6.1 olarak saptanmıştır (17).

Yaşlılık sadece insanlar için değil toplumlar için de geçerlidir. Bu nedenle toplumlar yaşlı nüfus açısından dört gruba ayrılmışlardır.

1. *Genç toplumlar*: 65 yaş üzeri nüfus % 4'den azdır,
2. *Erişkin toplumlar*: 65 yaş üzeri nüfus % 4-7 arasındadır,
3. *Yaşlı toplumlar*: 65 yaş üzeri nüfus % 7-10 arasındadır,
4. *Çok yaşlı toplumlar*: 65 yaş ve üzeri nüfus % 10 üzerindedir (43).

Bu bağlamda hızla artış gösteren yaşlı nüfusun bedensel ve mental sağlığını koruyucu önlemler alınmalı; yaşlılık ile birlikte ortaya çıkan bedensel, ruhsal ve sosyal değişiklikler belirlenerek yaşlının tedavi ve bakım hizmetleri planlanmalıdır (44,45). Aksi takdirde, sosyal hizmet alt yapılarının bulunmayışı nedeniyle gelişmekte olan ülkeleri yaşlı bakımına ilişkin ciddi sorunların beklediği söylenebilir (8,12).

Yaşlıların hastane ortamında uzun süre bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük, hızla artan nüfus, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalmaya ve hastaneye yatışla ilgili birçok bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir. Günümüzde tıp ve teknolojideki gelişmeler artık sağlık hizmetlerinin ev ortamında da sunulmasına olanak sağlamaktadır (46). Ayrıca yapılan pek çok çalışmada yaşlıların ve onların bakımını üstlenen kişi ya da ailelerinin çoğunlukla evde bakımı tercih ettiği bildirilmektedir (8,13,31,32,47,48).

Kurum bakımının pahalı olması ve bakıma gereksinim duyan bireyi toplumsal hayattan soyutlaması gibi nedenler, günümüzde yakın çevre içerisinde bakıma olanak sağlayacak destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını gerekli kılmakta (3,49,50,51,52), diğer yandan aile içinde informal verilen bakım hizmetinin ve bakım verenlerin kamusal olarak desteklenmesini gerektirmektedir. İspanya'da 14 milyon

kişi evde bakım hizmetlerinden, İngiltere'de ise yaşlıların altıda biri uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır (32).

Evde bakım, 1800'lü yılların başlarında önce İngiltere'de, ardından ABD'de ortaya çıkan bir kavramdır. Yaşlılarda kronik ve ruhsal hastalıkların artışı, sağlık hizmetlerinin kullanımı maliyeti arttırarak hastane yatak işgal sürelerini uzatmış ve hastaların tam iyileşmeden taburcu edilmelerine neden olmuştur. Buradan yola çıkarak, yaşlı bireylere istekli olmaları durumunda, kurumsal bakıma alternatif olarak evde bakım hizmeti sunulması fikri gelişmiştir (32,53,54). Ülkemizde de evde bakım hizmetlerinin son on yılda ivme kazandığı görülmektedir.

Evde bakım hizmeti, yalnızca yaşlılara yönelik bir hizmet olmayıp; bedensel, sosyal ve duygusal yönden gereksinimi olan kişi ya da ailelere koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin sürekli olarak sunulmasını amaçlayan bir modeldir (55). Evde bakım hizmetleri, hastaların evde bakımı (çocuk, gebe, kronik hastalığı olanlar vb), özürülülerin evde bakımı, yaşlıların evde bakımı olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Evde bakım kapsamındaki hizmetler ise; *profesyonel hizmetler* (hemşirelik, fizyoterapi, sosyal hizmetler vb.), *destek hizmetleri* (ev temizliği, alış-veriş, yemek pişirme, çamaşır yıkama vb.) ve *araç-gereç hizmetleri* (walker (yürüteç), tekerlekli sandalye, özel yatak, bakım malzemeleri) olarak gruplandırılabilir (55).

Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı “*profesyonel ve profesyonel olmayan bakım verenler tarafından ev ortamında verilen bakım hizmeti*” olarak tanımlamaktadır. Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu (WHO-Home-Based Long Term Care Study Group) raporuna göre evde bakım “*var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler ve asıl mesleği evde bakım olan kişilerle bakıma yardımcı kişiler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir*” (56,57).

Yukarıdaki tanımdan yola çıkılarak bakımın formal ve informal şekilde verildiği söylenebilir. Formal bakım; evde ya da kurumda hemşire, fizyoterapist,

sosyal hizmet uzmanı gibi meslek grupları tarafından verilen sağlık ve bakım hizmetleridir. İnfomal bakım olarak nitelendirilen profesyonel olmayan bakım ise, ev ortamında herhangi bir ücret almadan, aile üyeleri, akrabaları, komşuları ya da arkadaşları tarafından yardım etme ya da bakım rolünün üstlenilmesidir (31). Evde bakım hizmetini gerektiren nedenler arasında yaşlı nüfusun giderek artması, sağlık sorunlarındaki değişiklikler, hasta potansiyelinin artmış olması, tıbbi teknolojideki gelişmeler ve evde de aynı bakım olanaklarının sağlanıyor olması, ticari yönüyle düşünüldüğünde tüketici ya da hasta tercihleri, sağlık sistemindeki aksaklıklar, evde bakım maliyetinin düşük olması, çekirdek ailenin yaygınlaşması ve bakım sorunlarının artması olarak sayılmaktadır (31,39).

Evde bakımın tercih edilme nedenleri ise; bakım gereksinimi olan bireylere kendi ortamında daha bağımsız yaşama olanağı sunması, birey/ hastanın kendini saygın hissettiği bir ortamda sevdikleri ile yakın iletişim içinde olması, daha hızlı iyileşmesini ve bağımsızlığını kazanması, bakım sorumluluğunun aile üyelerinin üzerinden alınmasıyla iş ve sosyal yaşamlarının kısıtlanmaması, evde bakımın hastane ile kıyaslandığında maliyetin daha düşük olması, bakım verenlerin tükenmişlik yaşamalarını engellenmesi şeklinde sıralanmaktadır (32,56).

Bilgili çalışmasında (2003), yaşlıların kurumsal bakımdan yeme-içme- yatma gibi konularda memnun oldukları, ancak kendi evlerinde kalmayı tercih ettikleri bildirmektedir. Yaşlı ailelerinin de geleneksel nedenler ve aile bağları nedeniyle kendi yaşlılarına aile içinde bakma eğiliminde oldukları ve kurum bakımını son çare olarak gördükleri belirlenmiştir (23). Akça'nın aktardığına göre, Hortman ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, yaşlıların huzurevinde yaşamayı aileden dışlanma olarak gördükleri ve yaşlının birlikte yaşadığı aile üyelerinin de ancak bakım verenin durumundaki değişiklikler (%81), bakım yorgunluğu (%30.4), yaşlıda inkontinas olması (%18.8), yaşlının evde yalnız kalamaması (%17.4) gibi nedenlerle daha sonra kurum bakımını düşündüklerini bildirmektedir (13). Yaşlıların olabildiğince evde kalmak istemeleri, bildikleri bir çevrede yaşlanmayı ve ölmeyi istemeleri evde bakım gereksinimini ortaya koyan başka bir bulgudur. Bu çalışmalar, ülkemizde yaşlı birey ve ailesinin kurum bakımını ilk seçenek olarak görmediğini bir

kez daha ortaya koymaktadır. Benzer sonuçlar nedeniyle günümüzde yaşlıların kurumda bakımdan daha çok, evde bakımı tercih ettikleri görülmektedir (6,13,58).

Ancak evde bakım hizmetleri henüz dünyanın tüm ülkelerinde gereksinim duyan herkese sunulabilen bir hizmet değildir. Türkiye’de de sağlık sistemi içinde yapılandırılmış bir evde bakım sistemi bulunmamaktadır. Tanımlanan biçimiyle evde bakım hizmeti insan gücü ve iyi bir planlama gerektirmektedir. Ayrıca yukarıda da açıklandığı gibi, yaşlılar ve onların informal ya da ailesindeki bakım verenleri evde verilen bakımı tercih etmektedir (4,6,13,15,16,17,19,20). Evde bakım hizmetlerinin diğer sağlık hizmetleri ile birlikte planlanması ve bakım verenleri destekleyici hizmetlerle birlikte sunulması, ulusal düzeyde formal ve informal bakım verenlerin işbirliğini sağlayarak evde bakım kavramının yeniden tartışılmasını ve gerekli çalışmaların yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır (56).

2.2. Bakım Verenlerin Özellikleri

Risk gruplarının tanınması ve onlara yönelik hizmetlerin planlanması bağlamında, bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi önemlidir. Yapılan çalışmalar, dünya üzerinde hangi ülkede olursa olsun bakım sorumluluğunun sıklıkla kız, eş ya da gelin olmak üzere kadınların üzerinde olduğunu göstermektedir (6,8,13,32,59,60). Bunun nedeni ise, çocuk, hasta ve yaşlı bakımında kadının yapısında var olan, şefkat, acıma, yardım etme duygusu, erkeklere oranla bakım işini daha iyi yapabilmeleri ve ortaya çıkacak sorunlarla daha iyi başa çıkabileceklerinin düşünülmesidir (8,31). Genellikle, evli, ilkokul mezunu ve 30-59 yaş arası kadınlar yaşlıya tek başına, yani primer olarak bakım vermektedir (3,6,8,9,13,24,32,59,60,61,62,63,64,65,66).

2.3. Yük Kavramı ve Bakım Verenlerin Yükü

Bakım verenlerin yükü kavramı, ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından ortaya atılmıştır. Bakım verme sürecinin bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar “yük” kavramını tanımlamıştır. Bakım verme esnasında bakım verende oluşan bedensel ve duygusal etkiler “yük” olarak tanımlanan durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Literatürde “yük”, bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı ruhsal sıkıntı, bedensel sağlık sorunları, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (68).

Bakım yükü genellikle objektif ve subjektif yük olarak değerlendirilir. Objektif ve subjektif yük arasındaki farkın belirlenmesi önemlidir. Özellikle evde bakımın sürdürülmesinde subjektif yük, önemli bir kriter olarak belirtilmektedir (35,67). Objektif yük somut olup, fiziksel işler ve bakımın ortaya çıkardığı güçlükler olarak tanımlanır. Bu, bakım vericinin tüm işleri (yardım, kontrol, ödemeler vb.), deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı aktivitelerini (hobiler, kariyer, meslek) kapsamaktadır. Diğer bir deyişle objektif yük, bir bireyin diğer bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve enerji olarak tanımlanmaktadır. Objektif yük boyutları; bakım verilen bireyin ekonomik bağımlılığı, aile rutinlerinin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, sosyal aktivitelerin yapılamaması, çalışma hayatıyla etkilenmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanmaktadır (67).

Subjektif yük ise, kişinin objektif yükü uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar subjektif yükü, bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkiler olarak tanımlamıştır. Subjektif yük, bireyin bakıma kişisel yaklaşımıdır ve bakım verme işini yük olarak algılamasıdır. Genellikle hissedilen bu duygular keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu şeklinde olabilir. Subjektif yükün göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler, bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleri olarak ifade edilebilir (35,67).

Yaşlıya bakmanın getirdiği yük genellikle kronik durumların özünde var olan bedensel ve ruhsal açıdan zahmetli gereksinimlerin üstesinden gelmeye yeterince hazır olmayan ailelerin omuzlarına biner. Yaşlıya bakım rolü bakım verenin zamanını ve duygusal enerjisinin önemli bir kısmını etkiler. Özellikle primer bakım

verenler, bakım yükünden daha fazla etkilenecek somatik yakınmalar yaşayabilirler. Diğerleri ile geçirdikleri zaman azalabilir, çalışıyorsa işlerine engel olabilir ve ruhsal açıdan kendilerini bitkin hissedebilir ve pek çoğu ailenin diğer üyelerinden veya arkadaşlardan yardım istemeyebilir. Her ne kadar pek çoğu bakım verme rolünün olumlu ve ödüllendirici yönlerini bulsa da, sorumluluk bazı bakıcıların kendini kötü ve tükenmiş hissetmelerine neden olabilir. Diğer yandan, bakıcılar ilk bakıcı rolünü aldıkları zaman en yüksek düzeydeki yüklerle karşılaşır. Ancak bu yük deneyimleri, zamanla değişebilir ve bakım verme deneyimleri kendine güven duyma gibi olumlu yönde gelişebilir (68). İstenmeyen sonuçlarından dolayı bakım verme, yük olarak belirtilmesine karşın, bakım veren tarafından bazen olumlu olarak düşünülmektedir (69).

2.4. Bakım Verenlerin Yaşlı Bakımında Yaşadıkları Güçlükler

Bakım verme, bakım verenin sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bakım verdiği kişinin gereksinimlerini sürekli karşılamaya çalışması nedeniyle, yorgunluk, bitkinlik gibi bedensel yakınmalara neden olabilir. Bu da bakım verenin sağlığının bozulması, stres, depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunların gelişmesine yol açabilir. Yaşlı bakımından birinci derecede sorumlu olan primer bakım verenler bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik güçlükler yaşayabilir (31,60).

Bedensel güçlükler; baş ağrısı, kas ağrıları, iştahsızlık, düzensiz yemek yeme, kronik yorgunluk, uyku düzensizliği vb. sayılabilir. Bakım vermeyenlere göre bakım verenlerin daha fazla sağlık yakınmaları yaşadıkları belirtilmektedir (31,60).

Yaşlı bakımı sırasında ortaya çıkan ruhsal güçlükler; huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, depresyon, sosyal izolasyon ve ilaç kullanımında artış şeklinde görülmektedir. Bakım veren yaşlı bakımına ilişkin duygularını baskılırsa stres, depresyon gibi durumların daha fazla ortaya çıkacağı, bu nedenle bakım sorunlarının tartışılması, bu sorunların çözülmeye çalışılmasının bakım vermeye ilişkin baskı, kaygı ve isteksizliği azaltmada önemli olduğu belirtilmektedir (31).

Yaşlıya sürekli bakma, kişilerarası ve sosyal güçlükler neden olmaktadır. Özellikle primer bakım verenler, sosyal faaliyetlere katılamamakta; aile ve arkadaş ilişkileri bozulmaktadır. Bu nedenle sosyal destekte azalma, kendini bakım verme rolünde yalnız hissetme ve sosyal izolasyon yaşama riskleri artmaktadır (31).

Yaşlıya yaşadığı ortamda bakım sağlama, informal bakım verenin ekonomik güçlükler yaşamasına neden olabilmektedir. Bunlardan en önemlileri, yaşlının sağlık güvencesinin olmaması ya da sağlık güvencesi kapsamı dışında ek masrafların getirdiği yüküdür (31).

Literatürde, bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyet, yaş, çalışma durumu, eğitimi, kendi sağlık algısı, sosyo-ekonomik durumu vb.) yaşlı ile önceki ve şundaki ilişkisi, yaşlı ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi, yaşlı bakımına ilişkin onayının alınıp alınmaması, bakım verenin yaşlı olması, sağlığının kötü olması, bakım verenin yaşlı bakımı dışında yaptığı diğer işler, yaşlının bakım verenin yaşamını kontrol etmeye çalışması, yaşlının mental bozukluğu (Alzheimer, demans vb.), kadının çalışma hayatının içinde olması nedeniyle yaşlıya evde bakacak başka kimsenin olmaması gibi faktörler bakımı etkileyen güçlükler olarak tanımlanmaktadır (6,8,13,31,59,67,70).

Bakım verme, bakım verenler tarafından çok boyutlu olarak algılanmaktadır. Samimiyet ve sevginin artması, ilişkilerin yakınlaşması, diğer bireylerden destek alma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerin yanı sıra pek çok güçlüğün de yaşanmasına neden olmaktadır (31). Yaşlı bireyler kendi evlerinde ve aile üyelerinden bakım almayı tercih etse de, evde bakım hizmetlerinin aile üyeleri tarafından verilmesi gittikçe güçleşmekte ve bir sorun haline almaktadır (6,32). Yaşlıların evde bakımını güçleştiren durumlar arasında, hızlı nüfus artışı, endüstrileşme ve kentleşme, iç ve dış göçler nedeniyle çekirdek aileye dönüşüm ve konutların küçülmesi, ekonomik sorunlar, kadınların çalışma yaşamına katılması, gençlerin yaşlılığa bakış açısı, kuşaklar arası iletişim bozuklukları, bakım verenlerin sağlığının bozulması ve yaşlının günlük yaşamdaki aktivitelerinde bağımlılığının artması sayılabilir (71,72).

Bakım verenler ile ilgili yapılan çalışmalar, yaşlılara kendi yakınları tarafından bakım verilmesinin psikolojik olarak yaşlıların ve bakım verenin iyilik halini olumlu etkilerken diğer bir yandan bakım verenlerin bazı sorunlarla karşı karşıya kalabildiklerini göstermektedir (10,32). Çünkü bakım verme aslında hem olumsuz hem de olumlu yönü olan bir olgudur. Yaşlı bakımını üstlenenlerin uzun süreli bakım vermeleri, kendi kronik sağlık sorunları, ileri yaşta olmaları ve sosyal desteklerinin yetersiz olması ya da olmaması gibi nedenlerden sosyal, fiziksel ve ekonomik açıdan çeşitli sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. Ayrıca yaşlıya evde bakım verenlerin özgürlüklerinin kısıtlanması ya da kendilerine yeterince vakit ayıramamaları nedeniyle ruhsal durumlarının olumsuz yönde etkilenmesi sonucu anksiyete, depresyon gibi bozuklukların da görüldüğü bildirilmektedir (71,72).

Ülkemizde ve yurt dışında bakım verenlerle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, bakım verenlerin çoğunlukla kadın olduğu, erkeklere göre kadın bakım verenlerin bedensel sağlık, yaşam beklentisi ve iyilik hali gibi konularda daha kötü düzeyde oldukları ve depresyon, anksiyete gibi semptomların yine kadınlar tarafından daha fazla yaşandığı gösterilmektedir (35,36,37,40,41). Pierce ve arkadaşları (2006), inmeli hastaların bakım verenleri ile yaptıkları bir çalışmada, bakım verenlerin %20'sinde depresyon ve anksiyete bozukluğu, %15'inde kronik hastalık, %6'sında ise uyku bozukluğu olduğunu saptamışlardır (73). Başka bir araştırmada bakım verenlerin %60'ında klinik depresyon semptomları olduğu ve genel popülasyona göre demanslı yaşlıların bakım verenlerinde, klinik depresyon düzeyinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır (74).

Leppa (1995), Krause ve Haverkamp (1996), Cooney ve Di (1999), Feinberg (1999), Pavalko ve Woodbury (2000) ve Seyyar (2005) toplumda yaşlıların bakımından sorumlu olan kadınların bedensel, ruhsal, mental ve sosyal yönden etkilendiklerini ortaya koymaktadır (6,34,75,76,77,78,79,80). Yaşlı ve aile ilişkilerine ilişkin yapılan bir çalışmada (2008), yaşlıyla birlikte oturanların %31'i yaşamına her hangi bir kısıtlama getirmediğini, %19'u sosyal yaşantısının etkilendiğini, %12'si yaşlıya bakmanın ekonomik açıdan "yük" getirdiğini ve %65'nin yaşlıyla birlikte yaşamaktan mutlu olduklarını bildirmişlerdir (81). Bilgili

(2002), bakım verenlerin %51.6'sının yaşlıya bakmakla birlikte yaşantılarının kısıtlanarak pek çok aktivitelerini yapamadıklarını, %45'inin iş yüklerinin arttığını, %20'sinin iş yüklerinin çok arttığını ve yaşamlarının etkilendiğini ve bakım verenlerin yaklaşık yarısının sıkıntıları olduğunda danışmanlık alabilecekleri hizmetlere gereksinim duyduklarını bildirmektedir (8).

Kanada Aile Bakım Verenleri Ulusal Profili Sonuç Raporu'na göre (National Profile of Family Caregivers in Canada-2002: Final Report), bakım verenlerin de yaşlı olması gibi nedenlerle %10'nun günlük yaşam aktivitelerinden banyo, aletli günlük yaşam aktivitelerinden ev temizliği konusunda sıkıntı yaşadıkları, %54'ünün finansal, %50'sinin bedensel sağlık, %48'inin ise ruhsal sağlığa ilişkin sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Aynı raporda, çalışan bakım verenlerin %66'sı bakım vermenin iş yaşamını zorlaştırdığını bildirmiştir (82).

Gopalan ve Brannon (2006) aile bakım vericilerinin bakım stresini belirlemeye yönelik yaptıkları bir çalışmada, bakım verenlerde hipertansiyon, bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi durumların yanı sıra, depresyon ya da anksiyete ile bakımla ilişkili stresin olduğunu saptamışlardır. Kadın bakım verenlerde bu stresin altı kat fazla olduğu, sosyal izolasyon yaşadıkları ve aile içi rollerinin de etkilendiği bildirilmektedir (25).

Yüzyıllardır hasta ve bağımlı bireylerin evdeki bakımının aile bireyleri özellikle kadınlar tarafından karşılanması doğal bir süreç olarak görülmüştür. Ancak bakım sorumluluğunun aile bakım verenlerine getirdiği yükler ve bakım verenlerin yardım gereksinimi toplumun bildiği bir gerçek olmasın karşın, bakım verenlerin sorunlarına yönelik yeterli çözüm önerileri bulunmamaktadır (13). Türkiye'de 2000'li yıllarda yaşlı grubun bakım sorunları Temel Sağlık Hizmetleri felsefesi doğrultusunda geliştirilebilir. Buna göre, toplumun gereksinim duyduğu ve kabul edeceği tipte sağlık hizmetleri planlanıp, toplumun katılımı da sağlanarak yaşlı birey ve bakım verene destek olabilecek hizmetler topluma kazandırılabilir.

3. BİREY ve METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, 65 yaş ve üzeri bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1. Bakım verenlerin bakım yükü nedir?
2. Bakım yükü olan ile olmayan bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri arasında fark var mıdır?
3. Bakım yükü olan ile olmayan bakım verenlerin yaşlı bakımı ile ilgili özellikleri arasında fark var mıdır?
4. Bakım yükü olan ile olmayan bakım verenlerin yaşlı tanımları ve yaşlı bakımına ilişkin eğitimi/bilgileri arasında fark var mıdır?
5. Primer bakım verenler ile diğer bakım verenlerin yaşlı bakımındaki özellikleri arasında fark var mıdır?
6. Bakım yükü olan ile olmayan bakım verenlerin yaşlıya bakmalarının yaşamlarına olan etkileri açısından fark var mıdır?
7. Bakım verenlerin yaşlıya bakım verilecek yerlere ilişkin görüş ve önerileri nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bolu ili, 8.294 km² yüzölçümü ile Batı Karadeniz Bölgesinde yer alır. Bolu'nun toplam dokuz ilçesi bulunmaktadır. Ev Halkı Tespit Fişleri (ETF) 2006 yılı sonuçlarına göre toplam nüfusu 251.883'dür. Bolu İli Gelişme Planına (BİGEP,2003) göre nüfusun %26.8'i kent merkezinde, %22.2'si ilçe merkezlerinde %51'i ise köylerde yaşamaktadır (83).

Araştırma planlandığında, Bolu ilinde beş devlet hastanesi (2 Devlet, 1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, 1 Kadın Doğum ve Çocuk, 1 Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama hastanesi), dört özel hastane (Özel Çağsu, Özel Köroğlu, Özel Metropol Ortopedi Hastanesi, Özel Gelişim Çocuk Hastalıkları Hastanesi) ile 32 sağlık ocağı,

iki verem savaş dispenseri, bir ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezi, iki halk sağlığı laboratuvarı ve köy sağlık evleri bulunmaktadır. Bolu'nun pilot il seğilmesi nedeniyle 16 Ekim 2006 tarihinde "Aile Hekimliği Uygulaması'na" geğilmiş ve İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık ocaklarının tümü "Aile Sağlığı Merkezleri'ne" dönüştürülmüştür. Bu bağlamda, araştırmanın yapılması planlanan 3 no'lu sağlık ocağının ismi "Semerkant Aile Sağlığı Merkezi" olarak değişmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Bolu İl Sağlık Müdürlüğü (2006) verilerine göre, Bolu'da 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 27.847 olup, bunun 10.846'sı il merkezinde bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı, Semerkant Aile Sağlığı Merkezi Ev Halkı Tespit Fişlerine (ETF) göre, 65 yaş ve üzeri birey sayısı toplam 580'dir (225 erkek ve 355 kadın olmak üzere). Buna göre 65 yaş ve üzeri olan ve herhangi bir yakını ile birlikte yaşayan yaşlı sayısı belirlenmiştir. Araştırmanın evrenini Bolu İli Semerkant Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yakınlarıyla birlikte oturan 334 yaşlı ve bu bireylere bakım veren 334 kişi oluşturmuştur (84).

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Örneklem seçimi evrendeki birey sayısı bilindiği için (85,86,87,88);

$$n: \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$$

formülü kullanılarak **69** olarak belirlenmiştir (%95 güven aralığında (d: 0.05), p: 6.1, t: 1.96 alınmıştır). Araştırma kapsamında 69 yaşlı ve 69 bakım verene ulaşılmıştır. Semerkant Aile Sağlığı Merkezindeki ETF'lerden bir liste oluşturularak bölgedeki, herhangi bir yakınıyla birlikte yaşayan 65 yaş ve üstü kişiler listelenerek sistematik örnekleme yoluyla örnekleme yer alacak yaşlı ve bakım verenlerin listesi oluşturulmuştur. Yaşlıların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1'de ve Tablo3.2'de görölmektedir.

Tablo 3.1. Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n: 69)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	34	49.3
Erkek	35	50.7
Yaş grupları		
65-74	38	55.1
75-84	23	33.3
≥85	8	11.6
Medeni durum		
Evli	36	52.2
Dul	33	47.8
Eğitim durumu		
Okur/yazar değil	17	24.6
Okur/yazar+ilkokul	48	69.6
Ortaokul ve üzeri	4	5.7
Sosyal güvence durumu		
Var	62	89.9
Yok	7	10.1
Mesleği		
Emekli	41	59.4
Ev hanımı	25	36.2
Çiftçi+serbest	3	4.4
Gelir durumu		
Var	62	89.9
Yok	7	10.1
Gelir düzeyi		
Alt	32	46.4
Orta	24	34.8
Üst	6	8.7
Yok	7	10.1
Toplam	69	100.0

Araştırmaya katılan toplam 69 yaşlının çoğunlukla erkek (%50.7), 65-74 yaşında (%55.1), evli (%52.2), okur-yazar/ilkokul mezunu (%69.6), emekli (%59.4), sosyal güvencesi (%89.9) ve geliri olan (%89.9), alt (%46.4) ve orta (%34.8) gelir düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 3.2. Yaşlıların Konut ve Bakıma İlişkin Özellikleri (n: 69)

Özellikler	Sayı	%
Evde yaşayan yaşlı sayısı		
Bir	39	56.5
İki	30	43.5
Oturdukları ev tipi		
Müstakil	39	56.5
Apartman	28	40.6
Baraka	2	2.9
Kendine ait odası olma durumu		
Evet	66	95.7
Hayır	3	4.3
Birlikte yaşadığı kişiler		
Eşi	20	29.0
Ailesi (eş, çocuk, gelin, torun)	47	68.1
Diğer akrabaları	2	2.9
Yaşıyla ilgilenme durumları		
Evet	65	94.2
Hayır	4	18.8
Bakımdan memnun olma durumu		
Evet	61	88.4
Hayır	8	11.6
Toplam	69	100.0

Yaşlıların konut ve bakıma ilişkin bazı özellikleri Tablo 3.2’de incelendiğinde; çoğunlukla evde bir yaşlının yaşadığı (%56.5), müstakil evde oturdukları (%56.5),

kendine ait odalarının olduğu (%95.7), ailesi (%68.1) ve eşi (%29.0) ile birlikte yaşadıkları, yakınlarının kendileri ile ilgilendikleri (%94.2) ve onların bakımından memnun oldukları (%88.4) saptanmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bolu ili Semerkant Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri kişiler ve onların informal bakım verenleri (eş, çocuklar, gelin, akrabalar)

2. Bakım verenler, 18 yaşın üzerinde olan, yaşlı ile aynı evi paylaşarak bakım veren kişilerdir. Yalnız yaşayan ve bakım vericisi olmayan yaşlılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler: Yaşlıya evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler, bakım verme yükü.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler: Yaşlının ve bakım verenin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, gelir durumu, vb.), yaşlı ve bakım verenin sağlık durumu (hastalıkları, yakınmaları, aşılanma durumu vb.), yaşlının bilişsel durumu, yaşlıların bağımsızlık durumu, yaşlının bakım gereksinimleri, bakım verenlerin yaşlılık algısı.

3.8. Tanımlar

Yaşlı: 65 yaş ve üzerinde; bedensel, mental, ruhsal, finansal, sosyal güçlükleri olan ve bakımı için aralıklı ya da sürekli başkalarına gereksinim duyan kimsedir.

Bakım: Bu çalışmada profesyonel olmayan bir kişinin yaşlı için yaptığı yardımdır. Bunlar; koruma, savunma, sosyal bütünleşme, şefkat gibi destek sağlama ve temel gereksinimleri (yeme-içme, giydirme-yıkama vb.) karşılama ile ilgili yardımlardır (8). Barer ve arkadaşları (1990) bakımı, bir defalık yardımdan uzun dönem ve sürekli yardıma kadar uzanan geniş yelpazede çok yönlü bir kavram olarak

tanımlanmışlardır. Yaşlıya altı aydan daha uzun süre bakım verilmesi de “uzun dönem bakımı” olarak tanımlanmaktadır (31,82).

Bakım Veren: Herhangi bir ücret almadan, sevgi, aile bağı vb. nedenlerle yaşlı bakımını üstelenen, yaşlının eşi, gelini, çocukları, akraba ve yakın arkadaşları gibi profesyonel olmayan kişilerdir. Primer bakım veren(ler), ailede yaşlının bakımını üstlenen ve yaşlıdan birinci derecede sorumlu olan kişi(ler) dir. Bunlar çoğunlukla kadın olup, yaşlının kızı, gelini ve akrabaları olabilmektedir. Sekonder bakım verenler ise, primer bakım vereni destekleyen, alış veriş, ulaşım, ev düzeni-temizliği gibi çeşitli aktivitelerde aralıklı yardım sağlayan aile üyesi (bakım verenin eş ya da çocukları), akraba ve arkadaşlarıdır (31,82,89).

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın evren ve örnekleminin belirlenmesi sırasında ETF kullanılacağı için Bolu İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izin (EK-9); sağlık merkezi hekimleri ve ilgili birimlerde çalışan ebe ve hemşirelerden ise sözlü izin alınmıştır. Yaşlı ve onların bakım verenlerinin evleri ziyaret edileceğinden, Bolu Valiliği ve Emniyet Müdürlüğünden de yazılı izin alınmıştır (EK-10). Araştırmacı yaşlı ve bakım verenlere kendisini tanıtırarak, yaptığı araştırma konusunda bilgi vermiş, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu ve verdiği bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı, isimlerinin açıklanmayacağını belirterek “Aydınlatılmış Onam formu”nu doldurmalarını istemiştir (EK-1, EK-6).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda daha sonra yaşlı ve bakım verenlerin sorunlarını gidermede rehber olmak üzere Semerkant Aile Sağlığı Merkezindeki doktor, ebe ve hemşireye araştırmanın sonuçlarına ilişkin geri bildirimde bulunulacaktır.

3.10. Verilerin Toplanması

3.10.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplama formu araştırmacı tarafından bu konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanmıştır. Veri toplama formu yaşlı soru formu ve bakım veren soru formu olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde: yaşlıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir ve çalışma durumu, vb), bağımsızlık durumu (günlük yaşam aktiviteleri -GYA, aletli günlük yaşam aktiviteleri-AGYA, bakım gereksinimi, verilen bakımdan memnuniyet durumu ile bilişsel duruma (eğitimsizler için Mini Mental Değerlendirme) ilişkin sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde: bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir ve çalışma durumu, vb), sağık durumu (algılanan sağık-self rated health, hastalıkları, yakınmaları, aşılanma durumları), yaşadıkları güçlükler (fiziksel-sosyal- finansal güçlükler, bakım sorunları), bakım verenin yaşlılık algısı ve bakım yüklerine ilişkin sorular yer almaktadır.

Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerinde bağımsızlık durumlarını belirlemek için “Günlük Yaşam Aktiviteleri=KATZ indeksi”, yaşlıların kognitif durumları ve sosyal yaşamlarına ilişkin “Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği-AGYA”, yaşlıların bilişsel durumlarını değerlendirmek için Mini Mental Durum Değerlendirme Ölçeği (SMMT-E) ve bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek için “Bakım Verme Yüku Ölçeği” kullanılmıştır.

Algılanan Sağık (Self-Rated Health)

Sağıkın bozulmasıyla birlikte bireyin kendi sağık algısının azalması arasındaki ilişkiyi belirlemek için kullanılır. Katılımcıya “*Genel olarak sağığınızı nasıl tanımlarsınız?*” şeklinde tek bir soru sorarak sağık durumu belirlenmeye çalışılır. Seçenekler katılımcının kendine uygun olanı seçtiği “Mükemmel (1), Çok iyi (2), İyi (3), Orta (4), Kötü (5)” şeklinde Likert tipi ve beş kategoriden

oluşmaktadır. Uygun seçenek daire içine alınır. Eğer ardı ardına iki numara daire içine alınırsa yüksek olan seçilmelidir. Yüksek skor (5) kötü sağlığı gösterir. Bu tek soruluk araç sağlığı değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (90,91,92).

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)- KATZ Bağımsızlık İndeksi

Sidney Katz, 1960'lı yıllarda yaşlıların temel bağımsızlık fonksiyonlarını ölçmek için çeşitli çalışmalar yapmıştır. Günlük Yaşam Aktiviteleri- Katz Bağımsızlık İndeksi, hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirme yeteneğini ölçerek işlevsel durumunu tanılamada kullanılan en uygun araçtır. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), geriatrik değerlendirmede sıkça kullanılan bir ölçektir. GYA, tanı koymanın yanı sıra yaşlının uzun dönem gereksinimlerini belirlemede çok duyarlı bir göstergedir. Çünkü yaşlının fonksiyonel yeteneklerini ortaya koyan bir yaklaşımı işaret eder. Hem huzurevi hem de evde bakım servisi kullanımının planlanması için önemlidir. Hem yeni servislere gereksinim olup olmadığını ortaya koyar, hem de uzun dönem bakım hizmetlerinde gereksinimleri belirlemede önemli bir değere sahiptir. Literatürde anlaşılabilir ve kullanımı kolay bir ölçek olduğu bildirilmiştir.

Günlük Yaşam Aktiviteleri; banyo yapma, giyinme-soyunma, tuvalete gitme, taşınma, idrarını ve dışkısını tutma ve beslenme gibi altı alanda sorun olup olmadığını belirler. Hastalar bu altı işlevdeki bağımsızlığa ilişkin sorulara “evet” ya da “hayır” yanıtı verirler. Toplam 6 puan hastanın işlevlerini bağımsız olarak ve tam yaptığını, 4 puan orta derecede bozulma olduğunu, 2 ya da daha az puan ciddi işlevsel bozukluk olduğunu gösterir. Bu ölçüm aracı geliştirildiğinden bu yana değiştirilmiş, basitleştirilmiş ve puanlamada farklı yaklaşımlar kullanılmıştır. Buna karşın, yaşlıların işlevsel durumunu değerlendirilmede sürekli olarak kullanılmıştır. Bilimsel bir güvenilirlik ve geçerlik çalışması bulunmamasına karşın, yaşlı kişilerin klinikte ve ev ortamında işlevsel kapasitelerindeki yetersizlikleri belirlemede sıklıkla kullanılmıştır (7,93,94,95).

Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (AGYA) (Self-rated version)

Lawton ve Broodey'nin Katz'den sonra geliştirdikleri Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri (AGYA) İndeksi, yaşlının kendine bakım kapasitesini ölçer. Topluma dayalı bakım hizmetlerini planlanmasında AGYA kullanılabilir. Kişilerin aletli günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirebilme durumuna göre puanlandırılır. AGYA indeksi; telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçlarını kullanabilme ve para idaresi ile ilgili sosyal ve bilişsel yönleri içeren sekiz sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2, hiç yapamıyorsa 1 puan verilir. İşlevsellik azaldıkça puan azalır. Toplam puan 17-24 puan arasında ise kişi bağımsız, 9-16 arasında ise kişi yarı bağımlı, 0-8 puan arasında ise kişi tam bağımlı olarak değerlendirilmektedir. Ölçek için gerekli bilgiler yaşlının eşinden, bakım verenlerden, yaşlının kendisinden ya da klinik gözlemlerle toplanabilir. Geçerlik ve güvenilirliği yapılan bu ölçek, yurt dışında yaygın olarak kullanılmaktadır (93,94,95).

Eğitimsizler İçin Mini Mental Durum Değerlendirme (SMMT-E) Ölçeği

Mini Mental Test (MMT) ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından 1975 yılında yayınlanmıştır. Türkiye'de ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği 2002 yılında Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (96). Eğitimsizler için Mini Mental Durum Değerlendirme (MMD) Ölçeği ise, hastaların kognitif durumunu derecelendirmek için geliştirilmiş kolay uygulanabilir bir yöntemdir. Bu test Mini Mental Test'in eğitim almayanlar için düzenlenmiş şeklidir (97). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ertan ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. SMMT-E ölçeği yönelimi, belleği ve dikkati, görsel ve motor becerileri, dil kullanımını sınar. Uygulaması 5-10 dakika alır (97). SMMT-E, bilişsel yıkım derecelerini ölçmek için gerek tanı gerekse tedavi sürecinde hastaların izlenmesi amacıyla kullanılmakta; bunun yanı sıra gerek epidemiyolojik araştırmalarda birinci basamak tarama testi gerekse klinik araştırmalarda incelenenlerin bilişsel yıkım şiddeti ölçüm aracı olarak tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. SMMT-E'den alınan puanlara göre; 0-9 puan ağır bilişsel bozukluk, 10-19 puan orta bilişsel bozukluk, 20-23 puan hafif bilişsel bozukluk, 24-30 puan normal sınırlar olarak değerlendirilmektedir (98,99).

Eğitimsizler İçin Mini Mental Durum Değerlendirme (SMMT-E) Ölçeği

Yönergesi

Başlangıç:

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.
4. Soruların anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamamışsa sözel veya fiziksel hiçbir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.

Uygulama:

1. SMMT-E Ölçeği “*Size bazı sorular sormak istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın*” sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylece test bittikten sonra toplam puan elde edilebilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. İzin verilen süre aşıldığında, görüşmeci “*Teşekkürler, bu kadarı yeterli*” diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği artırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini korumak için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin kare şeklin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürüyorsa tamamlanması beklenir.

6. “*Pazartesi mi yoksa salı mı?*” gibi kararsızlık içeren yanıt alındığında hastaya biri hakkında karar vermesi söylenir. Tekrar aynı tür yanıt alındığında puan verilmez.

Oryantasyon Bölümü:

1. Hangi yılda bulunduğu sorulduğunda, yılbaşının bir iki gün sonrasında bulunuluyorsa bir önceki yıl doğru olarak kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeciyi cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir. Son günlerde sıra dışı bir hava durumu var ise örneğin yazın yağmur yağıyor ise “*Yağmurlu mevsim*” yanıtı kabul edilmez. “*Lütfen yılın hangi mevsiminde olduğunuzu söyler misiniz?*” sorusu tekrarlanır. Mevsim dönümlerinde “*yaz-sonbahar arası*” gibi yanıtlar kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Hangi günde bulunduğu sorulduğunda bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. “*Haftanın ikinci günü*” gibi bir yanıt kabul edilmez. Hastadan günün isminin söylenmesi istenir. Günün bölümü sorulduğunda denek bulunulan gün dilimine uygun olarak “*sabah-öğlen arası*” ya da “*öğlen-akşam arası*” gibi yanıtlar veriyorsa yanıt doğru olarak kabul edilir. “*saat 10.00*” gibi bir yanıt alındığında “*saati değil günün hangi kısmında olduğumuzu soruyorum, yani sabah mı, öğlen mi, akşam mı*” sorusu tekrarlanır. Tekrar “*saat 10.00*” gibi bir yanıt alınırsa puan verilmez.

2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur. Kırsal alanda bulunuluyor ise bu sıra “*Ülke, şehir, köy, bina, kat*” şeklinde sorulur. Bina için “*ev*” yanıtı alınırsa “*kimin evi?*” sorusu sorulur.

Kayıt Hafızası:

1. Görüşmeciyi hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi (masa, bayrak, elbise) tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.

2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır. Deneğe bu kelimeleri akılda tutması, kendisine bir süre sonra tekrar sorulacağı uyarısında bulunulur.

Dikkat ve Hesap:

Hastadan haftanın günlerini geriye doğru sayması istenir. Burada yardımcı olmak amacıyla “*Örneğin Pazar’dan önce Cumartesi gelir. Ondan önce ne gelir? Sırasıyla devam edin*” denir. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru gün söylenerek devam edilmesi istenir. Örneğin hasta “Cuma” ile başlamalıdır. Perşembe’den başlar ise düzeltilir ve bir puan düşülür. Denek toplam 5 gün sayıncaya kadar beklenir.

Hatırlama:

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

Lisan Testleri:

1.Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 saniye verilir (Toplam puan 2).

2.Yandaki cümlelerin tekrarı istenir. On saniye süre sonra, kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1).

3. Hastanın birazdan söylenecek üç basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. “*Masada duran kağıda sol/sağ (non dominant) elinizle alın iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen*” denir. 30 sn süre tanınır ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmeli (Toplam puan3).

4.Hastaya “*Şimdi dikkatlice yüzüme bakın ve yaptığının aynısını ben bitirdikten sonra yapın*” cümlesi söylenir. Ardından uygulayıcı gözlerini yumar ve tekrar açar (Toplam puan 1).

5. Hastaya “*Evinizle ilgili bir şey söyleyin*” cümlesi söylenir. Hasta “*Ne söyleyeyim?*” derse “*Önemli değil, aklınıza gelen bir şey söyleyin*” denir 30 sn süre tanınır. Bir cümle yeterlidir. Hastanın devam etmesi halinde teşekkür edilerek sözü

kesilir. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir. (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır) (Toplam puan 1).

6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen bir kare içine başka bir kareyi kopya etmesi istenir ve 1 dakika süre tanınır. Karelerin kenar sayılarının tam olmasına ve birbirine temas etmesine dikkat edilir. Hasta önce beceremem derse “*Önemli değil güzel olması gerekmiyor, yapabildiğiniz kadar yapın*” denir. İkinci kez reddettiğinde soru geçilir (97).

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (BI)

Bu ölçek bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş ve yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Bakım verenin kendisi ya da araştırmacı tarafından doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini (bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu) belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek “asla”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık”, “her zaman” şeklinde 0’ dan 4’ e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeyi içerir. Ölçekten en az 0 ve en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir (100,101,102,103). Puanlamada 0 –20 puan: “ bakım yükü yok”, 21– 40 puan: “hafif bakım yükü”, 41 – 60 puan: “orta düzeyde bakım yükü “ ve 61 – 88 puan ise: “ağır bakım yükü” olarak belirlenir (31). Ölçeğin birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş olup Cronbach Alpha Değeri 0.87 -0.99 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılmıştır (31).

3.10.2. Ön Uygulama

Literatür taraması sonucunda hazırlanan soru formu ve ölçekler araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında basit rastgele yöntemle seçilen 10 yaşlı ve 10 bakım verene uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda çeşitli düzeltmeler yapılarak anket formu son şeklini almıştır.

3.10.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından evlere gidilerek yaşlı ve bakım veren kişiyle yüz yuze gürüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.10.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde yüzdelik, niteliksel grup karşılaştırmalarında anlamlı bir fark olup olmadığı x^2 (ki-kare) testi, iki grup ortalamalarını karşılaştırmada ise “t testi” kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; bakım verenin sosyo-demografik özellikleri ve bakım yükü, yaşlı bakımına ilişkin özellikleri, yaşlı bakımına ilişkin eğitimi/bilgisi, yaşlı bakımı sırasında karşılaştığı güçlükler, primer bakım veren ve diğerlerinin bazı özellikleri, yaşlı bakımının bakım verenin yaşamına etkileri, bakım verenin yaşlı bakımına ilişkin görüş ve önerileri olmak üzere yedi alt başlık halinde gruplanmıştır.

4.1. Bakım Verenin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bakım Yükü

Bu başlık altında bakım verenin; bakım yükü düzeyi, yaş grubu, yaş ortalaması, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, beraber yaşadığı kişiler, yaşlıya yakınlığı, yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktivitelerine göre bakım verenin bakım yükü, yaşlıların demans durumuna göre bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Bakım Verenin “Bakım Yükü” Düzeyi (n: 69)

Bakım Yükü	Sayı	%
Yok (0-20 puan)	20	29.0
Hafif (21-40 puan)	35	50.8
Orta (41-60 puan)	13	18.8
Ağır (61-88 puan)	1	1.4
Toplam	69	100.0

Bu çalışmada örneklem sayısının 69 bakım veren ile sınırlı olması nedeniyle bakım yükü “ yok”; hafif, orta ve ağır olanlar ise “var” olarak gruplandırılmış ve bundan sonraki tablolarda bu şekilde yer almıştır. Bakım verenlerin %29.0’ unun bakım yükünün olmadığı, yaklaşık yarısının (%50.8) bakım yükünün “hafif, %18.8’inin “orta düzeyde” ve %1.4’ünün ise bakım yükünün “ağır” olduğu saptanmıştır. İkili gruplandırmaya göre bakım verenlerin %71.0’inin (n:49) bakım

yükünün “var” olduğu söylenebilir. Diğer taraftan bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması 29.2 ± 12.5 (dağılımı: 9-63 puan) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 2. Bakım Verenin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Yükü Dağılımı (n:69)

Özellikler	Bakım Yükü				Toplam Sayı %	X ² P Değeri	
	Var Sayı %		Yok Sayı %				
Yaş Grupları							
19-34 yaş	5	10.2	1	5.0	6	8.7	X ² : 0.818*
35-64 yaş	31	63.3	12	60.0	43	62.3	
65 ≥ yaş	13	26.5	7	35.0	20	29.0	
Yaş Ortalaması	53.6 ±14.0		52.9±16.7		53.4±14.7		t =0.201*
Cinsiyet							
Kadın	41	83.7	18	90.0	59	85.5	X ² : 0.459*
Erkek	8	16.3	2	10.0	10	14.5	
Medeni Durum							
Evli	43	87.8	18	90.0	61	88.4	X ² : 0.417*
Bekar	1	2.0	-	-	1	1.4	
Dul+Boşanmış	5	10.2	2	10.0	7	10.1	
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	6	12.2	5	25.0	11	15.9	X ² : 2.950*
Okur-yazar/ilkokul	28	57.1	10	50.0	38	55.1	
Ortaokul	12	24.5	4	20.0	16	23.2	
Lise+üniversite	3	6.1	1	5.0	4	5.8	
Mesleği							
Emekli	13	26.5	3	15.0	16	23.2	X ² : 1.516*
Ev hanımı	32	65.3	14	70.0	46	66.7	
Serbest meslek	4	8.2	3	15.0	7	10.1	
Çalışma Durumu							
Evet	7	14.3	4	20.0	11	15.9	X ² : 0.346*
Hayır	42	85.7	16	80.0	58	85.1	

“Devam ediyor”

Sosyal Güvencesi							
Var	46	93.9	20	100.0	66	95.7	X ² : 1.280*
Yok	3	6.1	-	-	3	4.3	
Gelir Durumu							
Var	17	34.7	8	40.0	25	36.2	X ² : 0.173*
Yok	32	65.3	12	60.0	44	63.8	
Beraber Yaşadığı Kişiler							
Eşi	14	28.6	9	45.0	23	33.3	X ² : 1.725*
Ailesi	35	71.4	11	55.0	46	66.7	
Yaşhya Yakınlığı							
Kızı	12	24.5	4	20.0	16	23.2	X ² : 1.085*
Eşi	19	38.8	8	40.0	27	39.1	
Gelini	10	20.4	6	30.0	16	23.2	
Oğlu/komşusu	8	16.3	2	10.0	10	14.5	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Bakım verenlerin yaş ortalaması 53.4 ± 14.7 yıl (19-82 yaş) olarak hesaplanmış, bakım yükü olanların yaş ortalaması biraz daha yüksek olmasına karşın (53.6 ± 14.0), yaş ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($t=0.201$; $P:0.073$). Bakım yükü olan bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%63.3) 35-64 yaş grubunda ve %26.5'inin ise 65 yaş ve üzeri grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Bakım yükü olanların çoğunlukla (%83.7) kadın ve evli olup (%87.8), okur-yazar/ilkokul mezunu düzeyinde eğitim gördükleri (%57.1), ev hanımı (%65.3) ve emekli (%26.5) olarak yaşamlarını sürdürdükleri, sosyal güvencelerinin bulunduğu (%93.9), şu anda herhangi bir işte çalışmadıkları (%85.7), herhangi bir gelirin olmadığı (%65.3) ve ailesi ile birlikte yaşadıkları (%71.4); yaşhya eşi (%38.8), kızı (%24.5) ve gelininin (%20.4) bakım verdikleri belirlenmiştir.

Tablo 3. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktivitelerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü Dağılımı (n: 69)

Özellikler	Bakım Yükü				Toplam		X ² P Değeri
	Var		Yok		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
GYA							
Bağımlı	8	16.3	3	15.0	11	15.9	X ² : 0.019*
Bağımsız	41	83.7	17	85.0	58	84.1	
AGYA							
Bağımlı	2	4.1	-	-	2	2.9	X ² : 0.858*
Yarı bağımlı	29	59.2	12	60.0	41	59.4	
Bağımsız	18	36.7	8	40.0	26	37.7	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

AGYA: Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri.

Bakım verenlerin bakım yükleri açısından yaşlıların bağımlı ve bağımsızlık yüzdeleri benzer bulunmuş ve çoğunlukla bakım verdikleri yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde “**bağımsız**”; aletli günlük yaşam aktivitelerinde (AGYA) ise yarıdan fazlasının (bakım yükü var: %59.2 ve bakım yükü yok: %60.0) “**yarı bağımlı**” oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4. Yaşlıların Demans Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü Dağılımı (n: 69)

Demans	Bakım Yükü						X ² P Değeri
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Var	33	67.3	13	65.0	29	42.0	X ² : 0.532*
Yok	16	32.7	7	35.0	40	58.0	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Yaşlıların SMMT-E'den aldıkları puanlara göre ikili gruplandırma yapılmış; 24 puanın altında alanlara (hafif, orta, ağır Demans) “demans var”, 24 ve üzerinde alanlara ise “demans yok” denmiştir. Bakım yükü olanların yarıdan fazlasının (%67.3) yaşlısında demans olmasına karşın, bakım yükü olmayan bakım verenlerin yaklaşık üçte birinin (%35.0) yaşlısında ise demans olmadığı belirlenmiştir. Ancak bu dağılım istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

4.2. Bakım Verenin Yaşlı Bakımı ile İlgili Özellikleri

Bu başlık altında bakım verenin yaşlıya bakma nedeni ve süresi, yaşlıya bakma olarak tanımladığı işler, yaşlıya bakma süresine göre bakım yükü, yaşlıya bakmaktan memnun olma ve bakım yüküne ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 5. Bakım Verenin Yaşlıya Bakma Nedenine Göre Bakım Yüğü Dağılımı (n:69)

Yaşlıya Bakma Nedeni	Bakım Yüğü						
	Var		Yok		Toplam		X ²
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	P Değeri
Ailevi sorumluluk	27	55.1	9	45.0	36	52.2	X ² :6.496*
Sevdiğim için	11	22.4	6	30.0	17	24.6	
Bakacak kimse yok	9	18.4	4	20.0	10	14.5	
Ekonomik nedenler	2	4.1	1	5.0	6	20.0	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Yaşlıya bakma nedeni olarak ‐ailevi sorumluluk‐ olarak nitelendirenlerde bakım yüğü olmayanlara göre olanların yüzdesi (%55.1) daha yüksek bulunmuş; ancak bakım yüğü olmayanlarda yaşlıyı sevdiğini için (%30.0), bakacak kimsesi olmaması/ mecbur olması (%20.0) ve ekonomik nedenler yüzdesi (%5.0) daha yüksek bulunmuştur (P>0.05).

Tablo 6. Bakım Verenin ‐Yaşlıya Bakma‐ Olarak Tanımladığı İşler ve Bakım Yüğü Dağılımı (n: 69)

Yapılan İşler	Bakım Yüğü						
	Var		Yok		Toplam		X ²
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	P Değeri
Güvenlik/ yaşlıyı koruma	30	61.2	10	50.0	40	58.0	X ² : 1.350*
Yemek/temizlik/alışveriş	15	30.6	9	45.0	24	34.0	
Maaş çekme/doktora götürme	4	8.2	1	5.0	5	7.2	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Bakım yükü olduğunu bildiren bakım verenlerin, yaşlı bakımına ilişkin yaptığı işi “güvenlik/yaşlıyı koruma” olarak tanımlayanların yüzdesi (%61.2) daha yüksek iken; bakım yükü olmadığını bildiren ve yaptığı işi yemek/temizlik/alışveriş olarak tanımlayanların yüzdesi (%45.0) daha yüksek bulunmuştur (P>0.05).

Tablo 7. Bakım Verenin Yaşlıya Bakım Süresine Göre Bakım Yükü Dağılımı (n: 69)

Bakım Süresi	Bakım Yükü				Toplam		X ²
	Var		Yok		Sayı	%	P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1-4 yıl	17	34.7	6	30.0	23	33.3	X ² : 1.130*
5-9 yıl	9	18.4	6	30.0	15	21.7	
≥10 yıl	23	46.9	8	40.0	31	44.9	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Bakım yükü olduğunu bildiren ve 1-4 yıl (%34.7) ve ≥10 yıl (%46.9) süreyle bakım verenlerin az bir yüzdelik farkı ile çoğunluğu oluşturduğu saptanmıştır (P>0.05).

Tablo 8. Bakım Verenin Yaşlıya Bakmaktan Memnun Olma Durumuna Göre Bakım Yükü Dağılımı (n:69)

Memnun Olma	Bakım Yükü				Toplam		X ²
	Var		Yok		Sayı	%	P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	43	87.8	18	90.0	61	88.4	X ² : 0.070*
Hayır	6	12.2	2	10.0	8	11.6	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Bakım yükü olan (%87.8) ve olmayan bakım verenlerin çoğu (%90.0) yaşlıya bakmaktan memnun olduklarını bildirmişlerdir (P>0.05).

4. 3. Bakım Verenlerin Yaşlı Tanımları ve Yaşlı Bakımına İlişkin Eğitimi/Bilgisi

Bu başlık altında; bakım verenlerin yaşlılık tanımları, yaşlı bakımına ilişkin bilgisine göre bakım yükü, bakım verenin yaşlıya bakmada kendini yeterli görmesine göre bakım yükü, yaşlı bakımına ilişkin eğitim/danışmanlık gereksinimine göre bakım yüküne ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 9. Bakım Verenlerin Yaşlılık Tanımları (n: 69)

Yaşlılık	Sayı	%
Paran yoksa kötü bir şeydir.	17	24.6
İyi bir şey, her yaşın bir güzelliği var.	15	21.7
Yaş yetmiş, iş bitmiş.	8	11.6
Yaşlılık muhtaçlıktır.	7	10.1
Yaşlılık yatağa düşene kadar iyidir, sonrası kötüdür	7	10.1
Garibanlık, kimsesiz kalmaktır.	5	7.2
Yaşlılık yorulmak, yorgun düşmektir.	5	7.2
Ölüvereyim dersin hemen ölemezsin, çok zordur.	5	7.2
Toplam	69	100.0

Bakım verenler yaşlılığı “paran yoksa yaşlılık kötü bir şeydir” (%24.6), “iyi bir şey, her yaşın bir güzelliği var” (%21.7), “yaş 70, iş bitmiş” (%11.6), “yaşlılık muhtaçlıktır” (%10.1), “yatağa düşene kadar iyidir, sonrası kötüdür” (%10.1), “garibanlık, kimsesiz kalmaktır” (%7.2), “yaşlılık yorulmak, yorgun düşmektir” (%7.2) ve “ölüvereyim dersin hemen ölemezsin, çok zordur” şeklinde tanımlamışlardır.

Tablo 10. Bakım Verenin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgisine Göre Bakım Yüğü Dağılımı (n: 69)

Yaşlı Bakım Bilgisi	Bakım Yüğü				Toplam		X ² Değeri
	Var		Yok				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Var	12	24.5	7	35.0	19	27.5	X ² : 0.786*
Yok	37	75.5	13	65.0	50	72.5	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Bakım verenlerin toplamda yaklaşık dörtte üçünün (%72.5) yaşlı bakımına ilişkin herhangi bir bilgisinin olmadığı; bakım yüğü olup yaşlı bakımına ilişkin herhangi bir bilgisi olmayanlar %75.5 iken, bakım yüğü olmayanlarda bu yüzde daha düşük (%65.5) bulunmuştur (P>0.05).

Tablo 11. Bakım Verenin Yaşlıya Bakmada Kendini Yeterli Görmesine Göre Bakım Yüğü Dağılımı(n: 69)

Kendini Yeterli Hissetme	Bakım Yüğü				Toplam		X ² Değeri
	Var		Yok				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yeterli	40	81.6	18	90.0	58	84.1	X ² : 1.405*
Yetersiz	6	12.3	2	10.0	8	11.6	
Bilmiyorum	3	6.1	-	-	3	4.3	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Bakım yüğü olan ve olmayan bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%81.6) yaşlıya bakım vermede kendini yeterli gördükleri belirlenmiştir.

Tablo 12. Bakım Verenin Yaşlıya Bakma Konusunda Eğitim/Danışmanlık Gereksinimine Göre Bakım Yükü Dağılımı(n: 69)

Eğitim/ Danışmanlık Gereksinimi	Bakım Yükü				Toplam		X ² P Değeri
	Var		Yok		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	7	14.3	2	10.0	9	13.0	X ² : 0.282*
Hayır	39	79.6	17	85.0	56	81.2	
Bilmiyorum	3	6.1	1	5.0	4	5.8	
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Bakım verenlerin çoğunluğu toplamda eğitim/ danışmanlık gereksinimi olmadığını (%81.2) bildirmişlerdir. Bakım yükü olmayanlara göre bakım yükü olanlar çok az bir farkla (%14.3) eğitim/danışmanlık gereksinimi olduğunu bildirmişlerdir (p>0.05).

4. 4. Bakım Verenin Yaşlı Bakımı Sırasında Karşılaştığı Güçlükler

Bu başlık altında bakım verenin; yaşlı bakımında karşılaştığı güçlükler, kendini tükenmiş hissetme durumu, yaşlı ile iletişim sıkıntısı yaşama durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 13. Bakım Verenin Yaşlı Bakımında En Çok Zorlandığı Konular/İşler (n: 69)

Yaşlı Bakımında En Çok Zorlayan İş	Sayı	%
Çok konuşması ve karışması	16	41.0
Kendisinin de yaşlı olması, zorlanması	11	28.2
Banyo yaptırmak	5	12.8
Yaşlıyı yalnız bırakamamak	4	10.3
Ev işi yapmak	3	7.7
Toplam	69	100.0

Bakım verenlerin yaşlı bakımı sırasında en çok zorlandığı konular/işlerin çoğunlukla yaşlının çok konuşması/karışması (%41.0), bakım verenin yaşlı olması ve zorlanması (%28.2), banyo yaptırması (%12.8), yaşlıyı yalnız bırakamaması (%10.3) ve yaşlı bakımına ilave olarak ev işi de yapıyor olması (%7.7) şeklinde sıralanmıştır.

Tablo 14. Bakım Vereninin Kendini Tükenmiş Hissetme Durumu (n: 69)

Kendini Tükenmiş Hissetme	Sayı	%
Evet	14	20.3
Hayır	43	62.3
Bazen	12	17.4
Toplam	69	100.0

Bakım verenlerin %62.3'ü kendilerini tükenmiş hissetmemelerine karşın, %20.3'ü kendini tükenmiş hissettiğini, %17.4'ü ise “bazen” tükenmiş hissettiğini belirtmiştir.

Tablo 15. Bakım Verenlerin Yaşlı ile İletişim Sıkıntısı Yaşamaları (n: 69)

İletişim Sıkıntısı	Sayı	%
Evet	27	39.1
Hayır	42	60.9
Toplam	69	100.0

Bakım verenlerin %39.1'inin yaşlı ile iletişim sıkıntısı yaşadıkları, %60.9'unun ise iletişim sıkıntısı yaşamadıkları belirlenmiştir. Yaşlı ile iletişim sıkıntısı olduğunu bildiren bakım verenlerin (n=27) %48.1'i (n=13) yaşlının inatçı ya da geçimsiz olduğu, %37.0'si (n=10) ise yaşlının kulağının duymadığı için ve %14.8'i (n:4) ise yaşlının çok konuştuğu ve her şeye karıştığı için iletişim sıkıntısı yaşadığını bildirmiştir (Tabloda yer almamaktadır).

4. 5. Primer Bakım Verenler ve Diğerlerinin Bazı Özellikleri

Bu başlık altında; primer bakım verenler ve diğerlerinin bakım veren uygun değilse yaşlıya bakan başka kimsenin varlığı, yaşlı bakımında eğitim/danışmanlık gereksinimi, yardım gereksinimi, yardımcısının olması, yaşlı bakımının yanı sıra ev işi yapma durumu, yaşlı bakımının maddi yük getirme durumu gibi yaşlı bakımındaki bazı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 16. Primer Bakım Veren ve Diğerleri (n: 69)

Primer Bakım Veren	Sayı	%
Evet	60	87.0
Hayır	9	13.0
Toplam	69	100.0

Bakım verenlerin $\frac{3}{4}$ 'ünden fazlasının (%87.0) primer bakım veren olduğu, bir başka deyişle yaşlıya tek başına bakan kişi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 17. Primer Bakım Veren ve Diğerlerinin Yaşlı Bakımındaki Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 69)

	Primer Bakım Veren		Diğerleri		Toplam		X ²
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	P Değeri
Yaşlıya Bakan Kimse Var mı?							
Evet	15	25.0	7	77.8	22	31.9	X ² : 10.037
Hayır	45	75.0	2	22.2	47	68.1	P: 0.002
Yaşlı Bakımında Eğitim /Danışmanlık Gereksinimi							
Evet	9	15.0	-	-	9	13.0	X ² : 1.930*
Hayır	48	80.0	8	88.9	56	81.2	
Bilemiyorum	3	5.0	1	11.1	4	5.8	
Yaşlı Bakımında Yardım Gereksinimi							
Evet	16	26.7	2	22.7	18	26.1	X ² : 0.080*
Hayır	44	73.3	7	77.8	51	73.9	
Yaşlı Bakımında Yardımcının Varlığı							
Evet	21	35.0	8	88.9	29	42.0	X ² :9.328
Hayır	39	65.0	1	11.1	40	58.0	
Bakımın Yanı sıra Ev işi Yapma Durumu							
Evet	55	91.7	7	77.8	62	89.9	X ² : 1.656*
Hayır	5	8.3	2	22.2	7	10.1	
Yaşlı Bakımının Maddi Yük Durumu							
Evet	8	13.3	1	11.1	9	13.0	X ² : 0.034
Hayır	52	86.7	8	88.9	60	87.0	
Toplam	60	100.0	9	100.0	69	100.0	

*P>0.05

Yaşlı bakımında primer bakım verenlerin çoğunlukla (%77.8) uygun olmadığına yaşlıya bakacak başka kimsesi olmamasına karşın, primer bakım verenlerin dışındakiler (%77.8) uygun olmadığına yaşlıya bakacak başka bir kişinin olduğunu bildirmişlerdir. Primer bakım verenler ile diğerleri arasında yaşlıya bakacak başka kimsenin olmasına ilişkin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur (P: 0.002).

Primer bakım verenlerin yalnızca %15.0'i eğitim/danışmanlık ve %26.7'si yaşlı bakımında yardıma gereksinime olduğunu ifade etmiştir. Primer bakım verenler ile diğerlerinin yardıma gereksinim yüzdeleri benzer olmasına karşın, primer bakım verenlerin ancak %35.0'inin, diğer bakım verenlerin ise %88.9'unun yardımcısı olduğu saptanmıştır. Yaşlı bakımında yardımcısı olma açısından primer bakım verenler ile diğerleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur (P:0.002).

Diğerlerine göre primer bakım verenlerin daha yüksek oranda yaşlı bakımının yanı sıra ev işi de yaptıklarını (%91.7) ve primer bakım verenler (%86.7) ve diğerleri (%88.9) çoğunlukla yaşlıya bakım vermenin kendilerine herhangi bir maddi bir yük getirmediğini (yaşlının emekli maaşı olması vb.) ifade etmişlerdir.

4. 6. Yaşlıya Bakmanın Bakım Vereninin Yaşamına Etkileri

Bu başlık altında yaşlıya bakım vermenin bakım yüküne göre yaşamına etkisi, bakım yüküne göre aile yaşamına etkisi, bakım yüküne göre kendine zaman ayırma durumu, bakım yüküne göre bakım vereninin sağlık durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 18. Yaşlıya Bakım Vermenin Bakım Yüküne Göre
Bakım Verenin Yaşamı Üzerine Etkisi (n: 69)**

Yaşamına Etkisi	Bakım Yükü						X ² P Değeri
	Evet		Hayır		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Var	31	63.3	4	20.0	35	50.7	X ² :10.637
Yok	18	36.7	16	80.0	34	49.3	P: 0.001
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

Bakım yükü olanların çoğunluğu (%63.3) yaşlıya bakmanın yaşamını etkilediğini bildirmelerine karşın, bakım yükü olmayanların çoğunluğu (%80.0) ise, yaşlıya bakmanın kendi yaşamlarını etkilemediğini bildirmişlerdir. Bakım yükü olmayanlara göre, yaşlıya bakım veren ve bakım yükü olanların yaşamının etkilenmesi ileri derecede anlamlı bulunmuştur (P: 0.001).

**Tablo 19. Yaşlıya Bakım Vermenin Bakım Yüküne Göre
Aile Yaşamına Etkisi (n: 69)**

Aile Yaşamına Etkisi	Bakım Yükü						X ² Değeri
	Evet		Hayır		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Var	12	24.5	1	5.0	13	18.8	X ² :3.528
Yok	37	75.5	19	95.0	56	81.2	P: 0.060
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

Bakım yükü olanların yaklaşık ¼'ü (%24.5) yaşlıya bakmanın aile yaşamını etkilediğini bildirmesine karşın, bakım yükü olmayanların yalnızca %5.0'i etkilemediğini bildirmiştir. Bakım yükü olmayanlara göre, yaşlıya bakım veren ve bakım yükü olanların aile yaşamını daha fazla etkilemesi ileri derecede anlamlı bulunmuştur (P: 0.060).

Tablo 20. Bakım Verenin Bakım Yüküne Göre Kendine Zaman Ayırabilme Durumu (n: 69)

Kendine Zaman Ayırabilme	Bakım Yükü				Toplam		X ²
	Evet		Hayır		Sayı %		P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	28	57.1	18	90.0	46	66.7	X ² : 6.900
Hayır	21	42.9	2	10.0	23	33.3	P: 0.009
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0	

Bakım yükü olanların yaklaşık yarısı (%57.1) kendine zaman ayırabildiklerini bildirmelerine karşın, bakım yükü olmayanların %90'ı kendilerine zaman ayırdıklarını ifade etmişlerdir. Bakım yükü olanlara göre, bakım yükü olmayanların daha yüksek oranda kendilerine zaman ayırabilmeleri istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bulunmuştur (P: 0.009).

Tablo 21. Bakım Verenin Bakım Yüküne Göre Sağlık Durumu (n: 69)

Sağlık Durumu	Bakım Yükü				Toplam		X ²
	Var		Yok		Sayı %		P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Beden Sağlığı							
Etkilendi	24	49.0	4	20.0	28	40.6	X ² : 4.947
Etkilenmedi	25	51.0	16	80.0	41	59.4	P: 0.026
Sağlık Yakınması							
Var	28	57.1	6	30.0	34	49.3	X ² : 4.186
Yok	21	42.9	14	70.0	35	50.7	P: 0.041
Sağlık Algısı							
Çok iyi	3	6.1	1	5.0	4	5.8	X ² : 0.311*
İyi	29	59.2	13	65.0	42	60.9	
Orta	10	20.4	4	20.0	14	20.3	
Kötü	7	14.3	2	10.0	9	13.0	

“Devam ediyor”

Herhangi Bir Hastalığı						
Var	34	69.4	11	55.0	45	65.2
Yok	15	30.6	9	45.0	24	34.8
						$X^2 : 1.296^*$
Depresyon/Anksiyete İlacı						
Alıyor	11	22.4	1	5.0	12	17.4
Almıyor	38	72.6	19	95.0	57	82.6
						$X^2 : 3.010^*$
Uyku kalitesi						
İyi	28	57.2	11	55.0	39	56.5
Orta	11	22.4	8	40.0	19	27.5
Kötü	10	20.4	1	5.0	11	15.9
						$X^2 : 3.715^*$
Uyku İlacı						
Alıyor	8	16.3	1	5.0	9	13.0
Almıyor	41	83.7	19	95.0	60	87.0
						$X^2 : 1.606^*$
Aşılama Durumu						
Evet	7	14.3	2	10.0	9	13.0
Hayır	42	85.7	18	90.0	60	87.0
						$X^2 : 0.230^*$
Yaşlı Bakımının Bakım Veren Sağlık Kontrollerine Etkisi						
Var	4	8.2	2	10.0	6	8.7
Yok	45	91.8	18	90.0	63	91.3
						$X^2 : 0.060^*$
Toplam	49	100.0	20	100.0	69	100.0

*P>0.05

Bakım yükü olmayanlara göre, bakım yükü olanlar daha yüksek yüzde (%49.0) ile yaşlıya bakmanın beden sağlığını etkilediğini bildirmişlerdir (p:0.026). Bakım yükü olanların yarısından fazlası (%57.1) sağlık yakınması olduğunu ifade ederken, bakım yükü olmayanların yaklaşık 2/3 (%70.0) sağlık yakınması olmadığını belirtmişlerdir (P:0.041). Sağlık algısı açısından istatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmasa da, bakım yükü olan ve sağlığını “kötü” olarak

algılayanların yüzdesi (%14.3), bakım yükü olmayanlara göre (%10.0) daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$).

Bakım yükü olmayanlara göre, bakım yükü olanlar daha yüksek oranda (%69.4) herhangi bir hastalığının olduğunu ve depresyon/anksiyete ilacı aldıklarını (%22.4) bildirmişlerdir. Bakım yükü olanların uyku kalitesini orta (% 22.4) ve kötü (%20.4) olarak algıladığı ve bakım yükü olmayanların ise yalnızca %5.0'nin kötü olarak algıladığı görülmüştür. Bakım yükü olanların %16.3'ü uyku ilacı kullandıkları tespit edilmiştir. Buna göre yaşlıya bakmanın uyku kalitesini etkileyebileceği düşünülmüştür. Ancak, bakım yükü olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P>0.05$).

Bakım verenlerin toplamda yalnızca %13.0'ünün ve bakım yükü olanların daha yüksek oranda (%14.3) olmak üzere aşı yaptırdığı belirlenmiştir. Yaşlıya bakmanın bakım yüküne göre sağlık kontrollerine etkisi değerlendirildiğinde, bakım yükü olan (%91.8) ve olmayanlar çoğunlukla (%90.0) yaşlıya bakmanın sağlık kontrollerine engel olmadığını bildirmişlerdir ($P>0.05$).

4.7. Bakım Verenlerin Yaşlıya Bakım Verilecek Yere İlişkin Görüş ve Önerileri

Bu başlık altında bakım verenlerin yaşlıya en iyi nerede bakılacağı, bakım verenlerin evde bakım vermenin avantajları-dezavantajları, yaşlıya bakım verme yeri, huzurevinde kalma, gündüz bakımevine ilişkin görüşleri, yaşlı bakımına ilişkin önerileri yer almaktadır.

Tablo 22. Bakım Verenlerin Yaşlıya En İyi Nerede Bakılacağına İlişkin Görüşleri (n: 69)

En İyi Bakılacak Yer	Sayı	%
Evde	62	89.9
Kurumda/ huzurevinde	7	10.1
Toplam	69	100.0

Bakım verenlerin çoğu (%89.9) yaşlıya en iyi evde bakılacağını bildirmişlerdir. Bakım verenlerin yalnızca %10.1'inin kurumda/huzurevinde bakılabileceğini söylediği görülmektedir.

**Tablo 23. Bakım Verenlere Göre Yaşlıya Evde Bakmanın Avantajları
(n: 69)**

Evde Bakımın Avantajları	Sayı	%
Yaşlı rahat eder.	32	46.4
Evde yaşlıyla daha rahat ilgilenir her istediğini yaparsın.	14	20.3
Bakım veren evde huzurlu olur daha iyi bakım verir.	9	13.0
Yaşlı evde huzurevinden çok daha temiz bakılır	9	13.0
Evde gözünün önünde olduğu için bakım veren daha huzurlu olur.	3	4.3
Yaşlı aile ortamından uzaklaşmadığı için daha mutlu olur	2	2.9
Toplam	69	100.0

Evde bakımın avantajları değerlendirildiğinde, bakım verenlerin sırasıyla “yaşlının rahat edeceğini (%46.4)”, “evde yaşlıyla daha rahat ilgilenileceğini (%20.3)”, “bakım verenin daha huzurlu olacağı ve yaşlıya daha temiz bakılacağını (%13.0)”, “yaşlı evde gözünün önünde olacağı için daha huzurlu olacaklarını (%4.3)” ve “yaşlının evde bakımla aile ortamından kopmayacağını (%2.9)” düşünmektedir.

Tablo 24. Bakım Verenlere Göre Yaşlıya Evde Bakmanın Dezavantajları (n: 69)

Evde Bakımın Dezavantajları	Sayı	%
Yaşlının yatalak olması	26	37.7
Bilemiyorum	21	30.4
Sürekli bakarsan zorlanırsın	9	13.0
Kendine vakit ayıramazsın	7	10.1
Bakım veren de yaşlı olursa kötü olur	3	4.3
Bakım veren çalışıyorsa zor olur	3	4.3
Toplam	69	100.0

Bakım verenlerin 1/3'ünden fazlasının (%37.7) yaşlının yatalak olmasını ve yaşlıya sürekli bakıldığında bakım verenin zorlanmasını (%30.4) evde bakımın “dezavantajı” olarak gördükleri belirlenmiştir.

Tablo 25. Bakım Verenlerin Huzurevinde Kalmaya İlişkin Görüşleri (n: 69)

Görüşleri	Sayı	%
Gerekirse huzurevine giderim	43	62.3
Mecbur kalmadıkça gitmem	12	17.4
Çocuğu olanlar huzurevine gitmesin	8	11.6
Yaşlı nerede isterse, orada kalmalıdır	6	8.7
Toplam	69	100.0

Bakım verenlerin yarısından fazlası (%62.3) yaşlandığında gerekirse huzurevine gideceğini ve %17.4'ü mecbur kalmadıkça huzurevine gitmek istemediklerini bildirmişlerdir.

Tablo 26. Bakım Verenlerin Yaşlı Gündüz Bakım Evine İlişkin Görüşleri (n: 69)

Gündüz Bakım Evleri	Sayı	%
Evet, olmalı	40	58.0
Hayır, olmasın	18	26.1
Bilmiyorum	11	15.9
Toplam	69	100.0

Bakım verenlerin %58.0'i yaşlılarını gerektiğinde bırakabilecekleri bir gündüz bakım evinin olmasını istediği, %26.1'i gündüz bakım evlerine gerek olmadığını bildirmiş ve %15.9'u ise "bilmiyorum" yanıtı vermiştir.

Tablo 27. Bakım Verenlerin Yaşlı Bakımına İlişkin Önerileri (n: 69)

Bakım Verenlerin Yaşlı Bakım Önerileri	Sayı	%
Yaşlılar çocuğa benzer, iyi davranılsın, incitilmesin.	8	25.8
Yaşlıya bakmak sabır işi, sabırlı olmak lazım.	7	22.6
Gençler büyüklerine baksın, onlar da yaşlanacak.	7	22.6
Yaşlıya yakın oturmak lazım, uzaktan bakmak zor.	6	19.4
Yaşlılara çocukları bakmalı, bizi de onlar büyüttü.	3	9.7
Toplam	69	100.0

Bakım verenlerin %11.6'sı yaşlıların çocuğa benzediğini, iyi davranılmasını ve incitilmemesini; %10.1'i yaşlıya bakmanın sabır işi olduğunu ve %10.1'i gençlerin de yaşlanacağını bu nedenle büyüklerine bakması gerektiğini, %8.7'si yaşlıya yakın oturulmasını ve %4.3'ü yaşlılara çocuklarının bakmasının gerektiğini bildirmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, bakım verenin sosyo-demografik özellikleri ve bakım yükü, yaşlı bakımına ilişkin özellikleri, yaşlı bakımına ilişkin eğitimi/bilgisi, yaşlı bakımı sırasında karşılaştığı güçlükler, primer bakım veren ve diğerlerinin bazı özellikleri, Yaşlı bakımının bakım verenin yaşamına etkileri, Bakım verenin yaşlı bakımına ilişkin görüş ve önerileri bölümler halinde, literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. Bakım Verenin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bakım Yükü

Demografik yaşlanmayla birlikte bir değişim sürecine giren Türkiye, yaşlı artışına bağlı bakım sorunları ile daha sık karşılaşmaktadır (6,8,13,31,49,50,53,104). Altmışbeş yaş üzerinde her yaşlı, hasta ya da bakıma muhtaç olmasa da, hastalanma riski ve yardıma gereksinimi bulunmaktadır (6).

Yaşlılık, toplumsal ve kültürel düzeyde oldukça farklı biçimlerde algılanmaktadır. Batı toplumlarında yaşlıların bakımı ağırlıklı olarak huzurevlerinde gerçekleştirilmektedir. Bizim toplumumuzda, büyük kentlerde durum değişebilmekle birlikte, temelde yaşlılara kurum bakımından daha çok ev ortamında ve aile içinde bakım verilmektedir (105,106). Ülkemizde yaşlılara yönelik bakım hizmetleri formal olarak kurumlar tarafından ya da informal şekilde ev ortamında aile ve akrabaları tarafından sağlanmaktadır (6).

Yaşlının evde bakımına ilişkin literatür incelendiğinde informal bakım verenler ve aile bakım verenleri kavramları karşımıza çıkmaktadır. Aile Bakım Verenleri Birliği (Family Caregiver Alliance-FCA) verilerine göre, yaşlıların uzun dönem bakım gereksinimlerinin %65'ni aile ya da arkadaşları karşılamaktadır (107, 108). Ayrıca informal bakım verenlerin oranı %75, aile bakım verenlerin oranı ise %59 olarak verilmektedir. Genel olarak hem aile bakım verenleri hem de informal bakım verenler yaşlıya profesyonel olmayan bir bakım sağlamaktadır. Literatürde informal bakım verenler daha çok yakın arkadaş(lar), komşu(lar) ve akraba(lar) olarak tanımlanmaktadır. Bu kişiler aile üyesi olmayıp, sevgi, yardım etme, sosyal ilişkiler

vb. nedeni ile yaşlıya bakım hizmeti sunmaktadır. Aralarında kan ya da evlilik gibi bağı olan aile bakım verenleri ise, yaşlının kronik ya da fonksiyonel yetersizlik durumlarında gönüllü ya da zorunlu olarak ücretsiz bakım sağlayan, yaşlının eş ya da çocukları olarak tanımlanmaktadır (109).

Amerika'da (ABD), yeti yitimi ve hastalığı olan yaşlıların %36'na aktiviteler sırasında düzenli olarak komşuları ve arkadaşları tarafından bakım sağlandığı ifade edilmektedir. Aynı ülkede aileler evde bakımın %80'ini sağlamakta, yaklaşık olarak 15-25 milyon yetişkin, ev ortamında (informal) bakım sunmakta ve 12.8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılara gereksinim duymaktadır. Bu ülkede yaşlıların 2.4 milyonu bakım evlerinde kalmasına rağmen yaklaşık olarak %90.0' ı aile, arkadaş ve komşuları tarafından bakılmaktadır (32,107).

Yaşlıların bakımında aile, tüm toplumlarda önemli role sahiptir. Doğu ve batı toplumlarında ailede yaşlının bakımından geleneksel olarak kadınlar sorumludur (6). Ülkemizde yaşlıların bakımı genellikle evde, aile ortamında yapılmasının yanı sıra, bir diğer temel özellikte bu bakımın çoğunlukla kadınlar tarafından yürütülmesidir. Aslında bakım denildiğinde, Ülkemizde toplumsal rol olarak bakım işi ve sorumluluğu kadına atfedilmesi nedeniyle çocuk, hasta ve yaşlı bakımında bakımı sağlayacak kişi olarak akla ilk kadın gelmektedir. Kadının eş, anne, bakım verme vb. toplumsal rolleri göz önüne alındığında, bakım yükü ve bakım stresi yaşaması ve bu rolleri yerine getirirken zorlanması kaçınılmazdır. Pek çok rolü olan kadın, kendi gereksinimlerinden feragat ederken karşı tarafa ilgi gösterme görevlerini de üstlenir. Sıklıkla kızgınlık, acı çekme, çaresizlik, pişmanlık gibi duyguları deneyimler ve bunları genellikle baskılar (109).

Adak (2003), yaşlıların informal bakıcıları olarak kadınları görmekte ve yaşlıların bakım sorunlarının çözümünün genellikle kadın merkezli olduğunu, yaşlıların bakımından primer olarak eş, kız çocukları, gelinlerin sorumlu tutulduğunu ve böylece kadının üzerinde bulunan yüklere bir yenisinin daha eklendiğini ifade etmektedir. Pek çok toplumda yaşlıların bakımından kadınların sorumlu olduğu ve bu durumdan kadınların sağlığının bedensel, ruhsal ve sosyal yönde olumsuz etkilendiği

bildirilmektedir (6,104,105). Onat (2004), aile bireylerinin bazen yaşlı için olumlu bir ortam sunamayabileceğini, yaşlı kadar ailesinin de yardıma gereksinim duyabileceğini vurgulamaktadır. Bunun için aileye yardım edilmesinin yaşlıya yardım edilmesi demek olduğu ve desteklenmelerinin önemli olduğunu bildirmektedir (42).

Seyyar (2004), Türkiye'de çekirdek ailelerin arttığı ve daha fazla kadının iş hayatında yer aldığı, ücretli bir işte çalışan ve aynı zamanda evde eş ve anne olan kadınların pek çok rol ve sorumluluğu aynı anda yerine getirme zorunluluğu olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca, bu kadınların aynı zamanda yaşlıya da bakmasıyla "bakım yükü" ve "bakım stresi" yaşadıkları, kişisel gereksinim ve istekleriyle diğerlerinin sorumluluğunu dengelemek zorunda kaldıklarını belirtmektedir (67).

Çalışmamızda, bakım verenlerin yaklaşık yarısının (%50.8) bakım yükünün, "hafif, %18.8'inin "orta düzeyde" ve %1.4'ünün ise "ağır" olduğu saptanmıştır. Bakım Yükü "Var" ya da "Yok" şeklindeki gruplandırıldığında, bakım verenlerin %71.0'inin (n:49) bakım yükü olduğu söylenebilir. Çalışmamızda bakım verenlerin stresi ve bakım yükünün belirlenmesinde Zarit ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci (2006) tarafından yapılan "Bakım Verme Yükü Ölçeği" kullanılmıştır. Bu ölçeğin toplumdaki Alzheimer, demans gibi hastalığı olmayan yaşlıların bakım verenlerinin bakım yükünü değerlendirmede kullanılabilmesine karşın, çoğunlukla bunların dışındaki yaşlıların bakım verenlerinde de kullanıldığı görülmüştür. Ülkemizde, Alzheimer ve demansı olmayan yaşlıların bakım verenlerin yükünün çoğunlukla "hafif" olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenlerin yükünün "hafif" düzeyde olması nedeniyle araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (31,112,113,103).

Weave ve arkadaşları (2002), bir yıldan daha uzun süre yaşlı bakan kişilerde bakım yükünün arttığı rapor etmektedir (119) (%16 -%38). Başka bir çalışmada

yaygın demansı olan yaşlıya bakım sağlayan genç bakım verenlerde bakım yükünün fazla olduğu bulunmuştur (120).

Akdemir ve arkadaşları (2004) bakım verenlerin güçlüklerine ilişkin çalışmalarında, toplumumuzda ev hanımı olmanın doğal bakıcılığı beraberinde getirdiği ve bu nedenle kız çocukların ruhsal, sosyal ve ekonomik güçlükleri daha fazla yaşadıklarını bildirmektedir. Aynı zamanda çalışan kadınların, işin yanı sıra bakım sorumluluğunu da üstlenmesiyle sosyal ve ruhsal zorlukları daha fazla yaşadıkları, emekli bakım veren grubun yaşlı ve kronik hastalıkları olmaları nedeniyle bakımda güçlük yaşadıkları bildirilmektedir (59).

Aile Bakım Verenleri (Family Caregivers Alliance-FCA), kadının yaşlı bakımındaki rolünü tanımlarken, informal bakımda anne-baba, arkadaş ve komşularına bakım verirken bakımı yönetme, arkadaşlık, refakat, onlar adına karar verme, savunma, bakım sağlama gibi pek çok konuda rolleri olduğunu ve uzun dönem bakımı sağlamada bu yönüyle kadın bakım verenlerin informal destek sisteminin omurgasını oluşturduklarını ifade etmektedir (114).

Çalışmamızda yaşlılara evde bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, bakım yükü olan (53.6 ± 14.0) ve olmayan (53.4 ± 14.7 yıl) bakım verenlerin yaş ortalaması (19- 82 yaş) benzer bulunmuştur ($P > 0.05$). Bakım yükü olan bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%63.3) 35-64 yaş grubunda ve yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'ünün (%26.5) ise 65 yaş ve üzerinde yani yaşlı grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Bu bulgudan yaşlı bakım verenlerin de kronik hastalıkları ve yetersizlikleri nedeniyle bakım gereksinimlerinin olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir. Chien ve arkadaşları (2005), bakım veren kişinin yaşlanmasıyla birlikte ailede yaşayan birey sayısı ve maliyet arttıkça, ailenin bakım yükünün de arttığını belirlemiştir (118).

Çalışmamızda bakım yükü olanların çoğunlukla (%83.7) kadın, evli (%87.8) ve ev hanımı (%65.3) olup; yaşlıya eşi (%38.8), kızı (%24.5) ve gelini (%20.4) olarak bakım verdikleri saptanmıştır (Tablo 2). Akdemir ve arkadaşları (2004) bakım

güçlüğü yaşayan bakım verenlerin 29-55 (%66.5) yaş arasında, kadın (%54.8), ev hanımı (%32.6) olduklarını ve çoğunlukla eşlerin (%36.3) ve çocukların (%34.6) bakım verdiklerini saptamışlardır (59). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin çoğunlukla kadın, evli (8,9,13,24,30,31,32,34,74,65), eşi (61) ve yaşlının kızı, gelini (31,62,64,66) oldukları bildirilmektedir.

Clark ve Chia (2002), bakım verenlerin %96'sının kadın, evli (%61) ve Afrika kökenli Amerikalı bakım verenlerde yaş ortalamasının 48 olduğu belirlemiştir. Aynı çalışmaya göre Kafkasyalı bakım verenlerin %88'inin kadın, evli (%78) ve yaş ortalamasının 59 olduğu saptanmıştır (115). Arpacı'nın demanslı yaşlı bakımına ilişkin çalışmasında, bakım verenlerin %74.5'nin kadın, %59'nun evli olduğu ve bakım verenlerin %49'nun yaşlının kızı olduğu saptanmıştır (31). Akın'ın çalışmasında (2003) yaşlıların %51'nin eşiyle yaşadığı, %95.2'nin bakımı aile üyeleri (eşi, kızı, oğlu), %2.4'nün ise aile üyeleri dışından birileri (akraba, arkadaş, komşu) tarafından sağlandığı belirtilmiştir (116).

Japonya' da yaşlıların büyük bir bölümü geleneksel yapılarıyla ilişkili olarak aileleri ve aile içinde de kadınlar tarafından bakılmakta, yalnızca %39.3' ünün yalnız ya da eşleriyle birlikte yaşadığı ifade edilmektedir (32).

Tuna ve Dicle'nin beyin tümörü olan hasta yakınlarının algıladıkları bakım yüküne ilişkin çalışmalarında beyin tümörü olan hasta yakınlarının bakım yükü yüksek bulunmuş ve bakım verenlerin çalışma durumu ve psiko-sosyal gereksinimleri bakım yükünü artıran etmenler olarak belirlenmiştir (117).

Yoon'un Kore'deki aile bakım verenlerinde yük ve depresyon ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik çalışmasında (2003), bakım verenlerin çoğunlukla kadın (%82.4) ve çalışmadığı (%44.7), yaş ortalamalarının 56.1 olduğu ve yaşlıya çoğunlukla eşi (%55.3) tarafından bakıldığı saptanmıştır (64). Aile Bakım Verenleri Birliğinin (2008) verilerine göre, bakım verenler ortalama 46 yaşında olup, çoğunlukla evli kadınlardır (107).

Yaşlanmayla birlikte bazı fizyolojik değişiklikler ve hastalıklar ortaya çıkmaktadır (121). Bireyler bu sağlık sorunlarının olumsuz etkileri nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve aletli günlük yaşam aktivitelerinde (AGYA) bağımlı hale gelerek başka birinin yardımına gereksinim duymaktadır (122). Günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik durumu; giyinme, banyo, tuvalet, yemek, yürüme/hareket vb. ve AGYA ise telefonu kullanma, alışveriş, sokağa çıkma, yemek hazırlama, ev temizliği, çamaşır yıkama, para ve ilaç yönetimi gibi kriterlerle değerlendirilmektedir (7,17,107,109,123). GYA ve AGYA'ne ilişkin sorunlarda da genellikle aile üyeleri yaşlıya yardım ya da destek sağlamaktadır. Bu yardım yaşın artmasıyla günlük yaşam aktivitelerinde azalmalara ve başkasına bağımlı olma durumunu gündeme getirerek bakım verenin yükünü artırabilmektedir.

Çalışmamızda yaşlıların GYA'de bağımlılık durumları ile bakım verenin bakım yükleri incelendiğinde; yaşlıların bağımlı ve bağımsızlık yüzdeleri benzer bulunmuş ve çoğunlukla bakım verenlerin bakım verdikleri yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde “bağımsız”; aletli günlük yaşam aktivitelerinde (AGYA) ise yarıdan fazlasının (bakım yükü var: %59.2 ve bakım yükü yok: %60.0) “yarı bağımlı” oldukları belirlenmiştir (Tablo 3).

Gökdoğan ve arkadaşlarının (2005) yaşlı sağlığı hizmetlerini geliştirmeye yönelik Bolu'da yaptıkları çalışmada, yaşlıların %90.6'nın GYA'ni bağımsız olarak yerine getirdiği, yalnızca %5.7'nin orta derecede, %3.6'nın ise ciddi derecede bozulma yaşadıkları saptanmıştır (17). Tel ve arkadaşlarının (2006) evde ve kurumda yaşayan yaşlıların GYA ve yalnızlık yaşama durumları ile ilgili çalışmasında, evde yaşayan yaşlıların %42.9'u yarı bağımlı, AGYA'de ise %74.3'nün yarı bağımlı oldukları saptanmıştır (123). Burada AGYA'nin yüzdeler bulgusu bizim çalışmamızla benzerken, GYA ile ilgili yüzdeler bulgu bizim çalışmamızın bulgusundan daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin Tel'in çalışmasındaki yaşlıların %80'nin kronik hastalığının olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan çalışmalarda yaşlıların genellikle GYA'de ve AGYA'de bağımlı ya da yarı bağımlı oldukları saptanmıştır (56,124,125,126). Karaduman ve arkadaşları

(2004) yaşlıların AGYA'den ise sırasıyla en çok fatura ödeme, alış veriş temizlik konularında bağımlı olduklarını saptamışlardır. Almanya'daki yaşlıların %88'inin alış-veriş, %86'sının ulaşım araçlarına binememe, %84'ünün ev temizliği gibi GYA'de sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir (28). ABD'de yapılan bir çalışmada giyinme-soyunma, yemek yeme, banyo yapma, sokakta yardımsız yürüyebilme vb. etkinliklerde yardım gereksinimi 45 yaş altında %0.5 iken, 65 yaş ve üzeri grupta bu oranın %25, 85 yaş ve üzerinde ise %40 olduğu belirtilmiştir (124).

Literatürde yaşlılara bakım sağlayan aile üyelerinin zorlanma ve sorumluluklarını konu alan çalışmalarda; sorumluluklar ile ilgili anahtar faktörler, yaşlı bireyin fonksiyonel ve zihinsel yetersizlik gibi özellikleri, bakım sağlayan bireyin çalışma durumu, sağlığı ve yaşlı ile ilişkileri, ayrıca verilen bakımın özellikleri olarak belirlenmiştir (6,127).

Yaşlıya bakım verenlerin bakım yükü kavramsal olarak tanımlanmış olup, yapılan çalışmalar çoğunlukla Alzheimer ve demansı olan yaşlıların bakım verenlerinin yükünü belirlemeye yoğunlaşmıştır. Alzheimer hastalığının ilerleyici olması ve uzun süre bakım gerektirmesi nedeniyle bu yaşlılara bakım verenlerde aile yaşamı, arkadaşlıklar, fiziksel ve psikolojik iyilik hali hayatlarının her alanını etkilediği ve tükenmişlik sendromu yaşadıkları belirtilmektedir. Hastalığın şiddetiyle ilişkili olarak harcanan zaman arttıkça tükenmişliğinde artacağı ifade edilmektedir (128).

Schulze ve Rössler (2005), Alzheimer, demans gibi hastalığı olan yaşlıların bakım yükleri fazla olduğu için bakım verenlerin takdir edilmesinin önemli olduğu, aile bakım verenlerinin desteklenmesi için stratejiler geliştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (129). Sevinçok (2003), tüm dünyada yaşlı nüfusun giderek artması, 65 yaşın üzerindekiilerin çoğunda demans gelişmesiyle kişisel bir trajedi ve aile üyeleri için ciddi sorunlar yaratacağını bu durumun aynı zamanda aşırı bir toplumsal ve ekonomik yük oluşturacağını ifade etmektedir (130). Diğer taraftan, demansın informal bakımında maliyetin yanısıra bedensel ve ruhsal gerginlik ve bakım yüküne neden olduğundan söz edilmektedir (131,132). Küçükgüçlü (2007), bakım verenlerin

demanslı yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardım etmek, gözlemek, sosyal destek vermek için çok büyük zaman ve enerji harcadıklarını vurgulamaktadır (133). Aynı zamanda, bakım verenlerin kendi yaşamının sorumlulukları ile birlikte yaşının artan demans semptomları ile mücadele ettiği ve psikolojik ve fizyolojik sağlık sorunlarına maruz kaldığı belirtilmektedir (133). Yoon (2003), fonksiyonel yetersizlikleri olan yaşlıların uzun dönem bakım alması sırasında bakım verenlerin bakım vermenin sağlığa etkisi, kendini bırakma, finansal sorunların boyutu vb. nedeniyle daha fazla bakım yükü deneyimlediklerini ve daha az duygusal destek aldıklarını belirtmektedir (64).

Yaşının bilişsel bozukluğu olması ise bakımı etkilemekte ve bakım verende depresyon gelişimine eğilimi artırmaktadır. Ayrıca sosyal ve duygusal destek stres, depresyon ve bakım yükünü etkileyen bir değişken olarak belirtilmektedir. Yardımcı desteğinin bakım verenin depresyonu ve bakım verme yüküne hiçbir etkisinin olmadığı, stresörler ve finansal desteğin bakım yükü üzerine doğrudan etkisi olduğu belirtilmekte, duygusal destek ile bakım yükü, stresörler ve depresyon arasında ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Yoon (2003) aile üyelerinin duygusal desteğinin kaybı ile birlikte aile bakım verenlerinin de kendini bırakma düzeyinin arttığını bulmuştur. Bakım yükünün kökeninde, bakım verenin iyilik hali ve yaşının aldığı desteğin kalitesinin yer aldığını vurgulamaktadır (64).

Bakım yükü olanların yaklaşık yarısının (%67.3) yaşlısında demans olmasına karşın, bakım yükü olmayan bakım verenlerin yaklaşık üçte birinin (%35.0) yaşlısında ise demans olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Buna göre genel olarak demanslı yaşlıya bakmanın bakım verenin yükünü artırabileceğini düşündürmüştür.

5.2. Bakım Vereninin Yaşlı Bakımı ile ilgili Özellikleri

Türk töresinde büyüğe saygı, bağlılık, yaşlıya sahip çıkma ve bakma önde gelen istendik davranışlardır (134). Ataya bağlılık aile içindeki büyüğün otoritesi ile de ilişkilidir. Yaşlandıkça aile büyüğünün otoritesi azalsa da Türk aile yapısında büyüklerin sözünü dinleme, tecrübeye değer verme önemlidir. Günümüzde ekonomik ve toplumsal koşullar zamanla yaşlılar ve onların çocuklarının ayrı

yaşamasına neden olmaktadır (54). Ancak ülkemizde aile içinde yaşlılara verilen önem gelişmiş pek çok ülkeye göre daha fazladır. Hatta ailelerin yaşlılara verdiği önemin değişmediği ancak yaşam koşullarının değişmesine bağlı olarak sorunlar yaşansa bile yaşlı ve aile bireylerinin yakın ilişki içerisinde oldukları ve yaşlısına bakma eğiliminde oldukları belirtilmektedir (6,106,127,135). Ankara’da Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğüne yapılan bir çalışmada, bakım verenlerden düşük sosyo-ekonomik düzeyde olanların “yaşlıya bakacak kimse olmaması” nedeniyle yaşlıyla birlikte oturdukları ve baktıkları belirlenmiştir (81).

Çalışmamızda bakım verenlerin yaşlıya bakma nedeni incelendiğinde, yaşlıya bakma nedeni olarak “ailevi sorumluluk” olarak nitelendirenlerde bakım yükü olanların yüzdesi (%55.1), olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş; ancak bakım yükü olmayanlarda yaşlıyı sevdiği için (%30.0), bakacak kimsesi olmaması/ mecbur olması (%20.0) ve ekonomik nedenler yüzdesi (%5.0) daha yüksek bulunmuştur. Türk aile yapısında yaşlıyı sevdiği için bakmasının yanı sıra, toplumsal normlar, baskı vb. nedenlerle yaşlıya bakmasının “ailevi sorumluluk” olarak adlandırılabilceği ya da yaşlıya ailevi sorumluluk olarak bakmanın daha fazla performans göstererek yaşlıya bakmasına bağlı bakım yükünün artabileceği söylenebilir. Ayrıca yaşlıya sevdiği için bakım verenlerde bakım yükünün olmaması, yaşlıya bakacak kişiye bakımda yer almak isteyip istemediğinin sorulması ya da böyle bir tercihin olması, bakım yükünü azaltmada önemli bir faktör olabileceği düşünülebilir.

Call ve arkadaşları yükü ilgili çalışmalarında (2008), yaşlı ve yakınları arasında (eş çocuklar ve akrabalar) toplumsal sorumluluklar ve rollerin karşılıklı olduğu gözlemlenmiş, geçmişte yaşlılar çocuklarına çeşitli konularda yardımlarda bulunduğu için çocuklarında yaşlı yakınlarına bakma eğiliminde olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, aile üyeleri arasında toplumsal sorumluluğun güçlü bir bağ olduğunu düşünmektedirler (136).

Bilgili (2000), bakım verenler ile yaşlı arasında bir bağ olduğu, yarıya yakının yaşlıya isteyerek baktığını fakat gerektiğinde yardım alabilecekleri bazı hizmetlere

gereksinim duyduklarını belirlemiştir. Ayrıca bakım verenlerin bir kısmı yaşlı bakımını gönülsüz olarak üstlense de, bakımda zorlansa da yaşlısına en iyi biçimde bakmak istediğini belirttiklerini saptamıştır (8). Akça (2003), bakım verenlerin %80'inin yaşlıya isteyerek baktığını belirtmiştir. Çalışmamızda bakım yükü olan (%87.8) ve olmayan bakım verenlerin çoğu (%90.0) yaşlıya bakmaktan memnun olduklarını bildirmişlerdir Bu sonuç diğer çalışmalarla benzerdir (8,13). Ülkemizdeki bakım verenlerin yaşlıya saygısından ya da toplumsal nedenlerle bakım yükleri olsa da, yaşlıya bakmaktan memnun olduklarını bildirmektedirler.

Günlük yaşam aktivitelerinde güçlük yaşayan ve fiziksel sınırlılıkları olan yaşlıların bakımı, genellikle aileleri tarafından karşılanmaktadır (137,138). Kısaca bakım; bir kişinin başkası için yaptığı formal ya da informal yardım işlemi olarak tanımlanabilir (8). İnfomal aile bakımı, koruma, güvenlik, savunma, şefkat, iletişim, yemek hazırlama, giydirme, yıkama, alış-veriş, ulaşım vb. yardımları kapsamaktadır (67). Tipik olarak ailenin yaşlı bakım sorumluluğu; banyo yaptırma, bakılan kişiye pozisyon verme, bir yarayı temizleme gibi bedensel işler ile ev temizliği, alış-veriş gibi günlük işler ve bakım verilen kişiyi acile-doktora götürme gibi sağlık bakımına ilişkin görevler olarak tanımlanmaktadır (67). Bu bağlamda bakım verenler hem bedensel, günlük ve sağlık bakım işleri kapsamında yaşlıya bakarak yaşlının yaşam şeklini geliştirip iyileştirmekte, hem de duygusal destek vererek sosyalleşmesini sağlamaktadır.

Bizim çalışmamızda bakım yükü olan bakım verenlerin, yaşlı bakımına ilişkin yaptığı işi “güvenlik/koruma” olarak tanımladıkları (%61.2), bakım yükü olmadığını bildirenlerin ise yaptığı işi yemek/temizlik/alışveriş (%45.0) olarak tanımladıkları saptanmıştır (Tablo 5). Buna göre, yaşlının güvenlik ya da korumasına yönelik sorumlulukların, yemek/temizlik/alışveriş gibi ev işlerine yönelik sorumluluklardan daha fazla bakım yükü getirdiği söylenebilir. Ekwall çalışmasında (2007) bakım verenlerin bakım aktivitelerini incelemiş, bakım verenlerin sırasıyla; alış-veriş (%79), ev temizliği (%75.4), çamaşır yıkama (%77), hastaneye götürme ve telefonla arama (%50.8), yemek pişirme (%70.2) gibi bakım aktiviteleri yaptıklarını saptamıştır (61). Waliser ve arkadaşları (2002), bakım verenlerin %60'ı alış-veriş,

%63'ü yemek hazırlama, %32'si banyo yaptırma aktivitelerini yaptıkları saptanmıştır (74). Bakım verenlerin daha çok, sosyal destek (yaşlıyı koruma, gözetleme vb.) ve yaşlının AGYA'ne yardımını bakım olarak tanımladığı görülmüştür. Bu durumun bakım verilen yaşlıların çoğunlukla aletli günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinimlerinin olmasıyla ilişkili denebilir.

5.3. Bakım Verenlerin Yaşlı Tanımları ve Yaşlı Bakımına İlişkin Eğitimi/Bilgisi

Yaşlılığın gündeme gelmesini ya da gündemde kalmasını etkileyen faktörlerden en önemlisi toplumun sahip olduğu değerler sistemidir. Çünkü yaşlılıkla ilgili kuşaktan kuşağa aktarılan birçok değer yargısı vardır (36,139). Tüm toplumlarda yaşlılığa ilişkin genel olarak olumlu, olumsuz ve karma tutumlar olmakla birlikte; olumsuz eğilimin daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Bu tutumları etkileyen faktörlerin ise bireyin geçmişteki yaşantısı, eğitimi, motivasyonu ve yaşlılığa ilişkin inanışları ve kültürel değerler olduğu belirtilmektedir (7). Uluslararası Eylem Planında (2002), yaşlanma konusunda pozitif bakış açısı kazanmak gerektiği, yaşlıların topluma önemli katkıları olan etkili, farklı ve yaratıcı bireyler olarak kabul edilmesi gerektiği belirtilmektedir (135). Yaşlılık ile ilgili çeşitli makalelerde, toplumsal boyutta düşündüğümüzde, yaşlılığa bakış açımızı yaşlı insanlara karşı davranış ve tutumlarımızın belirleyeceğini ve bu nedenle yaşlılığa nasıl baktığımızın önemli olduğu belirtilmektedir (36,125,140).

Yaşlılık algısı ve yaşlılığa ilişkin düşünceler ile ilgili literatür incelendiğinde bu konuya ilişkin çok fazla çalışma olmadığı görülmüştür. Yapılan çalışmalar ise çoğunlukla “yaşlının” yaşlanma ve yaşlılık algısına ilişkindir (141). Son üç yıldır daha çok gündeme gelen yaşlı bakımında ara insan gücü ve yaşlı refakatçisi kursuna katılanların yaşlılığa ilişkin görüşlerini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (142,143).

Dik (2005), yaşlanmak ve bilgeleşmek üzerine görüşlerini sunduğu makalesinde, “Aristoteles'in hastalığı zamansız gelen yaşlılık, yaşlılığı ise doğal bir hastalık” olarak tanımladığını söylemektedir. Dik, *Yaşlılığı yaşamın gerçeği* olarak

tanımlamış ve genel olarak toplumumuzda gençliğin yaşamın mutlu dönemi, yaşlılığın ise mutsuzluk dönemi olarak düşünüldüğünü belirtmiştir (144).

Çalışmamızda bakım verenler yaşlılığı “paran yoksa yaşlılık kötü bir şeydir” (%24.6), “iyi bir şey, her yaşın bir güzelliği var” (%21.7), “yaş 70, iş bitmiş” (%11.6), “yaşlılık muhtaçlıktır” (%10.1), “yatağa düşene kadar iyidir, sonrası kötüdür” (%10.1), “garibanlık, kimsesiz kalmaktır” (%7.2), “yaşlılık, yorulmak, yorgun düşmektir” (%7.2) ve “ölüvereyim dersin hemen ölemezsin, çok zordur” şeklinde tanımlamışlardır. Buna göre çalışmamıza katılan bakım verenlerin yaklaşık 1/5’inin (%21.7) yaşlılığı olumlu olarak “iyi bir şey, her yaşın bir güzelliği var” tanımlaması dışında, çoğunlukla olumsuz olarak algıladıkları söylenebilir (%78.3).

Yaşlılık algısı ile ilgili yapılmış çalışmalarda, toplumun yaşlılığı “başkalarına muhtaç olmak”, “yalnız kalmak”, “hastalık”, “kendini yorgun hissetmek”, “hayatın sonuna gelmek”, “kötü bir şey”, “sevdiklerini kaybetmek” gibi çoğunlukla olumsuz olarak algıladıkları söylenebilir (5,13,16,42,125,141,145). Bu bulgu çalışmamızla benzer olup yaşlıların fonksiyonel kayıpları ve yetersizlikleri, sevdiklerinin kaybedilmesi, çocukların büyüyüp aileden ayrılmaları, emeklilik nedeniyle gelir düzeylerinin düşmesi vb. nedenlerle toplumun yaşlılık algısının olumsuz yönde olduğu söylenebilir. Oysa ki yaşlılıkta bağımlılığın, 75 yaş ve civarında başladığı ifade edilmektedir. Diğer yandan bakım verenlerin yaşlılığı, çoğunlukla muhtaçlık, garibanlık, yorgun düşmek vb. olarak algılaması, yaşlının toplumun içinde aktif olarak yer alması, psiko-sosyal yönden sağlıklı ve başarılı yaşlanmasını olumsuz etkileyeceği, yaşlıya bakım verirken yaşlıların temel sorunlarının gözden kaçmasına ve bakım verenler ile yaşlılar arasında sorunların oluşmasına neden olabileceği düşünülmüştür.

Bıyıklı (2005) yaşlı refakatçisi kursuna katılanların yarıya yakınının (n:14) yaşlılığı “muhtaçlık” olarak tanımladıklarını ifade etmektedir (143). Gökdoğan ve arkadaşları (2008), yaşlı refakatçisi kursuna başvuranların yaşlıyı çoğunlukla (%41.7) “bakıma yardıma muhtaç kimse” ve (%16.7) “kendi işini göremeyen, muhtaç kimse” olarak tanımladıklarını saptamışlardır (142).

Yaşlanmayla ilgili Ulusal Eylem Planında (2007), dünyada yaşlı bakımına ilişkin uygulamaların artık “Kurumsal Bakım Modeli’ne” alternatif olarak yaşlının yaşadığı ortamda hizmet alması çerçevesinde “Yaşadığı Ortamda Yaşlıya Hizmet” modelini gündeme getirdiği belirtilmektedir (146). Bu yolla yaşlının onuru ve saygınlığı korunacak ve toplumdaki izolasyonu önlenecektir. Yaşlı için yaşadığı ortam önemlidir ve yaşlandıkça yaşanan evin, çevrenin ve ailenin önemi daha da artmaktadır (147,148,149).

Yaşlı için ev; sıcak bir yuva, hatıraların canlandığı bir ortam, dinlenecek bir yer ve yakın çevreyle ilişkide bulunmayı sağlayan bir kaynaktır. Yaşadığı ortamda yeterli sosyal desteğe sahip yaşlılar kendilerini daha az yalnız hissetmekte, yaşlılıkla ilgili tutumları daha olumlu ve yaşam doyumları daha yüksek olabilmektedir. Diğer yandan yaşlanma, bakım sorununu gündeme taşımaktadır. Bugün toplumsal sorun olarak görülen yaşlı bakımında, formal ve informal olmak üzere iki tür bakımdan söz etmek mümkündür. İnfomal bakımda yaşlıların aile bakım verenlerinin pek çoğunun yaşlı bakımı konusunda eğitim almamış kişiler olduğu görülmektedir. Yaşlı, sürekli bakıma muhtaç hale geldiğinde bu eğitimsiz kişiler bakımı üstlenmekte ve sağlık personeli ise kısa süreli tedavi edici bakımda devreye girmektedir. Bu durumda yaşlı bakımı deneyimsiz ve eğitimsiz kişilerce yürütülmekte ve sorunun çözümü yerine daha sorunlu bir yapı ortaya çıkmaktadır (146).

Türkiye’de yaşlıların topluma dayalı sürekli bakımı konusunda çok az veri bulunmaktadır. Yaşlının sürekli evde bakımı, eğitilmiş kişiler tarafından yapılmalıdır. Ancak günümüzde Türkiye’de bu hizmetin çoğunlukla eğitimsiz kişiler tarafından verildiği ve yaşlı bakımı uzun süreli olduğu zaman bakım verenin pek çok sorun yaşayabileceği ifade edilmektedir (146). Uluslararası Eylem Planında (2002) ise, formal ya da informal bakım verenlere sosyal destek ile bilgilendirilme ve öneriler sağlanması, eğitim ve bilgi verilerek desteklenmesi önerilmektedir (146, 150). Dramalı ve arkadaşları (1998) tarafından bakım verenlerin %84.0’nün yaşlının evde bakımı ile ilgili hiçbir eğitim ve bilgisinin olmadığı bildirilmektedir (65).

Nolan ve arkadaşları (1998), çeşitli nedenlerle yaşlı bakımında güçlük çeken bakım verenlerin hem bakım aktivitelerinde hem de duygusal olarak desteklenmeleri gerektiğini belirtmiştir (151). Onarcan (2000), bakım verenlerin ve gönüllülerin profesyonellerce gözlenmesi, eğitilmesi ve desteklenmesi gerektiğini vurgulamıştır (152). Ayrıca bakım verenin bilgisi artarsa, onu bekleyen ne olduğunu bileceği için stresinin azalacağını ve bakım işini daha iyi yapacağı vurgulanmaktadır (67,138).

Çalışmamızda bakım verenlerin toplamda, yaklaşık dörtte üçünün (%72.5) yaşlı bakımına ilişkin herhangi bir bilgisinin olmadığı; bakım yükü olanların ise %75.5'nin yaşlı bakımına ilişkin herhangi bir bilgisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 10). Bakım verenlerin toplamda, yarıdan çoğunun (%55.1) ilkokul mezunu oldukları (Tablo 2), tamamının (%100.0) yaşlı bakımına ilişkin herhangi bir formal eğitim almadığı, bakım yükü olduğu belirlenen bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%81.6) yaşlıya bakım vermede kendini yeterli hissettiği (Tablo 11), toplamda çoğunluğunun eğitim/ danışmanlık gereksinimi olmadığını (%81.2) bildirdikleri saptanmıştır. Eğitim/danışmanlık gereksinimi olduğunu bildirenlerin çoğunu da bakım yükü olanlar (%14.3) oluşturmuştur (Tablo 12). Feldman ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, bakım verenlerin %36'sının bakım vermede kendini yetersiz hissettikleri belirlenmiştir (74). Buna göre, bakım verenlerin eğitim düzeyinin düşük olması, herhangi bir formal eğitim almamış olmaları, kendilerini yaşlı bakımında yeterli hissetmeleri ve eğitim/danışmanlık gereksinimi bildirmemeleri nedeniyle yaşlı bakımına ilişkin eğitilmeleri noktasında farkındalık oluşturulması gerektiği; sağlık çalışanlarının ise topluma dayalı bakımda bakım verenlerin yük durumlarının farkında olmaları ve gereksinimler doğrultusunda eğitim/danışmanlık hizmeti ile bakım verenleri desteklenmeleri gerektiği düşünülmektedir.

5.4. Bakım Vereninin Yaşlı Bakımı Sırasında Karşılaştığı Güçlükler

Batı toplumlarında gençken çocuk doğurma ertelenirken, yaşlı ebeveyne sahip olma olasılığı artmaktadır. Eğitime ve kariyere daha fazla zaman ve emek harcayan birçok kadın otuzlarında ve hatta kırkların başında evlenerek çocuk doğurmaktadır. Modern çekirdek ailelerde kardeş sayısının az olması, tek bir çocuğun (genelde bir kız çocuğunun) bakımla ilgili olarak daha fazla yük almasına neden olmaktadır. İki

milyon civarında Amerikan kadını, aynı anda hem genç çocuklarına hem de yaşlanan ebeveynlerine bakmaktadır. Orta yaşa gelen yetişkin kadınlar hem ebeveynlerine hem de çocuklarına bakım sağlarken "sandviç" gibi sıkışıp kalmakta ve ezilmektedir (6,8,23,70,138,153,154,155,156). Bu durum literatürde “sandviç kuşağı olgusu” olarak da tanımlanmaktadır.

Literatürde “bakım verme güçlüğü”; yaşlı, kronik hastalığı olan aile üyesi ya da başka birine bakım sağlayan kişinin zorlanması, yük altına girmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu güçlüğün bedensel, ruhsal, duygusal, sosyal ve ekonomik boyutta olabilmektedir. Bakım verme güçlüğü objektif ve subjektif olarak ifade edilmektedir. Objektif bakım güçlüğü; bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engelleri kapsar. Bakım verenin kronik hastalıkları, çeşitli bedensel sorunlar da bu güçlüğün içine girer. Bakım verenin bakım verme rolü ile ilişkili emosyonel durumu ve tutumu ise (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb.) subjektif güçlüğe girmektedir (31,67,133,138). Bakım verme güçlüğünü etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bakım verilen yaşlıyla daha önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisi, bakım verenin yaşının ilerlemesi ve sağlık sorunlarının olması, yaşlı bakımında fikrinin alınmamış olması, bakım verenin yaşlıya pek çok anlamda çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (ulaşım, bakım verenin sorumluluğunu paylaşan sekonder bakım veren(ler)in olmaması), bakım verenin yaşlı bakımı dışında da sorumluluklarının olması (işe gitme, ev işi yapma, çocuk bakma vb.) bunlardan bazılarıdır (8,31,70).

Çalışmamızda bakım verenlerin yaşlı bakımı sırasında en çok zorlandığı konu(lar)/iş(ler)’in, çoğunluk sırasıyla yaşlının çok konuşması/karışması (%41.0), bakım vereninde yaşlı olması ve zorlanması (%28.2), banyo yaptırması (%12.8), yaşlıyı yalnız bırakmaması (%10.3) ve yaşlı bakımına ilave olarak ev işi de yapıyor olması (%7.7) şeklinde saptanmıştır (Tablo 13). Bilgili (2000), bakım verenlerin %31.6’sının yaşlının her şeye karışması nedeniyle yaşlıyla ilişkilerinin kötü olduğunu ve giderek sorunların arttığını ifade etmiştir (8). Akça (2003) ise, bakım verenlerin yaşlı bakımı yanı sıra temizlik, çamaşır yıkama ve yemek yapma gibi evde başka işler de yaptıklarını belirlemiştir (13).

Altıok (2008), ailesi tarafından yeterince desteklenen bireylerin tükenmeden korunma şansının daha yüksek olduğunu belirtmektedir (157). Yaşlılardan özellikle Alzheimer, demans hastalarına bakım verenlerde bakım süreci; aile ilişkileri, arkadaşlıklar, çalışıyorsa iş yaşantısı, bedensel-ruhsal sağlık gibi yaşamlarının her alanını etkiler ve tükenmişlik sendromu gelişebilir. Bakım verenlerde tükenmişlik “*bakım verenin çevresinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal, duygusal, sosyal ve mali problemler*” olarak tanımlanmaktadır. Yaşlıların bakımı için harcanan zamanın ciddi biçimde tükenmişliği etkilediği ifade edilmektedir (128). Yaşlı bakımı, bakım verenin günlük yaşamı, iş ve aile yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı olarak önemli psikolojik güçlüklerin de ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tüm bu sorunlar “tükenmiş bakıcı sendromu” olarak ta tanımlanmaktadır (148).

Bizim çalışmamızda, bakım verenlerin %20.3’ü kendini tükenmiş hissettiğini, %17.4’ü ise bazen tükenmiş hissettiğini belirtmiştir (Tablo 14). Bu anlamda, tükenmişliğe yönelik bakım verene sunulacak çözümlerin, birey tükendikten sonra değil, tükenmeden önce kullanılması ve bu konuda yaşlı yakınlarının bilgilendirilmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenleri olumsuz yönde etkileyen önemli faktörlerden birisinin de bakım veren ile yaşlı arasındaki iletişim ve yaşlının bakım verenin yaşamına müdahale etmeye çalışması, onları kontrol altına almak istemesi olarak belirtilmektedir (8,158). Çalışmamızda bakım verenlerin %39.1’i yaşlı ile iletişim sıkıntısı yaşadıklarını, %60.9’u ise iletişim sıkıntısı yaşamadıklarını belirtmiştir (Tablo 15). Yaşlı ile iletişim sıkıntısı olduğunu bildiren bakım verenlerin %48.1’i yaşlının inatçı ya da geçimsiz olduğunu, %37.0’si yaşlının kulağının duymadığını, %14.8’inin ise yaşlının çok konuştuğu ve her şeye karıştığı için iletişim sıkıntısı yaşadığını bildirmiştir. İletişim güçlüğüne ilişkin sağlık çalışanlarının yaşlının işitme sorununu gidermede yardımcı cihaz kullanması için bilgi vermesi ve yönlendirmesi, karşılıklı olumlu bir iletişim atmosferi oluşturma konusunda bakım veren ve yaşlıyı bilgilendirmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

5.5. Primer Bakım Verenler ve Diğerlerinin Bazı Özellikleri

Uluslararası Eylem Planında (2002), bakım verenlerin desteklenmesi ve primer bakım verenin yükünü dengelemek için bakım sorumluluğunun kadın ve erkek arasında eşit olarak dağıtılmasını sağlamak, toplum hizmetlerini güçlendirmek ve yaşlının aile içinde bakımını desteklemek hedeflenmiştir. Aksi takdirde bakım verenlerin stres, tükenmişlik, depresyon, yük durumu ve diğer hastalıklar nedeniyle bakım verenlerin bakımının da ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkacağı bildirilmektedir (135). Uğur (2003), primer bakım verenlerin bakım sırasında somatik şikayetler yaşayabileceği, diğer aile bireyleriyle geçirdikleri zamanın azalabileceği, işlerine engel olacağı ve ruhsal açıdan bitkin olabileceklerini belirtmektedir (67).

Bakım veren, hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumlu olan kişi; “primer bakım veren” ise bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişi olarak tanımlanmaktadır. Primer bakım veren, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olan kişidir. Çoğunlukla yaşlının eşi, çocukları ve arkadaşlarıdır (159).

Çalışmamızda bakım verenlerin $\frac{3}{4}$ 'ünden fazlasının (%87.0) primer bakım veren olduğu, bir başka deyişle yaşlıya tek başına baktığı belirlenmiştir (Tablo 16). Yapılan çalışmalarda bu oranın %60-77 arasında değiştiği görülmüştür (13,59,160). Bizim çalışmamızda daha yüksek (%87.0) bulunmuş olmasına karşın, bakım verenlerin yarıdan çoğunun yaşlıya tek başına baktığını göstermesi açısından diğer çalışmalarla benzerdir.

Yaşlı bakımında, primer bakım verenlerin çoğunlukla (%75.0) uygun olmadığına yaşlıya bakacak başka kimsesi olmamasına karşın, primer bakım verenlerin dışındakiler (%77.8) uygun olmadığına yaşlıya bakacak başka birinin olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 17). Akça (2003) bu oranın %42 olduğu ve çoğunlukla primer bakım verenin çocuklarının yardım ettiğini belirlemiştir (13). Burada bakım verenlerin yaşlıya çoğunlukla tek başına baktığı, çoğu zaman işi olduğunda yaşlıya bakacak kimsesinin olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda bakım verenlerin yüklerini azaltmaya ve dinlendirmeye yönelik alternatif bakım

kurumlarının (gündüz bakımevi, yaşlı kreşleri vb.) önemli bir gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda primer bakım verenlerin %15.0'i eğitim/danışmanlık ve %26.7'si yaşlı bakımında yardıma gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Primer bakım verenler ile diğerlerinin yardıma gereksinim yüzdeleri benzer olmasına karşın, primer bakım verenlerin ancak %35.0'inin ve diğer bakım verenlerin ise %88.9'unun yardımcı olduğu saptanmıştır. Diğerlerine göre primer bakım verenlerin daha yüksek oranda yaşlı bakımının yanı sıra ev işi de yaptıkları (%91.7) ve %13.3'nün yaşlının bakım verene maddi yük getirmediği belirttiği saptanmıştır. Bilgili (2000), bakım verenlerin yaşlı bakımının kendilerine maddi yük getirmediğini bildirmektedir (8). Bu bulgu bizim çalışmamızla benzerdir. Diğer yandan bakım verenlerin yaşlı bakımının maddi yük getirmediğini söylemelerinin nedeni Ülkemizdeki ve Bolu'daki yaşlıların genel olarak ekonomik durumunun iyi ve sosyal güvencesinin olması, bakımı sağlanan yaşlıların hali hazırda bakımın ekonomik yükünü artıracak bir sağlık durumunun olmayışı (kanser, yatağa bağımlılık vb.) ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bakım verenlerin bazen de yaşlının emekli maaşını aile ekonomisine destek olarak görmesi nedeniyle yaşlı bakımını maddi yük olarak görmeyebileceğini düşündürmüştür.

Bizim toplumumuzda yaşlı bakımının çoğunlukla tek bir kişiye (Tablo 16) ve kadına bırakıldığı (Tablo 2), dolayısıyla bakım sorumluluğunun eşit olarak paylaşılmadığı, evde başka iş ve sorumlulukları olan kadınların, yaşlıyla iletişim sıkıntısı yaşadıkları (Tablo 15), kendilerini tükenmiş hissettikleri (Tablo 14) görülmektedir. Buna yönelik sağlık çalışanları ve özellikle hemşirelerin primer bakım verenleri ya da yaşlıya tek başına bakan kişileri bakım yükü açısından risk grubu olarak kabul etmesi, gerektiği noktalarda profesyonel yardım için gerekli yerlere yönlendirmesi (psikolog, psikiyatrist vb.) ve varsa ailedeki diğer üyelerin bakım sorumluluğunu paylaşmaları konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir.

5.6. Yaşlıya Bakmanın Bakım Verenin Yaşamına Etkileri

Aile, yaşlı birey için önemli bir destektir. Ancak kadının çalışması, geniş aileden çekirdek aileye geçiş gibi aile yapısında meydana gelen bazı değişiklikler aile desteğinde bazı sıkıntı oluşturabilmektedir (8,54). Yaşlı bakımından primer sorumlu kişi, kadındır. Kadının doğası gereği şefkatli ve duyarlı olmasının bakım vermenin zorlukları ile erkeğe göre daha kolay başa çıkabileceği görüşü nedeniyle bakım verme rolü kadına yüklenmektedir (8). Çalışan kadının yaşlılarının bakım gereksinimi olduğunda işi arka plana itip, yaşlı bakımını üstlendikleri ifade edilmektedir (8).

Bakım veren birey ya da ailelerle yapılan çalışmalarda, yaşlılara bakım verilmesinin yaşlıların ve bakım verenin ruhsal iyilik halini olumlu yönde etkilerken, diğer yandan bakım verenlerin bazı sorunlarla karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir (10,32). Bakım verme, olumsuz ve olumlu yönleri olan bir olgudur ve bakım verenler tarafından farklı şekillerde algılanabilmektedir. Bu durum samimiyet ve sevginin artması, bakım verme ile birlikte huzurlu olma, diğer bireylerden destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu duyguların yanı sıra; depresyon, anksiyete gibi durumlar yaşamını kısıtlaması, kendine zaman ayıramama, sosyal ilişkilerin azalması, sosyal izolasyon gibi olumsuz yönleri bulunmakta ve birçok değişikliğin yaşanmasına neden olmaktadır (8,31,133,161,162). Yaşlı bakımını üstlenenlerin uzun süre bakım vermeleri, kendi kronik sağlık sorunları, ileri yaşta olmaları ve sosyal desteklerinin yetersiz olması ya da olmaması gibi nedenlerle sosyal, bedensel, ruhsal ve ekonomik açıdan çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Yaşlıya evde bakım verenlerin özgürlüklerinin kısıtlanması ve kendilerine yeterince vakit ayıramamaları nedeniyle ruhsal durumlarının olumsuz yönde etkilendiği ve depresyon gibi bozuklukların görüldüğü bildirilmektedir (72,74).

Çalışmamızda bakım yükü olanların çoğu yaşlıya bakmanın yaşamlarını etkilediğini (%63.3) bildirmelerine karşın, bakım yükü olmayanların çoğu ise, yaşlıya bakmanın yaşamlarını etkilemediğini (%80.0) bildirmişlerdir. Bakım yükü olan bakım verenlerin yaklaşık ¼'i (%24.5) yaşlıya bakmanın aile yaşamının etkilediğini, bakım yükü olmayanların ise yalnızca %5.0'i etkilendiğini bildirmiştir.

Yaşlıya bakmanın bakım verenin yaşamını etkilediği bulgusu, literatürle de uyumludur (8,31,133). Bilgili (2000), bakım verenlerin %21.6'sının yaşantılarının etkilendiğini, yaklaşık yarısının yaşamlarının çok fazla etkilendiğini ve pek çok aktiviteyi artık yapamadıkları ya da azalttıklarını saptamıştır (8). Akça (2003), bakım verenlerin %25'i yaşlıya bakmanın günlük yaşamını etkilediğini bildirmektedir (13). Yapılan çalışmaların sonuçlardan (8,13) yaşlıya bakmanın bakım verenin aile yaşantısını etkilediği ve bunun bakım yükünü artıran bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım yükü olanların yaklaşık yarısının (%57.1) kendine zaman ayırabildiklerini bildirmelerine karşın, bakım yükü olmayanların yaklaşık tamamı (%90.0) kendilerine zaman ayırabildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 20). Buna göre yaşlı bakımının bakım verenin zamanının önemli bir bölümünü doldurduğu düşünülmektedir. Uğur (2006), kadın bakım verenlerin özellikle kendi öz-bakım aktivitelerindeki azalmaya duyarlı olduklarını belirtmektedir. Bakım verenlerin hem bakım sunma görevlerinde hem de ev işlerinde yardıma gereksinim duydukları bildirilmektedir (67).

Bilgili (2000), bakım verenlerin yaşantılarının bakımın getirdiği güçlüklerden etkilendiğini, yaşantıları kısıtlanan ve kendine zaman ayıramayan bakım verenlerin yaşlıya bakma konusunda istekli olmayacakları için pek çok sorunun yaşanabileceğini belirtmektedir (8). Ersoy ve Arpacı (2001) tarafından Ankara'da aile ortamında yaşlı kaynanalarına bakan gelinlere ilişkin yapılan bir araştırmada, yaşlı bakımında gelinlerin en çok karşılaştığı sosyal sorunun, evde yaşlı olduğu için gelinin sosyal faaliyetlere katılamaması ve bu durumun onu olumsuz etkilemesi olarak belirtilmiştir (6). Bakım yükü olan bakım verenlerin, desteklenerek bakım yükünü ailedeki diğer üyelerle paylaşması, gündüz birkaç saatliğine yaşlıyı bırakabileceği ya da yaşlının evden çıkamayacağı durumlarda evde destek verilerek bakım vereni dinlendirecek bakım sistemlerine gereksinim olduğu ve kendine vakit ayırabilen bakım verenin yaşlıya daha istekli ve nitelikli bakım sunabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bedensel sağlığının bakım vermeye bağlı olarak etkilenme durumu incelendiğinde, Akça (2003) bakım verenlerin %22.5'nin bedensel sağlığının etkilendiğini ve çeşitli sağlık yakınmaların görüldüğünü belirtmektedir (13).

Çalışmamızda bakım yükü olmayanlara (%20) göre, bakım yükü olanların daha yüksek yüzde ile yaşlıya bakmanın beden sağlığını etkilediğini (%49) bildirmişlerdir. Bakım yükü olanların yarıdan fazlası (%57.1) sağlık yakınması olduğunu ifade ederken, bakım yükü olmayanların yaklaşık 2/3'si (%70.0) sağlık yakınması olmadığını belirtmişlerdir. Bakım yükü olan ve sağlığını "iyi" olarak algılayanların yüzdesi (%59.2), bakım yükü olmayanlara göre (%65.0) daha düşük; bir başka yönüyle bakım yükü olan ve sağlığını "kötü" olarak algılayanların yüzdesi (%14.3), bakım yükü olmayanlara göre (%10.0) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 21). Yapılan çalışmalarda genellikle yaşlıların sağlık algısı değerlendirilmiş olup, bakım verenlerin sağlık algılarının değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte, çalışmamızda yaşlı bakımının bakım verenin sağlık algısı ve yakınmaları gibi objektif bakım yüküne neden olduğu saptanmış ve literatürle uyumlu bulunmuştur (13,31,67). Bakım yükü olan bakım verenlerin sağlığını "kötü" (%14.3) olarak algılamalarının bakım yükü nedeniyle olabileceği ve bakım yükünün sağlık algısını olumsuz yönde etkileyebileceği, sağlık algısı iyi olmayan bakım verenlerin yaşlı bakımında daha fazla güçlük yaşayabilecekleri düşünölmektedir.

Çeşitli sağlık sorunları ve GYA'de bağımlı olan yaşlıya sürekli bakmak, tüm bakımı yüklenen bakım vereni olumsuz yönde etkiler. Özellikle yaşlının mental bir sorunu varsa, bakım verenin kişisel ve duygusal açıdan çok büyük stres yaşayacağı ve ileride çeşitli hastalıklara yakalanabileceği bildirilmektedir (35,133).

Çalışmamızda da bakım yükü olmayanlara göre, bakım yükü olanlar daha yüksek yüzde ile herhangi bir hastalığının olduğu (%69.4) ve depresyon/anksiyete ilacı aldıkları (%22.4) saptanmıştır (Tablo 21).

Obrien (2006) uzun süre evde bakımda stresin, bakım verenin sağlığına enfeksiyon hastalıkları, depresyon, uyku bozuklukları, erken yaşlanma ve yüksek mortalite hızı gibi pek çok olumsuz etkisi olduğunu bildirmektedir Bu nedenle bakım verenlerin kendi sağlıklarını ihmal etmemelerinin öneminden de söz etmektedir (163). Bakım verenlerin sağlığı ile ilgili başka bir çalışmada, bakım verenlerin çeşitli sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabileceği, bu nedenle diğer bireylere bakım sağlamanın bakım verenin bedensel, ruhsal ve mental sağlığına etkileri bilinmelidir denilmektedir. Bakım vermenin mortalite, hastaneye yatış oranında artış, baş ağrısı, gastro-intestinal sorunlar, uykusuzluk, kalp hastalıkları riski ve genel sağlığın bozulma oranının artması gibi bedensel etkileri; depresyon, anksiyete, stres/yük, suçluluk, suisid gibi mental etkileri; yaşlı ve kendine kızgınlık, aktivite ve arkadaşlardan sosyal izolasyon, konsantrasyon bozukluğu, alkol ve madde kullanımı şeklinde ruhsal etkileri üzerinde durulmaktadır (164).

Yapılan araştırmalarda bakım verenlerde %60-70 oranında stres ve tıbbi ya da psikiyatrik durumların gelişebildiğini; yaşlı bakımı sırasında depresyon, stres ve izolasyon deneyimledikleri ve fiziksel zorlanma, hastalıklar, psikotropik ilaç kullanımının görölme oranının arttığı bildirilmektedir (147,165). İnfomal bakım veren kadınların erkeklerden daha çok bedensel sağlığın bozulmasından ve emosyonel stresten yakındıkları bildirilmektedir (160,166). Bir başka çalışmada, aile bakım verenlerin stres ve tükenmişlik yaşadığı durumlarda bakım güçlüğu ile karşılaşabilecekleri vurgulanmaktadır (167). Diğerlerine göre, bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu ve yaşıtlarına göre bakım verenlerin sağlığını anlamlı derecede “kötü” olarak değerlendirdikleri (131), bakım verenlerde depresyon ve anksiyete semptomlarının iki kat fazla olduğu rapor edilmektedir (114,168).

Bakım yükü olmayanlara göre, bakım yükü olanların uyku kalitesini “kötü” (sırasıyla %5.0 ve %20.4) olarak algıladıkları ve uyku ilacı kullandıkları (sırasıyla %5.0 ve %16.3) saptanmıştır (Tablo 21). Buna göre, yaşlıya bakmanın bakım verenlerin uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve ilaç kullanımına neden olduğu söylenebilir.

Yaşlıya bakmanın sağlık kontrollerine etkisi değerlendirildiğinde, bakım yükü olan (%91.8) ve olmayanlar çoğunlukla (%90.0) yaşlıya bakmanın sağlık kontrollerine engel olmadığını bildirmişlerdir. Wills (2008), yaşlıya bakmanın bakım verenlerin sağlık kontrollerine engel olmadığını bildirmektedir (165).

Erişkin aşılmasında, özellikle yaşlıların aşılması çoğunlukla göz ardı edilmektedir (169). Erişkinlerde aşuların az uygulanmasında, aşı ile önlenebilen hastalıkların öneminin yeterince anlaşılmasının rolü olduğu düşünülmektedir. ABD'de influenza aşısının 65 yaş üstü tüm yaşlılara rutin olarak uygulanması önerilmesine karşın, aşılama oranlarının %10-40 civarında olduğu ve bu ülkede yılda 50.000 ile 70.000 arasında değişen sayıda erişkinin pnömokok infeksiyonu ve influenza nedeniyle öldüğü bildirilmektedir (170). Oysa bu iki hastalığa karşı kullanılacak ve koruyuculuk oranı yüksek aşular bulunmaktadır. Dolayısıyla erişkinde bağışıklama, gerek birey ve toplum sağlığı gerekse önlenebilir hastalıkların yol açacağı işgücü kaybı nedeniyle son derece önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (171,172). Yaşlılarda aşı ile sağlanabilecek bağışıklık %30-40 oranına düşmesine karşın, aşılama oranlarında influenza infeksiyonu daha hafif seyretmekte ve hastalığa bağlı morbidite, mortalite belirgin derecede azalmaktadır (171).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control of Prevention-CDC), 65 yaş ve üzerindeki herkese kontrendikasyon olmadıkça yılda bir kez influenza aşısı; 65 yaş ve üstünde bağışıklık yetmezliği olmayan herkese pnömokok aşısı; on yılda bir kombine tetanoz-difteri aşısını (Td) önermektedir (173). Bakım verenler ile yakın ilişki içinde olmak bir risk faktörü olduğu için influenza aşısı ayrıca sağlık personeline, yüksek riskli kişilere ve aile bireylerine de önerilmektedir. Altmış beş yaş ve üzeri bireylerin yanı sıra, ailedeki diğer sağlıklı kişilerin (hastalığı bulaştırma riskinin giderilmesi açısından) ve özellikle influenza virusu komplikasyonları açısından risk taşıyan yaşlı ile yakın temasta olan aile birey(ler)inin yılda bir kez aşılmasını önerilmektedir (174,175,176,177,178). Enfekte kişiler, klinik veya subklinik olarak influenza komplikasyonları açısından yüksek risk taşıyan kişilere virüsü taşıyabileceğinden, bu kişilere bakım veren kişiler

aracılığıyla influenza bulaşması ve buna bağlı ölümlerin azalmasını sağlayabilecektir (174).

Çalışmamızda bakım verenlerin, toplamda yalnızca %13'ünün ve bakım yükü olanların daha yüksek oranda (%14.3) olmak üzere aşı yaptırdığı belirlenmiştir. Literatürde yaşlının bağışıklanma durumuna ilişkin fazla bir çalışma olmadığı görülmektedir. Bakım verenlerin bağışıklık durumunu belirlemeye yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından, çalışmamızın bakım verenlerinin bağışıklanma durumunu ortaya koyan ilk çalışma olduğu düşünülmektedir.

5.7. Bakım Vereninin Yaşlıya Bakım Verilecek Yerlere İlişkin Görüş ve Önerileri

Türkiye'de yaşlı bakımında hem yaşlı hem de bakım veren kurum bakımı yerine, kendi ev ortamında bakılmayı ve bakmayı tercih etmektedir. Bilgili (2000), bakım verenlerin neredeyse tamamının yaşlı bakımı için bildikleri tek hizmet kurumunun huzurevi olduğunu ve huzurevi konusunda olumlu düşünmediklerini, kendi yakınlarının bakımı için uygun görmediklerini, yaşlıya başka ne tür kurumlarda bakılabileceğinin araştırılması gerektiğini bildirmektedir. Ayrıca bakım verenlerin görüşmeler sırasında "*yaşlının huzurevine atılması*" ifadesini kullandıkları, çocuklarını yaşlı bakımında geleceğin garantisi olarak gördükleri ve hiçbir huzurevinin ne kadar lüks olursa olsun aile ortamının yerini tutmayacağını söyledikleri belirlenmiştir. Bazıları ise, huzurevleri iyi düzenlenirse yaşlıların buralarda kalabileceğini, ancak yaşlısını böyle bir yere gönderme taraftarı olmadıklarını belirtmişlerdir (8). Akça (2003) da benzer şekilde, bakım verenlerin yarıya yakınının yaşlandığında "kendi evinde çocuklarının desteğiyle" yaşamak istediklerini, kendi evinde çocukları tarafından bakılmak isteyen bakım verenlerin tamamının yaşlı bakımını isteyerek üstlendiklerini bildirmişlerdir (13).

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğu yaşlıya en iyi "evde" bakılacağını (%89.9), yalnızca %10.1'i kurumda/huzurevinde bakılabileceğini, yarıdan fazlası (%62.3) yaşlandığında gerekirse huzurevine gideceğini ve %17.4'ü ise mecbur kalmadıkça huzurevine gitmek istemediklerini bildirmişlerdir (Tablo 22 ve Tablo

25). Diğer çalışmalar ve çalışmamızın sonuçlarına göre, Ülkemizde yaşlı bakımında evde bakımın önemli bir tercih nedeni olduğu, kurum bakımının tercih edilen bir bakım modeli olmadığı, buna ilişkin olumsuz düşüncelerin olduğu, ancak yaşlının çocuğu ve bakacak kimsesi olmadığında son çare olarak başvurulacak bir yer olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Bu açıdan kendi evinde yaşayan, ancak bakım sorunu olan yaşlılarımızın huzurevi gibi kurumlara yerleştirilmesi yerine, kendi ortamında yaşamasını sağlayacak kamusal bakım ve destek hizmetlerinin ya da evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi önemli görünmektedir.

Diğer yandan kurum bakımının pahalı olması ve bakıma gereksinim duyan bireyi toplumsal hayattan soyutlaması gibi nedenler, günümüzde evinde ve yakın çevresinde bakıma olanak sağlayacak informal destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını gerekli kılmaktadır (52). Evde bakımın; bakım gereksinimi olan bireylere kendi ortamında daha bağımsız yaşama olanağı sunması, birey ya da hastanın kendini saygın hissettiği bir ortamda sevdikleri ile yakın iletişim içinde olması, daha hızlı iyileşmesini ve bağımsızlığını kazanması, bakım sorumluluğunun aile üyelerinin üzerinden alınmasıyla iş ve sosyal yaşamlarının kısıtlanmaması, evde bakımın hastane ile kıyaslandığında maliyetin daha düşük olması, bakım verenlerin tükenmişlik yaşamalarını engellenmesi gibi avantajları bulunmaktadır (32,54,179,180).

Çalışmamızda evde bakımın avantajları değerlendirildiğinde; bakım verenler tarafından “yaşlının rahat edeceği (%46.4)”, “evde yaşlıyla daha rahat ilgilenileceği (%20.3)”, “bakım verenin daha huzurlu olacağı ve yaşlıya daha temiz bakılacağı (%13.0)”, “yaşlı evde gözünün önünde olacağı için daha huzurlu olacakları (%4.3)” ve “yaşlının evde bakımla aile ortamından kopmayacağı (%2.9)” düşünülmektedir. Başka çalışmalarda da, yaşlıların evde bakımı tercih ettikleri (%63.1), evde bakımı tercih etme nedeni olarak aile üyelerinin yanında bulunmayı (%86.5) göstermektedirler (29,38).

Yaşlının evde bakımı, sosyal hizmet anlayışı çerçevesinde, öncelikle devletin yükümlülüğünde, birinci basamak sağlık hizmetleri ve sağlık güvencesi kapsamında

sunulması gereken bir sağlık hizmeti olduğu unutulmamalıdır (181). Bu hizmetin sadece parası olan bireylerin değil, gereksinimi olan tđm yaşılı bireylerin ulaşacağı bir hizmet olarak sunulması önemlidir. Pek çok Avrupa đlkesinde evde bakım hizmetleri ücretsiz sunulmaktadır (38). Ayrıca evde bakım hizmeti, hastanede uzun süreli bakım ve kurumsal bakımın alternatifi olarak düşünölerek đlke koşulları doğrultusunda sağlık güvencesi kapsamına alınması da düşünölmalıdır (181). Bu bağlamda, geçmiş yıllarda yaşıya evinde hizmet vermek amacıyla Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından (1994) bakacak kimsesi olmayan yaşıllara kendi evlerinde eğitilmiş yardımcılarla bakma olanağını sağlayan bir projeyi uygulamaya konmuş, ancak bu proje yaygın hale getirilememiştir (134). Đlkemizde 2008 yılı itibariyle pilot çalışma olarak bazı devlet hastanelerin, belediyelerin, sivil toplum kuruluşlarının ve valiliklerin (182,183,184,185,186,187,188,189) yaşıllara yönelik evde bakım hizmeti vermeye başladıkları, ancak evde bakım hizmetlerinin yaşıllara kamu hizmeti olarak halen ulaştırılmadığı ve yaygınlaştırılmadığı görölmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin 1/3'ünden fazlasının (%37.7) yaşının yataklak olmasını ve yaşıya sürekli bakıldığında bakım verenin zorlanmasını (%30.4) evde bakımın “dezavantajı” olarak gördükleri belirlenmiştir.

Günümüzde gelişmiş đlkelerde bile yaşılı bakımında sorunlar yaşandığı (8) ve sorunların çözümlenmesi için yaşılı köyleri, yaşılı apartmanları, bakımevleri, huzurevleri, evde bakım hizmetleri gibi değişik yaklaşımların gündeme geldiği vurgulanmaktadır (47,53,180). Yaşılı kreşleri ve gündüz bakımevleri ise bu noktada bakım verenlerin ve yaşılı bakım sorunlarının azaltılmasında alternatif bir yol gibi görünmektedir. Yaşılı bakımında her sağlık hizmetinde olduğu gibi tek bir hizmet modeli yerine alternatifler oluşturulması ve bu bağlamda gündüz bakım evleri gibi alternatiflere gereksinim duyulduğu vurgulanmaktadır (181).

Çalışmamızda bakım verenlerin %58.0'inin yaşıllarını gerektiğinde bırakabilecekleri bir gündüz bakım evinin olmasını istedikleri saptanmıştır (Tablo 26). Bakım verenlerin işlerini kolaylaştırmada bir alternatif olarak gündüz bakım evlerinin olmasını istemeleri literatürle uyumlu bulunmuştur (52,180,181).

Bakım verenlerin yaşlı bakımına ilişkin görüş ve önerileri incelendiğinde, yaşlıların çocuğa benzediği, iyi davranılması ve incitilmemesi gerektiği (%11.6); yaşlıya bakmanın sabır işi olduğu (%10.1) ve gençlerin de yaşlanacağını bu nedenle büyüklerine bakması gerektiği (%10.1), yaşlıya yakın oturulmasını (%8.7) ve yaşlılara çocuklarının bakmasının gerektiğini (%4.3) bildirmişlerdir (Tablo 27). Ülkemizde yaşlılar ve onlara bakım verenler, yaşlı bakımında yaşlının ya da bakım verenin evini tercih etmektedir. Evde bakım sırasında yaşanan güçlükler nedeniyle bakım verenlerin gündüz bakım evi, yaşlı kreşi gibi alternatif bakım modellerine gereksinim duydukları, bununla ilgili farkındalık oluşmaya başladığı ve genel olarak yaşlılara iyi davranılması, sabırlı olunması, çocukların yaşlılarına bakması gerektiği ve yaşlıya yakın oturularak yaşlının bakım sorunlarını çözebileceklerine inandıkları düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonucu olarak 65 yaş ve üzerindeki bireylere primer bakım verenlerin kadın olduğu saptanmıştır. Kadınların yaşlı bakımı sırasında “yaşlının çok konuşması/karışması”, “banyo yaptırma” ve “bakım vereninde yaşlı olması” durumunda güçlük yaşamaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinde “bağımsız” ve aletli günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı yaşlıların bakımında bakım verenlerin “hafif” ve “orta düzeyde” bakım yükleri olmasına karşın, demanslı yaşlılarda bakım yükleri artmaktadır. Bakım verenler aynı zamanda yaşlılarına evde bakım vermek ve işleri olduğunda yaşlılarını bırakabilecekleri gündüz bakım evleri gibi olanakların sağlanmasını istemektedirler.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlılık ve bakım sorunlarının artışı göz önüne alındığında; yaşlı bakımında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde “toplum temelli yaşlı bakımı” anlayışının benimsenerek yaşlılara evde bakım hizmeti verilmesi ve bu bağlamda yaşlılar ile onların bakım verenlerine bu hizmetin bir kamu hizmeti olarak sunulması,

- Bakım verenlerin gereksinimleri, bakım yükleri ve diğer sorunlara ilişkin hemşireler ve topluma dayalı bakım hizmetinde yer alan sağlık personelinde farkındalık oluşturulması; bakım verenlerin eğitim ve bilgi gereksinimlerini karşılamaları, bakım yükü olan bakım verenlerin saptanarak izlenmesi,

- Yaşlı Sağlığı Hemşireliği dersinde, bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ile bakım yükleri konularına yer verilmesi,

- Hemşirelerin, bakım verenlerin bakım yüklerini belirleyebilmeleri için Türk toplumuna uygun alternatif değerlendirme araçların geliştirilmesi,

- Diğer araştırmacılara, çalışan bakım verenler ya da yatağa bağımlı yaşlılara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesine ilişkin araştırılmaları planlamaları,

- Hemşirelerin, bakım yükü olan bakım verenler ile primer bakım verenleri desteklemesi, bakım verenlerin genellikle kadın olması durumunda aile içinde bakım sorumluluğunun eşler (erkek) ve yaşlının diğer çocukları, yakınları ile eşit paylaşımı ve diğer konularda destek gruplarının oluşturulması,

- Bakım verenlerin bakım yükünü azaltma noktasında gündüz bakımevi, yaşlı kreşi gibi gündüz hizmet verecek alternatif bakım merkezlerinin açılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gökdoğan F (2007) Ülkemizde Yaşlıların Evde Bakım İhtiyacı Nasıl Belirlenmeli?, 6. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 21-23.
2. _____(2005) Birinci Uluslararası Bakım İstanbul Deklerasyonu, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Özürlülük Araştırmaları ve İstatistik Dairesi Başkanlığı. Özveri Dergisi, 3.Sayı.
3. Terakye G, Güner P (1997) Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem: Yaşlılık, Kriz Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 2, sf: 95-103.
4. Konak A, Çiğdem Y (2005) Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 29, No:1, sf: 23-63.
5. Erdil F, Çelik S, Baybuğa M (2004) Yaşlılık Ve Hemşirelik Hizmetleri, Yaşlılık Gerçeği Kitabı, Gebam Yayınları, 57-79.
6. Adak N (2003) Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları: Kadınlar, Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Aile ve Toplum Dergisi, Sayı:6, Cilt:2, sf:74-82.
7. Akın B, Emiroğlu O. N (2002) Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobiliteye Bağlı Yetiyitimi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, sf: 3-5.
8. Bilgili N, Kubilay G (2000) Yaşlı Bireylere Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

9. Dimond M (1995) Older Women's Health, Catherine Ingram Fogel ve Nancy Fugate Woods (Edit by), Women's Health Care, Sage Pub., London, <http://proquestumi.com/pqdweb>, 03.07.2007.
10. Bahar A, Parlar S (2007) Yaşlılık ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:4.
11. Lynch J (2007) The Cycle of Relocation: One Family's Experience With Elder Care, Topics in Advanced Practice Nursing eJournal, <http://www.medscape.com/viewarticle/549625?src=mp>, erişim tarihi: 23.05.2008.
12. Care for Caregivers, <http://www.careguideathome.com/index.php>, 10.10.2006.
13. Akça N (2003) 65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Erciyes Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
14. Dönümcü Ş (2003) Yaşlıya Götürülen Sosyal Hizmetlerin Organizasyonu, 2. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yasligoturulansosyalhizmet.doc>, Erişim tarihi: 21.06.2008.
15. Bekaroğlu M (1990) Çekirdek Aile Gerçeği ve Yaşlılık, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, Ankara, 279-284.
16. Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Sıddıqı Z, Uluç F, Ülger Z, Yılmaz Ö (2002) Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesinde Sakarya Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması, Türk Geriatri Dergisi, sf: 97-103.

17. Gökdoğan F, Kır E, Alpteker H, Can S (2005) Bolu Valiliği Yaşlı Sağlığı Hizmetlerini Geliştirme Projesi Raporu, sf: 72-73.
18. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G (2005) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:227-239
19. Abrams RC, Teresi JA, Butin D. N (1992) Depression İn Nursing Home Residents. Clinic Geriatri Medical; 8: 309-322.
20. Kurtoğlu D, Rezaki M (1999) Huzurevindeki Yaşlılarda Depresyon, Bilişsel Bozukluk ve Yeti Yitimi, Türk Psikiyatri Dergisi, Sayı: 10(3).
21. Altınyollar H, Biçer O, Afşar O (2001) Yaşlılık ve yaşlılık sorunları, 7.Ulusal Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özet Kitabı.
22. Rathe R (2003) İnformal Caregivers Results of 2002 Survey, Presentation at the 2003 Outreach/Case Managers Conference, <http://www.ndsu.edu/sdc/presentations/downloadppt/032803rathge.ppt>, Erişim tarihi: 23.08.2007.
23. Feinberg LF, Pilisuk TL (1999) Care Givers: Survey Of Fifteen States' Caregiver Support Programs. Final Report. San Francisco (CA): Family Caregiver Alliance.
24. Mathur A, Moschis G (1999) Exploring the Intergenerational Caregiver Market A Study of Family Care Providers for The Elderly, Journal of Marketing Theory and Practise, Statesboro, pg: 76-86.
25. Gopalan N, Brannon L (2006) İncrasing Family Member's Appreciation of Family Caregiving Stres, The Journal of Psychology, 140(2), pg: 85-94.

26. Gerritsen J. C (2008) Age and Aging: The Development of Caregiving Burden Scale, Findarticles.com, pg: 1-10.
27. Bilgili N (2006) Yaşlı Bireye Bakım Verenlerin Evde Yaşadıkları Sorunlar, 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 87-91.
28. Seyyar A (2005) Dünya’da Ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri, Öz Veri Dergisi, 2(1), Sf: 377-503.
29. Aksayan S, Cimete G (1998) Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri, I. Ulusal evde bakım Kongresi, İstanbul.
30. Altun İ (1998) Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul.
31. İnci F. H, Erdem M (2006) Bakım Verme Yüğü Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
32. Karahan A, Güven S (2002) Yaşlılıkta Evde Bakım, Geriatri Dergisi, Cilt:5 (4), 155-159.
33. Ateşkan Ü (2008) Geriatrik Aciller, Erişim tarihi: 11.02.2008, www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/egitim/hit.asp?id=4.
34. Karen S, Beck C, Marren J (2006) Family Caregivers: Caring For Older Adults, Working With Their Families, American Journal of Nursing, Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Volume 106(8), pg: 40-49.

35. Küçükgüçlü Ö (2004a) Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
36. Öz F (2002) Yaşamın Son Evresi Yaşlılığı Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme, Kriz Dergisi, sf: 17-29.
37. Aksüllü N, Doğan S (2004) Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki, Anatolian Journal of Psychiatry, Sayı: 5, sf: 76-84.
38. _____Sağlıklı Nesiller Derneği (2005) Avrupa'da Evde Bakım Hizmetleri, Sağlıklı Nesiller Derneği Araştırma Grubu Raporu.
39. Oğlak S (2008) evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası: demografik değişim ve yaşlı nüfusun artışı, İskenderun belediyesi kültür yayınları-6, sf: 38-40.
40. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm>, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması TNSA 2003 Raporu, Erişim tarihi: 10.07.2006.
41. Fadiloğlu Ç, Yürekli A, Yılmaz D (1992) Toplumdaki Yaşlıların Psiko-Sosyal Yönlerinin İncelenmesi, sf: 1-11.
42. Onat Ü (2004) Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler, Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma, GEBAM Yayınları, Sf: 93-97.
43. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu A (2004) Dünyada Ve Türkiye'de Yaşlı Nüfus Eğilimi Sorunları Ve İyileştirme Önerileri, Türk Geriatri Dergisi 7 (2): 105-110.

44. Karabulut Ö, Başalan F (2002) Yaşlılarda Yaşam Kalitesi, Hemşirelik Forumu, 5(6): 51-53.
45. Ekici B, Özdemir S (2004) Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Evde Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt: 6, sf: 27-34.
46. Gökdoğan F, Yıldırım Y, Ayhan F, Alpteker H, Ocak Z, Can S, (2008) Bir Yaşlı Merkezine Kayıtlı Yaşlıların evde bakım Gereksinimleri, 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi, sf:147.
47. Danış Z (1997) Toplum Temelli Bakım Anlayışı, Özveri Dergisi, Sayı: 3, TC Başbakanlık Özürlüler Dairesi- Özürlülük Araştırmaları ve İstatistik Dairesi Başkanlığı, <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm>, Erişim tarihi: 2008.
48. Wang yun C, Chung min H, Lai kuan L, Chou chih C, Kao S (2004) Preferences of The Elderly and Their Primary Family Caregivers in The Arrangement of Long-Term Care, Journal of The Formosan Medical Association, Vol: 103, No: 7, pg: 533-539.
49. Danış Z (2005a) Toplum Temelli Bakım Anlayışı, Özveri Dergisi, sayı: 3.
50. Danış Z (2005b) Yaşama Derinden Bir Kucak, Türk Geriatri Vakfı Yayınları, sf: 30-33.
51. Danış Z (2006a) Küreselleşme Sürecinde Toplum Temelli Bakım Anlayışı ve Sosyal Hizmet: Türkiye örneğinde Bir Bakım Modeli Önerisi, Uluslar arası Sosyal Hizmetler Sempozyumu Kitabı, Antalya.

52. Danış Z (2006b) Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonunda Sosyal Hizmet Uzmanının Ekip İçerisindeki Sorumluluğu, 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 111-115.
53. Danış Z (2004) Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri İle Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri: Başarılı Yaşlanma Ve Yaşlı Bakım Modelleri, Sosyal Hizmet Dizisi.
54. Danış Z (2008) Evde Bakımda Özel Gruplar: Yaşlılar ve Sosyal Hizmet, 2. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı, sf: 117-124.
55. Varlık M (2008) Evde Bakım Hizmetlerinin Sağlık Ve Sosyal Sistemimize Entegrasyonu İçin Stratejiler, 2. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı, sf: 43-53.
56. Subaşı N, Öztekin Z (2006) Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Sf: 19-31.
57. _____(2002) TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Sağlığı Kitabı, Pelin Ofset, sf: 7-8, Ankara.
58. Aydemir Ç (1999) Türkiye’de Yaşlı İntiharları, Kriz Dergisi, sf: 21-27.
59. Akdemir N, Yurtsever S, Özer Z (2004) Evde Bakım Gereksinimi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, sf: 272-281.
60. Toseland R, W, Smith G (2001) Family Caregivers of the Frail Elderly, Hand book of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations, Colombia University Pres.

61. Ekwall A, K (2007) The Association Between Caregiving Satisfaction, Difficulties And Coping Among Older Family Caregivers, Journal of Clinical Nursing, pg: 832-844.
62. Altın M (2006) Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, sf: 1-18.
63. Cingil D (2003) Aile İçi Bakım Vericileri Eğitimcinin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
64. Yoon H (2003) Factors Associated With Family Caregivers Burden And Depression In Korea, International Journal Of Aging And Human Development, Vol: 57(4), Sf: 291-311.
65. Dramalı A, Demir F, Yavuz M (1998) Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı.
66. Wilkonson P (1997) A Long Term Follow Up Of Stroke Patients, Stroke, Vol: 28, No: 3.
67. Uğur Ö (2006) Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
68. Mc Corkle R, Grant M, Frank S. M, Baird S (1996) Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook, W.B. Saunders Company, Philadelphia.

69. Lawton, M. P, Brody, E. M (1969) Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living, *The Gerontologist*, Vol: 9, No: 3, pg: 86-179.
70. Remennick L (1999) Women Of The Sandwich And Generation And Multiple Roles: The Case Of Russian Immigrants Of The 1990s İn Israel, *Sex Roles*, March 347-378, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, Erişim tarihi: 20.04.2007.
71. Gönen E, Hablemitoğlu Ő (1993) Toplumsal DeđiŐme S¼recinde Aile: Yapı, EtkileŐim ve İŐlevleri. A.¼.Z.F (Ev Ekonomisi) Yayınları: 1284, Derlemeler: 55, Ankara ¼niversitesi Baskı Ofset ¼nitesi, Ankara.
72. G¼ven S, Hazer O (2000) ¼lkemizde Evde Bakım Sistemlerinin Aile ve Yaşlılık Açıısından Gereği, ¼nemi ve Bu Konuda Ev Ekonomistlerinin Yeri, *Ev Ekonomisi Dergisi*, sf: 6-7.
73. Pierce L. L, Steiner V, Hicks B, Holzaepfel A L (2006) Problems of New Caregivers of Persons With Stroke, *Rehabilitasyon Nursing*, July-August31(4), 166-173.
74. Feldman F. H, Waliser M. N, Gould D. A, Levine C (2002) When the Caregiver Needs Care: The Plight Of Vulnerable Caregivers, *American Journal Of Public Health*, pg. 409-413.
75. Pavalko E, Woodbury S (2000) Social Roles as Process: Caregiving Careers and Women's Health, *Journal of Health and Social Behavior*, 91-105, <http://proquest.umi.com/pqdweb> 14.6.2001.
76. Family Caregivers, <http://www.geronurseonline.org/index>, 23.07.2006.

77. Seyyar A (2005) Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri, Öz veri Dergisi, 2 (1), sf: 377-503.

78. Cooney, Rosemary ve Di Juxin (1999) Primary Family Caregivers of İmpiared Elderly in Shangai, China, Research on Aging, Beverly Hills; Nov, 739-761, [http://proquest.umi. Com / pqdwebl 4.6.2001](http://proquest.umi.Com/pqdwebl4.6.2001).

79. Krause, A. M, Haverkamp B. E (1996) Attachment in adult child-older parent relationship: Research, theory, and Practise, Journal of Counseling, 75: pg: 83-92.

80. Leppa C, J (1995) Women as Health Care Providers, Catherine Ingram Woods ve Nancy Fugate Woods (Edit by), Women's Health Care, Sage Pub. London, pg: 23-31.

81. http://www.habertek.net/article.php?article_id=2417, Yaşlılara Gelinleri ve Oğlu Bakmalı, Erişim tarihi: 01.04.2008.

82. _____(2002) National Profile of Family Caregivers in Canada, Final Report, pg: 1-38.

83. <http://www.boluozelidaresi.gov.tr/content2.asp?id=73>, Bolu İl Gelişme Planı-2003, Erişim tarihi: 12.07.2006.

84. <http://www.bolu.saglik.gov.tr/>, Nüfusun Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı, Erişim tarihi: 03.07.2008.

85. http://www.baskent.edu.tr/~matemel/courses/ornekleme_notlari.doc, Örneklem Seçimi ve Hesaplaması, Erişim tarihi: 20.10.2006.

86. <http://www.80.251.40.59/education.ankara.edu.tr/aksoy/eay/mkaratay.doc>, Mahmut Karatay, Araştırmada Örneklem, Erişim tarihi: 20.10.2006.

- 87.** http://www.akademikdestek.net/kutuphane/anket_evren_orneklem/an_ev_or_dosyalar/orneklem1.doc, Örneklem Büyüklüğü, Erişim tarihi: 20.10.2006.
- 88.** <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/IOLTP/2294/unite03.pdf>, Örnekleme, Erişim tarihi: 20.10.2006.
- 89.** _____ (2004) National Alliance for Caregiving, AARP. Caregiving in the U.S, Washington, DC: Author, http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=1822.
- 90.** Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W (2007) Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East, BMC Public Health, Vol:7(147), pg:177.
- 91.** Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N (2005) Self-Rated Health İn Pakistan: Results Of A National Health Survey, BMC Public Health., Vol: 5(1), sf: 51.
- 92.** <http://patienteducation.stanford.edu/research/generalhealth.html>, Self-Rated Health, Erişim tarihi: 10.06.2006.
- 93.** Katz S (1983) Assessing Self-Maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living, Journal of the American Geriatrics Society, Vol: 31, No: 12, pg: 721–727.
- 94.** <http://www.academyhealth.org>, Informed By Research Long-Term Care: Activities Of Daily Living, Erişim tarihi: 11.06.2007.
- 95.** Şahbaz M, Tel H (2006) Evde yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu ile Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Türk Geriatri Dergisi, Cilt: 9 (2):, sf: 85-93.

- 96.** Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F (2002) Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, sayı: 3(4), sf: 273-281.
- 97.** Ertan T, Eker E, Güngen C, Engin F, Yaşar R, Kılıç G, Özel S (1999) The Standardized Mini Mental State Examination for İlliterate Turkish Elderly Population, 2th International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders, August 28-30 1999, Kirazlıyayla, Bursa, Türkiye.
- 98.** Maral I, Aslan S, İlhan M. N, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin M. A (2001) Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(4), sf: 251-259.
- 99.** Yoldaşcan E, Yurdakul R. S, Adana Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, <http://www.dicle.edu.tr/~halks/yedi%209.htm>.
- 100.** Zarit S H, Reeve K E, Bach-Peterson, J (1980) The Burden Interview, The Gerontologist 20:649-655, Copyright: The Gerontological Society of America.
- 101.** <http://www.gwu.edu/~cicd/toolkit/caregive.htm>, Caregiver and Family Burden, Center to Improve of the Dying, Erişim tarihi: 10.06.2006.
- 102.** Novak M, Guest CI (1989) Application of a Multidimensional Care-giver Burden Inventory, Gerontologist, Vol: 29, pg: 798-803.
- 103.** Hirono N, Kobayashi, H, Mori E (1998) Caregiver Burden In Dementia: Evaluation With A Japanese Version of The Zarit Caregiver Burden Interview, No to shinke, Vol: 50(6), pg: 51-568.

- 104.** Seyyar A, Oğlak D (2004) Danimarka ve Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Bakım Hizmetleri, z-Veri Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 1, sf: 29-48.
- 105.** Arda B (2005) Sağlıklı Yaşlanma Kitabı, Başarılı ve Sağlıklı Yaşlanmanın Temel İlkeleri, sf:19-25.
- 106.** Güven S (2005) Yaşlı ve Aile, Belediyecilik ve Halk Sağlığı Sempozyum Kitabı, 71-77.
- 107.** http://www.caregiver.org/caregivers/jsp/content_node.jsp?892, FCA: Women and Caregiving: Facts and Figures, Erişim tarihi: 11.05.2008.
- 108.** <http://www.community4alifetime.org/roadmap-independence-caregiving.php>, Caregiving, Erişim tarihi: 07.04.2007.
- 109.** <http://www.hardforth.edu>, Gerontological Nursing Issues, Erişim tarihi: 2006.
- 110.** <http://www.evrensel.net/03/12/14/toplum.html>, Yaşlı Bakımında Kadın Sömürüsü, Erişim Tarihi: 11.05.2008.
- 111.** Şener A, ztop H, Güven A (2004) Yaşlı ve Aile, Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma, GEBAM Yayınları, Sf: 85-92.
- 112.** Chan, T, S. F, Lam, L. C. W, Cin, K (2005) Validation of The Chinese Version of The Zarit Burden Interview, Hong Kong Journal of Psychiatri, Vol: 15, pg: 9-13.
- 113.** Scazufca M (2002) Brazilian Version of The Burden Interview Scale For Assessment of Burden of Care In Carers of People with Mental Illnesses, Review Brasilian Psiquiatry, Vol:24 (1), pg: 12-19.

- 114.** <http://www.caregiver.org>, Family Caregiver Alliance, Erişim tarihi: 2007a
- 115.** Clark J.A, Chia V (2002) Caring for Disabled Older Adults: Ethnic Differences and Commonalities, Clinic Excellence for Nurse Practitioners, vol: 6(3), pg: 11-16.
- 116.** Akın B, Emiroğlu O, N (2003) Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yeti Yitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Geriatri Dergisi, Cilt. 6(2), sf: 59-67.
- 117.** Tuna A, Dicle A (2007) Beyin Tümörü Olan Hasta Yakınlarının Algıladıkları Bakım Yüğü Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Türk Nöroşirürji Dergisi, 2007, Cilt: 17, Ek Sayısı, sf: 183-184.
- 118.** Chien WT, Chan SWC, Morrissey J (2005) The Perceived Burden Among Chinese Family Caregivers Of People With Schizophrenia, Journal Of Clinical Nursing, pg: 1151-1161.
- 119.** Weave J, Boulton C, Morishita L (2002) The Effects Of Patient Geriatric Evaluation And Management On Caregiver Burden, Gerontologist, Vol: 40(4), Pg: 429-436.
- 120.** Freyne A, Kidd N, Coen R, Lawlor S (1999) Burden İn Carers Of Dementia Patients: Higher Levels İn Carers Of Younger Sufferers, International Journal Of Psychiatry, Vol: 14(9), Pg: 784-792.
- 121.** Bilir N (2004a) Yaşlılık ve Halk Sağlığı Yaşlılık Gerçeği, GEBAM Yayınları, sf: 11-28.
- 122.** Argon G (1992) Sağlıklı Yaşlılık ve Hemşirelik, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 3, sf: 107-115.

123. Tel H1, Tel H2, Sabancıoğulları S (2006) Evde Ve Kurumda Yaşayan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Ve Yalnızlık Yaşama Durumları, Türk Geriatri Dergisi, Cilt: 9(1), sf: 34-45.

124. Bilir N (2004 b) Yaşlanan Toplum, Sağlıklı Ve Başarılı Yaşlanma, GEBAM Yayınları, sf: 1-9.

125. Karaduman A, Yiğiter K, Aras Ö, Yakut Y (2004) Yaşlılıkta Fiziksel Bağımsızlık ve Yaşam Kalitesi, Yaşlılık Gerçeği, Gebam Yayınları, Sf:79-96.

126. Uçku R, Ergin S (1993) Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri, Toplum Hekimliği Bülteni, 14(2), sf: 1-5.

127. Çoban A, Şirin A (2005) Ailede Yaşlı Bakımı, Hemşirelik Forumu Dergisi, sf: 58-62.

128. <http://www.pegasus.evde.bakim.com/demans.htm>, 2008, Alzheimer-Demans Hastalarının Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Sendromu.

129. Schulze B, Rössler W (2005) Caregiver Burden İn Mental İllness: Review Of Measurement, Findings And İnterventions İn 2004-2005, Current Opinion İn Psychiatry, 18(6):684-691.

130. Sevinçok L (2003b) Demans Tanısı ve Tedavisi: Bir Güncelleştirme, Demans Dergisi, 1, sf: 21-29.

131. <http://www.alzheimer.gen.tr>, Alzheimer Tipi Demansın Aile ve Bakım Verenlere Etkisi, Erişim tarihi: 11.05.2008.

132. <http://www.kenthastanesi.com.tr>, Alzheimer Unutkanlık mı? Hastalık mı?, Erişim tarihi: 11.05.2008.

133. Küçükgüçlü Ö (2007b) Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Yüğü, 9. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kitabı, Sf: 337-340.

134.<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/turkiyedeyasliilar.htm>, Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlılara Verilen Hizmetler, Erişim tarihi: 13.07.2007.

135. _____ Uluslararası Eylem Planı (2002) Yaşlanma 2002, Uluslararası Yaşlanma Asamblesi, Çevirenler: Gonca Oktay Koçoğlu, Nazmi Bilir, Gebam Yayınları.

136. Call K, Finch M, Huck S, Kane R (1999) Caregiver Burden from a Social Exchange Perspective: Caring for Older People After Hospital Discharge, The Journal of Marriage and the Family, Vol: 61, No:3, pg: 688-699.

137. Matteson M A, McConnell E S, Linton D. A (2000) Gerontological Nursing Concepts And Practice, W.B Saunders Company, Philadelphia.

138. Luggen A. S, Travis S.S, Meiner S (1998) NGNA Core Curricullum for Gerontological Advanced Practice Nurses, Sage Publications, Newdelhi Publisher, Chapter: 14 (Caregiving Network), pg: 182-185.

139. Erdemir F (2008) Evde Bakımda Kalite, Hasta Güvenliği ve Etik: Yaşlı Ayrımcılığı ve Evde Bakım, 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, sf: 134.

140. Terakye G (1992) Sağlıklı Yaşlanma; Duygusal Yaşam, Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara; 41- 50.

141. Demircan S, Çalıştır B, Dereli F, Bozyer İ, Düzöz G, Turasay N, Özen S (2005) Muğla İli Abide-H. Nuri Öncüler Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşlılığa İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, 5.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 148.

142. Gökdoğan F, Alpteker H, Yıldırım Y, Ocak Z, Solmaz F, Can S (2008) Yaşlı Refakatçisi Kursuna Başvuran Ev Kadınların Yaşlılığa İlişkin Görüşleri, 7.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 208.

143. Bıyıklı K (2005) Hasta ve Yaşlı Bakıcısı, Refakatçisi Yetiştirme Kursuna Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Yaşlılık Hakkındaki Görüşleri, 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 130.

144. Dik A (2005) Yaşlanmak ve Bilgeleşmek, Hemşirelik Forumu Dergisi, Sf:91-92.

145. Gökdoğan F, Mete S (1992) Elazığ Yöresindeki Yaşlıların Günlük Yaşam Alışkanlıkları, H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı, sf: 189-198.

146. _____Devlet Planlama Teşkilatı Ulusal Eylem Planı (2007) Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, Yayın No DPT: 2741.

147. Feinberg L F (2007) İnfomal Caregivers, American Health Research, <http://www.aarhg.gov/news/ulp/ltcwork/ulpltcw5.htm>, Erişim tarihi: 13.03.2007.

148. Döventaş A (2006) Evde bakım Nasıl Uygulayalım?, 5. Ulusal Geriatri Kongresi, sf: 83-90.

149. İmamoğlu V (2006) Yaşlının Konutu Nasıl Olmalı? 5. Ulusal Geriatri Kongresi, sf: 78-86.

150. Karadeniz G (2006) Yaşlıda Evde Bakım, Göktuğ Yayıncılık, sf: 16.

151. Nolan M, Grant G (1998) Assesing The Needs Of Family Carers –A Guideline For Family Practitioners, British Journal Of Nursing, Pg: 822-826.

- 152.**Onarcan M (2008) Yaşlı Bakımında Püf Noktalar, <http://www.yaslilikrehberi.org.tr>, Erişim Tarihi: 11.05.2008.
- 153.** <http://family.jrank.org/pages/1450/sandwich-Generation.html>, Sandwich Generation Phenomenon, Erişim tarihi:13.05.2007.
- 154.** Chisholm J, F (1999) The Sandwich Generation, Journal of Social Distress and the Holmes, vol: 8, 177-191.
- 155.** Raphael D (1994) Women in the Sandwich Generation: Do Adult Children Living At Home Help?, Journal of Women And Aging, Vol: 6, pg: 21-45.
- 156.**Price C (2008) Sandwich Generation Phenomenon, <http://www.family.jrank.org/pages/1450/sandwicgeneration.html>, Erişim tarihi: 2008.
- 157.** Altıok S (2008) Kanserli ve Kronik Hastalarda Sağlık Personelinin Psikolojisi, <http://www.anh.gov.tr/index.php?>, Erişim tarihi: 11.05.2008.
- 158.**<http://www.psikolojibirliigi.com/web>, Şizofreni ve Aile Yüğü-Bir Değerlendirme, Erişim tarihi: 11.05.2008.
- 159.** Hong L (2007) Informal Caregivers For Elderly Patients With Severe Depression, <http://www.sswr.org/papers2001/313.htm>, Erişim tarihi: 01.07.2007.
- 160.** <http://www.grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-02-155.htm>, İnfornal Caregiving Research for Chronic Conditions, Erişim tarihi: 2008.
- 161.** Brangman S (2008), Alzheimer Disease: Focus on the Caregiver, <http://www.patientcarep.com/pcnp/article=396843>, Erişim tarihi: 11.05.2008.

162. Dunkin J (1998) Dementia Caregiver Burden: A Review Of The Literature And Guidelines For Assesment And İnterventions, Neurology, Pg: 53-60.

163. Obrein T (2006a) The stres of Family Caregiving: Your Health May Be at Risk, Self-Care fort he Family Caregiver, National Family Caregivers Association.

164. http://www.aarp.org/health/staying_healthy/prevention/caregiver_health.htm, Caregiver Health, Erişim tarihi: 18.04.2007.

165. Obrein J (2000b) Caring for Caregivers, Published By The American Academy of Family Physicians, December, pg: 2613-2616.

166. Gökalp P (2003) Stres, Anksiyete ve Kadın, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, Hacettepe Üniversitesi Basımevi, sf: 164-175.

167. Liess D (2004) Family Caregivers: Taking Care of Yourself, <http://www.ext.colostate.edu/pubs/columnha/ha04053.html#top>, Erişim tarihi: 09.06.2008.

168. <http://www.thefamilycaregiver.org>, Family Caregiving in Cronic İlness, Erişim tarihi: 11.05.2008.

169. Ulusoy S (2007) İmmünüzasyonun Genel İlkeleri ve Türkiye'deki Durum, 6. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 58-61.

170. Uncu Y (2003) Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım, Türk Geriatri Dergisi, Cilt: 6(1), Sf: 31-37.

171. Arman D (2007) Toplu Yaşam Yerlerinde İmmünüzasyon ve Dünyadaki Durum, 6. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 14-20.

- 172.** Ölüç F (2005) Birinci Basamakta Yaşlı Kişiyeye Yaklaşım, <http://ailehekimligi.trakya.edu.tr>, Erişim tarihi: 28.09.2006.
- 173.** Center for Disease Control of Prevention (2002), General Recommendations on Immunization, MMWR; 51.
- 174.** <http://www.cdc.gov/>, İnfluenza Vaccine, Department Of Health And Human Services, Centers For Disease Control And Prevention National Center For Immunization And Respiratory Diseases, Erişim tarihi: 2006.
- 175.** <http://www.sanofipasteur.com.tr/sanofi-pasteur-tr/front/templates/index.jsp>, Grip Aşısı için Hedef gruplar, Erişim tarihi: 2006.
- 176.** <http://www.springerlink.com/index/93547266u853170v.pdf>, İnfluenza Vaccination Program İn Elderly, Kristin L. Nicho, James Nordin, John Mu, Marika Lwane, Erişim tarihi: 2006.
- 177.** Lee C, Naguel C, Guyurech D, Duvoizin N, Schilling J (2003) Awareness Of Vaccination Status and Its Predictors Among Working People İn Switzerland, BMC Public Health, pg: 1-8.
- 178.** <http://www.infeksiyon.org>, Erişkinde Bağışıklama , Erişim tarihi: 13.05.2008.
- 179.** _____National Guideline On Home-Based Care/Community-Based Care: Advantages Of The Home- Based Care And Community-Based Care, 1-15.
- 180.** Akdemir N (2003) Evde Bakım, III. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 63-65.
- 181.** Gözüm S (2006) Yaşlı Bakımında Ülkemiz İçin Öneriler, 5. Ulusal Geriatri Kongresi, 53-55.

182. Gündoğdu H (2008) Evde Bakım Hizmet Sunumu ve Kullanımı Sağlık Bakanlığı Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Uygulamaları, 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, sf: 34.

183. Batıral S, Tanrıtanır B, Gönül Y (2008) İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Sağlık ve Hıfzısıhha Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti, 2. Ulusal evde Bakım Kongresi, sf: 36.

184. Chang W, Chung M, H, Lai K, Chou C, Kao S (2004) Preferences Of The Elderly And Their Primary Family Caregivers İn The Arrangement Of Long-Term Care, Journal of the Formosan Medical Association, Vol: 103, No: 7, pg: 533-539.

185. Selçuk A (2008) Evde Bakım Hizmet Sunumu ve Kullanımı Deneyimleri, 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Sf: 37.

186. İşbilir A (2008) Nazilli Devlet Hastanesi Evde Bakım Biriminin Çalışmaları, 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi, sf: 141.

187. Taş E, Nalbant M, Bozkır M, Yılmaz Ö, Gündoğdu M, Işık R (2008) Denizli sağlık Müdürlüğü evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu, 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, sf: 143.

188. Gökdoğan F, Alpteker H, Yıldırım Y, Ocak Z, Solmaz F, Can S (2008) Bir Yaşlı Merkezine Kayıtlı Kronik Hastalığı Olan Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, 2.Ulusal evde Bakım Kongresi Kitabı, sf: 147.

189. <http://www.bolugundem.com>, 2008, Bolu Valiliğı Yaşlı Merkezi (BOVYAM), Erişim tarihi: 19.04.2008.

BÖLÜM I
EK. I. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(YAŞLI)

Bu çalışma yaşlılık dönemi ve yaşlıya bakım verenlerin sorunlarını belirleyip çözüm önerileri getirebilmek amacıyla planlanmaktadır. Size bu konuyla ilgili olarak çok özel olmayan sorular sorulacak ve bu sorulara cevap vermeniz istenecek ardından bakım vericinize, bakımınıza yönelik sorular sorulacaktır.

Bu araştırma ile ilgili kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru ve anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmaya karar vermeniz durumunda istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım.

Bu araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

İmza

Tarih

**65 YAŞ ve ÜSTÜ BİREYLERE EVDE BAKIM VERENLERİN
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ**

EK. II. YAŞLI SORU FORMU

Bu araştırma Bolu il merkezi Semerkant Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla planlanmaktadır.

Sizlerden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Size tekrar ulaşabilmek için adınız, soyadınız gereklidir ancak gizli kalacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

İletişim ve sorular için:

Hacer ALPTEKER

e-mail: alpteker_h@ibu.edu.tr

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Dahiliye Hemşireliği Bilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Tel: 2534520

Mahalle Adı			
Cadde Adı			
Sokak Adı			
Site/Hane Adı			
Telefon No			
Evde Yaşayan Yaşlı Sayısı	() 1 () 2	1. Babaanne 3. B.Baba	2. Dede 4. B. Anne
Bakım verilen ev	() Yaşlının evi () Diğer.....	() Bakım verenin evi	

Görüşme Tarihi:/...../.....

Görüşmeci Adı Soyadı:

.....

Görüşme Sonucu:

- 1 Görüşme yapıldı
2 Reddetti
3 Görüşme yapmaya uygun kimse yok
4 Böyle bir adres yok
5 Diğer

YAŞLIYI TANITICI BİLGİLER

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Adı Soyadı:

2. Yaşı:... Doğum Tarihi:/...../.....

3. Cinsiyeti: () Kadın () Erkek

4. Medeni Durum: () Evli () Dul () Bekar
() Boşanmış () Diğer

5. Eğitim Durumu:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar/ilkokul () Ortaokul
() Lise () Üniversite () Diğer

6. Mesleği:

() Emekli () Ev Hanımı () İşçi () Çiftçi () Diğer

7. Çalışıyor mu?

() Evet/ Haftada kaç saat?.....
() Hayır

8. Sosyal Güvencesi var mı?

() Evet/ Nedir?.....
() Hayır

9. Herhangi bir geliri var mı?

() Evet/Gelir Kaynakları?
() Hayır

10. Beraber yaşadığı kişiler kimdir?

- Eşi ile Ailesi ile (eş, çocuk) Aile dışından kişiler ile
 Yalnız (geçiniz 17.soruya) Diğer.....

11. Yaşlıyla ilgileniyorlar mı? (ihtiyaçlarını karşılıyorlar mı ?)

- Evet/..... Hayır

12. Yaşadığı evin tipi nedir?

- Müstakil Apartman
 Gecekondu/ Baraka Diğer

13. Evde yaşlının kendine ait bir odası var mı?

- Evet Hayır

14. Şuanda kendisine verilen bakımdan memnun mu?

- Evet / Memnuniyet derecesi?
 Mükemmel Çok iyi İyi Orta
 Kötü
 Hayır

**EK. III. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE BAĞIMSIZLIK İNDEKSİ
(KATZ)**

AKTİVİTELER Puan (1 ya da 0)	BAĞIMSIZ (1 puan) Yardıma, yönlendirmeye ve bakıma gereksinimi yok.	BAĞIMLI (0 puan) Yardıma, yönlendirilmeye ve tam bir bakıma gereksinimi var.
Banyo yapma _____ puan	Banyoyu tamamen kendisi yapar ya da vücudun sırt, genital bölge ya da sakat ekstremiteleri gibi kısımları için yardıma gereksinimi var.	Vücudun birden fazla bölümü için yardıma gereksinimi var, banyoya getirilip götürülme ya da tam bir banyo yaptırılmasına gereksinimi var.
Giyinme-soyunma _____ puan	Giysilerini dolaptan ve çekmeden alıp giyinir, toka ve bağını bağlar. Belki ayakkabılarını bağlamada yardıma gereksinimi olabilir.	Yardımla giyinebilir ya da tamamen yardıma gereksinimi var.
Tuvaletini yapma _____ puan	Tuvalete gider, giysilerini çıkarır ve giyer, genital bölgesini yardımsız temizler.	Tuvalete giderken, temizliğinde, sürgü ya da komat kullanırken yardıma gereksinimi var.
Taşınma _____ puan	Yardımsız yatağa ya da sandalyeye oturur/ yatar/kalkar. Taşınma araçları kullanılabilir.	Yatak ya da sandalyeye oturup, kalkma, yatma için yardıma gereksinimi var; başkaları tarafından taşınır.
İdrarını / dışkısını tutamama _____ puan	İdrar ve defekasyon kontrolü tamdır ve kendisi başarabilir.	Mesane ve barsak kontrolü kısmen ya da tamamen kaybolmuştur.
Beslenme _____ puan	Yardımsız yemeği tabaktan ağzına götürür. Yemek hazırlığını bir başkasının yardımı ile yapabilir.	Beslenmede tam ya da kısmi yardıma gereksinimi var; parenteral beslenmesi gerekebilir.
<p>TOPLAM PUAN =..... 6 Puan = yüksek (hasta bağımsız hareket edebilir) 0 Puan = düşük (hasta çok bağımlı)</p>		

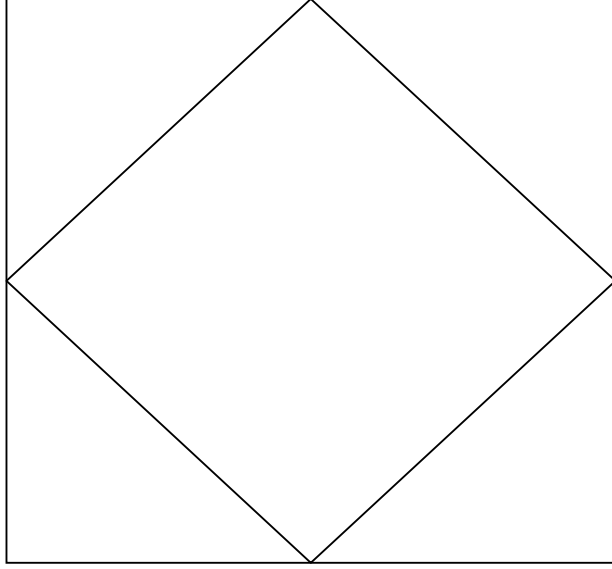
**EK. IV. LAWTON-BRODY ALETLİ GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ SKALASI (self-rated version)**

AGYA	<u>Bağımsız</u> (3)	<u>Yarı Bağımlı</u> (2)	<u>Bağımlı</u> (1)
Telefon			
Seyahat/ulaşım			
Alışveriş			
Yemek hazırlama			
Ev işi			
Çamaşır yıkama			
İlaçları kullanma			
Para kullanma			
TOPLAM PUAN =..... 0-8 puan= Bağımlı 9-16 puan= Yarı bağımlı 17-24 puan= Bağımsız			

Eğitimsizler İçin Standardize Edilmiş Mini Mental Test (SMMT-E)

Adı, Soyadı:	Tarih:	
Yaşı:		
Cinsiyet:		
Aktif kullanılan el:		
Oryantasyon (toplam 10 puan)		Puan
Hangi yıl içindeyiz?		
Hangi mevsimdeyiz?		
Hangi aydayız?		
Hangi gündeyiz?		
Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı?		
Hangi ülkede yaşıyoruz?		
Şuan hangi şehirde bulunmaktasınız?		
Şu an bulunduğunuz semt neresidir?		
Şuan bulunduğunuz bina neresidir?		
Şuan bu binada kaçınıcı kattasınız?		
(her bir madde için 1 puan verilir)		
Kayıt Hafızası (toplam puan 3)		
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.m (masa, bayrak, elbise)-20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir.		
Dikkat ve Hesap yapma (toplam puan 3)		
Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin Pazardan önce Cumartesi gelir, ondan önce ne gelir? Devam edin. (toplam 5 günü sırasıyla sayması gerekir),- her doğru için 1 puan verilir.		
Lisan (toplam puan 9)		
a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) -20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir, toplam 2 puan.		
b)Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. “ Eğer ve fakat istemiyorum ” -10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir).		
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. “ Masada duran kağıdı Sağ/sol elinize alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen ”. -30 sn süre tanınır, her bir doğru işlem için 1 puan verilir, toplam 3 puan.		
d) Şimdi yüzüme bakın ve yaptığının aynısını yapın (gözlerinizi kapatın). -Her doğru işlem için 1 puan verilir.		
e) Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin -30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir.		
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.* (1 dk süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir).		

*Lütfen arka sayfadaki şekli gösterin.



***Lütfen aşağıya şeklin aynısını çizin!**

BÖLÜM II
EK: VI. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(BAKIM VEREN)

Bu çalışma yaşlılık dönemi ve yaşlıya bakım verenlerin sorunlarını belirleyip çözüm önerileri getirebilmek amacıyla planlanmaktadır. Size bu konuyla ilgili olarak çok özel olmayan sorular sorulacak ve bu sorulara cevap vermeniz istenecek ardından bakım vericinize, bakımınıza yönelik sorular sorulacaktır.

Bu araştırma ile ilgili kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru ve anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmaya karar vermeniz durumunda istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım.

Bu araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

İmza

Tarih

EK VII.
65 YAŞ ve ÜSTÜ BİREYLERE EVDE BAKIM VERENLERİN
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ
BAKIM VEREN SORU FORMU

Bu araştırma Bolu il merkezi Semerkant Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla planlanmaktadır.

Sizlerden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

İletişim ve sorular için:

e-mail: alpteker_h@ibu.edu.tr

Tel: 2534520

Hacer ALPTEKER

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Dahiliye Hemşireliği Bilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Görüşme Tarihi:/...../..... Görüşmeci Adı Soyadı:

Görüşme Sonucu:

1. Görüşme yapıldı
2. Reddetti
3. Görüşme yapmaya uygun kimse yok
4. Böyle bir adres yok
5. Diğer

BAKIM VERENİ TANITICI BİLGİLER

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Adı Soyadı:

2. Yaşı:... Doğum Tarihi:/...../.....

3. Cinsiyeti: () Kadın () Erkek

4. Medeni Durum: () Evli () Dul () Bekar
() Boşanmış () Diğer

5. Eğitim Durumu:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar/ilkokul
() Ortaokul () Lise
() Üniversite () Diğer

6. Mesleği:

() Emekli () Ev Hanımı () İşçi () Çiftçi () Diğer

7. Sosyal Güvencesi var mı?

() Evet/Nedir?..... () Hayır

8. Herhangi bir geliri var mı?

() Evet (geçiniz 11. soruya) ... () Hayır

9. Toplam hane geliri ne kadar ? YTL/ Gelir düzeyi?

() Alt gelir () Orta gelir () Üst gelir

10. Beraber yaşadığı kişiler kimdir?

() Eşi ile () Ailesi ile (eş, çocuk) () Aile dışından kişiler ile
() Yalnız (geçiniz 17.soruya) () Diğer

Bakım Verenin Sağlık Durumu (Sağlık Algısı ve Kronik Hastalık Durumu)

11. Genel olarak sağlığını nasıl tanımlarsınız?

() Mükemmel () Çok iyi () İyi () Orta () Kötü

12. Hekim tarafından konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

() Evet/ Nedir?..... () Hayır

Yaşlı Bakımına İlişkin Sorular

13. Bu yaşlıya ne kadar süredir bakıyorsunuz?

...../ Gün...../ Hafta...../ Ay...../ Yıl

14. Yaşlıya bakma nedeniniz nedir?

() Ailevi sorumluk () Sevdiğim için/aile bağı olduğu için
() Bakacak başka kimse olmadığı için
() Evde Bakım hizmetleri olmadığı için
() Ekonomik katkısı olduğu için () Diğer

15. Yaşlıya bakma olarak yaptığınız işler nelerdir?

.....

16. Yaşlıya bakmaktan memnun musunuz?

() Evet () Hayır/ Neden?.....

17. Genel olarak uyku kaliteniz nasıl? (cevap iyi veya çok iyi ise geçiniz

19. soruya)

() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü

18. Uyumak için ilaç alıyor musunuz?

() Evet/ İlacın adı:
() Hayır

19. Depresyon ya da anksiyete tedavisi için ilaç alıyor musunuz?

() Evet/ İlacın adı:Tanı ?:

() Hayır

20. Yaşlıya bakım verirken en çok hangi konular da sıkıntı yaşıyorsunuz?

.....

21. Bakım verirken yaşlıyla iletişim sıkıntısı yaşıyor musunuz? (konuşma, anlatma, işitme..)

() Evet/ Nedir?.....

() Hayır

22. Siz olmadığınız zaman yaşlıya bakan var mı?

() Evet () Hayır

23. Yaşlıya bakma konusunda sizi dinlendirmek için yardımcınız var mı?

() Evet/ Yardım nedir?.....

() Hayır

24. Yaşlıya bakma konusunda sizi dinlendirmek için yardıma ihtiyacınız var mı?

() Evet/ İsteddiğiniz yardım nedir?.....

() Hayır

25. Kendinize vakit ayıra biliyor musunuz?

() Evet () Hayır

26. Yaşlı bakımı konusunda bilginiz var mı?

() Evet () Hayır

27. Yaşlı bakımı konusunda eğitim aldınız mı?

() Evet () Hayır

28. Yaşlı bakımı konusunda eğitime ihtiyacınız var mı?

() Evet () Hayır

29. Yaşlıya bakmak size maddi yük getiriyor mu?

() Evet () Hayır (geçiniz 30. soruya)

30. Yaşlıya bakmak sizin yaşamınızı etkiledi mi?

() Evet/ () Sosyal yaşamımı etkiledi
() Aile yaşamı etkiledi
() Beden sağlığımı etkiledi
() Hayır

31. Yaşlıya bakım vermede kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

() Yeterli () Kısmen yeterli () Yetersiz
() Kısmen yetersiz () Bilmiyorum

32. Yaşlı bakımında sizi en çok zorlayan işlem(ler) nedir?

.....

33. Yaşlıya bakmak sizin sağlık kontrollerinizi yaptırmanıza engel oluyor mu?

() Evet () Hayır

34. Bu yıl herhangi bir aşı yaptırdınız mı?

() Evet/Hangi aşılardan? () Hayır
() Grip aşısı () Pnömoni
() Tetanoz () Diğer.....

34. Yaşlıy işiniz olduğunda bırakabileceğiniz gündüz bakımevleri olmasını ister misiniz?

- () Evet/ Öneriniz?.....
() Hayır

35. Yaşlıların huzurevlerinde kalması konusunda ne düşünüyorsunuz?

.....

36. Sizce yaşlılara en iyi nerde bakılır?

- () Evde () Huzurevinde
() Diğer.....

37. Size göre yaşly evde bakmanın avantajları ne(ler)dir?

.....

38. Size göre yaşly evde bakmanın dezavantajları ne(ler) dir?

.....

39. Size göre yaşlılık nedir? Yazabilir misiniz?

.....

40. Yaşlı bakımı konusunda önerileriniz ne(ler)dir?

.....

EK. VIII. BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve her zaman olmak üzere hangi sıklıkta yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Lütfen size uygun olan seçeneğin numarasını sorunun altındaki boşluğa yazınız.

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

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayırdığınızı düşünüyor musunuz?
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme esnasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
7. Geleceğin yakınıza getireceklerinden korkuyor musunuz?
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
10. Yakınızla ilgilenenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
18. Yakınınızın bakımı bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı