



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YATAĞA BAĞIMLI HASTALARA BAKIM VEREN
BİREYLERİN YAŞADIKLARI SORUNLAR VE BAKIM
YÜKÜNÜN BELİRLENMESİ

AYSUN BEKDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. NESRİN İLHAN

İSTANBUL – 2014



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YATAĞA BAĞIMLI HASTALARA BAKIM VEREN
BİREYLERİN YAŞADIKLARI SORUNLAR VE BAKIM
YÜKÜNÜN BELİRLENMESİ

AYSUN BEKDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. NESRİN İLHAN

İSTANBUL – 2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Aysun BEKDEMİR tarafından hazırlanan *“Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunların ve Bakım Yüklerinin Belirlenmesi”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 03.09.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

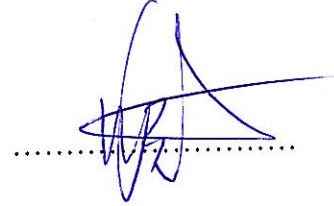
Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN
: Haliç Üniversitesi (Danışman)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Ayşe YILDIZ
: Bilim Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşarak, beni yönlendiren ve destekleyen hocam Sayın Tez Danışmanım Yard.Doç. Dr. Nesrin İLHAN'a;

Araştırmamın gerçekleştirilmesini sağlayan T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Üsküdar Devlet Hastanesi' ne

Araştırmamı yaptığım Evde Sağlık Hizmetleri' nde beraber ter döktüğüm iş arkadaşlarıma,

Anket sorularına cevap veren hasta yakınlarına,

Maddi ve manevi desteğini esirgemeyen ve elimi hiç bırakmayan eşim Cemil BEKDEMİR' e, bu yolun başından beri hayatımda olan canım kızım Zeynep BEKDEMİR'e, her zaman yanımda olan canlarım annem Fehime KOÇ , babam Hasan KOÇ'a, desteğini esirgemeyen canımın içi Cansu KOÇ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR	V
IV. TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	VI
Tablo Listesi	VI
Şekil Listesi	VIII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1.Yaşlılık.....	7
4.2.Kronik Hastalıklar.....	10
4.3.Engellilik.....	11
4.4.Yatağa Bağımlı Hastalarda Sık Görülen Hastalıklar.....	13
4.4.1.Norolojik Hastalıklar.....	13
4.4.1.1. İnme.....	13
4.4.1.2. Demans Ve Alzheimer.....	14
4.4.1.3 Parkinson.....	15
4.4.2. Kanser.....	16
4.4.3. Kas Hastalıkları.....	18
4.4.4. Solunum Sistemi Hastalıkları.....	19
4.4.5. Ortopedik Hastalıklar.....	20
4.5. Evde Bakım.....	20
4.5.1. Evde Bakımın Tanımı.....	20
4.5.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi.....	22
4.5.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri.....	23
4.5.4. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamı.....	25
4.5.5. Evde Bakım Hizmetleri Ekibi.....	27
4.5.6. Evde Bakım Hizmetlerinin Yararları.....	29

4.6. Bakım Verme.....	30
4.6.1. Bakım Verme.....	30
4.6.2. Yük Kavramı.....	31
4.6.3. Bakım verene ait özellikler.....	32
4.6.4. Bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar.....	32
4.6.5. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler	34
4.6.6. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü.	35
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	37
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	37
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	37
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	37
5.4. Veri Toplanması.....	38
5.4.1. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	38
5.4.2. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	39
5.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği.....	39
5.4.4. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	39
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
5.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	40
6. BULGULAR.....	41
6.1. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri.....	41
6.2. Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri.....	49
6.3. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumları.....	53
6.4. Bakım Veren Bireylerin ve Hastaların Çeşitli Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları.....	56
6.5. BVY Ölçeği ve GYA Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	73
7. TARTIŞMA.....	74
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	81
9. KAYNAKLAR.....	83
10. EKLER.....	97
Ek 1. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	97

Ek 2: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	99
Ek 3: Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	100
Ek 4. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	102
Ek 5: Kurum İzni.....	103
Ek 6: Etik Kurul Onayı.....	105
11. ÖZGEÇMİŞ	106

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

ALS	Amyotrofik Lateral Skleroz
BVY	Bakım Verme Yüğü
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MS	Multipl Skleroz
TDK	Türk Dil Kurumu
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo Listesi

Tablo 1: Evde Bakım Hizmetleri Ekibi.....	27
Tablo 2: Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı....	42
Tablo 3: Bakım Veren Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 4: Bakım Veren Bireylerin Bakım Vermeye İlgili Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar.....	47
Tablo 5: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 6: Hastaların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 7: Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumlarının Dağılımı.....	53
Tablo 8: Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	55
Tablo 9: BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	56
Tablo 10: Bakım Veren Bireylerin Cinsiyetine, Yaşına ve Eğitim Durumuna Göre BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 11: Bakım Veren Bireylerin Medeni Durumuna, Çalışma Durumuna ve Aile Gelir Durumuna Göre BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 12: Bakım Veren Bireylerin Doğum Yeri, Sosyal Güvencesi, Aile Tipi Ve Konut Tipine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 13: Bakım Veren Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumu, Çocuk Sayısı ve Bakmakla Yükümlü Olunan Kişilere Göre BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 14: Bakım Veren Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 15: Bakım Veren Bireylerin Bakım Vermeye İlgili Özelliklerine ve Yaşadıkları Sorunlara Göre BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	66

Tablo 16: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 17: Hastaların Yatağa Bağımlılık Süresine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.	70
Tablo 18: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumuna Göre Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 19: Bakım Veren Bireylerin BVY Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastaların GYA Ölçekleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	73

Şekil Listesi

Şekil 1. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumları.....	53
--	----

1. ÖZET

Araştırma, yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunları ve bakım yükünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma 03.12.2013-03.03.2014 tarihleri arasında İstanbul'da Anadolu Yakasında bir devlet hastanesinin Evde Sağlık Birimine kayıtlı yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireyler ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri; Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu, Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Verme Yükü (BVY) Ölçeği ve Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (frekans, ortalama, standart sapma), Anova, t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmada BVY Ölçeği'nin cronbach alpha değeri 0,90 bulundu. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin % 65,1'i kadın ve % 32,4'ü 46-55 yaş grubundadır. Bakım veren bireylerin % 56,7'sinin 2 yıl ve daha uzun süredir yatağa bağımlı hastaya bakım verdikleri, % 76,3'ünün hastanın bütün ihtiyaçları karşılamada, %9,9'unun maddi destek sağlamada, % 9,9'unun hijyenik gereksinimlerde, % 3,8'inin ise diğer alanlarda zorlandığı tespit edildi. Araştırmada BVY Ölçeği puan ortalaması $43,56 \pm 15,05$, GYA Ölçeği toplam puan ortalaması ise $7,64 \pm 2,94$ olarak bulundu. Kadınların, 56-65 ve 65 yaş üzeri yaş grubunda olan, dul olan, çalışmayan, gece kondu ve apartman dairesinde yaşayan kendi sağlığıyla ilgilenemeyen, eşine bakım veren, bakım verme süresi 2 yıl ve üzeri olan, hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılayan, giyinmede, kontinansa ve beslenmede kısmen bağımlı hastalara bakım verenlerin, bakım verdiği hastanın eğitim düzeyi lise olan, mesleği serbest meslek olan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükünün, diğer bakım veren bireylere göre yüksek olduğu belirlendi. Hastaların BVY Ölçeği ile GYA Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde ($r_p: 0,148, p<0,01$) bir ilişki olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Yatağa bağımlı hasta, bakım verme yükü, bakım veren, evde bakım

1. SUMMARY

Problems Of Individuals Who Take Care Of Their Bedridden Patients

The study aims to assess the problems and burden of individuals who look after their bedridden patients and is structured as a descriptive study. The study is done with individuals whose bedridden patients are registered to Unit of Home Health Care of a state hospital in Anatolian Side of İstanbul between 3rd of December, 2013 and 3rd of March, 2014. The data was collected via Informational Form of Caregiver, Informational Form of Patient, Burden Interview Scale and Daily Life Activities Scale. Statistical analysis was done via descriptive statistics, Anova, Test T and Pearson Correlation Analysis. Value of cronbach alpha of BIS was found as 0,90. It was detected that 56,7 % of the caregiver individuals had nursed patients who are confined to bed for 2 years or more; 76,3 % of them had difficulty to meet all the necessities, 9,9 % of them found it difficult to provide the patients with monetary support, 9,9 % of them had difficulty providing hygienic necessities to patient, and 3,8% of them slogged on other fields. As mean score of BI scale is $43,56 \pm 15,05$, mean point of DLA scale is $7,64 \pm 2,94$. It has been asserted that caregivin burden of women who are 55 – 65 or older than 65, widow, caregiver for over 2 years and take care of her husband, live in slums and apartment, provide the patient with everything and do not work and can not take care of her own health; those who take care of her partially bedridden patients in dressing, continence and feeding and whose patients, at least, graduate from high school and are self employed, is higher than the other caregivers. Patients and the total score of BI scale and DLA scale are positively proportional.

Key Words: Bedridden patients, caregiver burden, caregiver, home care

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Hastalıkların sağ kalım süreleri de tıptaki gelişmelere paralel biçimde artmıştır. Bu sonuçlar istenen bir durum olmakla birlikte, beraberinde baş edilmesi gereken yeni sorunlar ortaya çıkarmıştır. Bu gelişmelerin yanı sıra küreselleşme, endüstrileşme ve kırsal yaşamdan kentsel yaşama geçişin daha çok gündeme geldiği yirmi birinci yüzyılda aile birimleri küçülmüş, ailelerde iş yaşamına dahil olan birey sayısı artmış ve kronik hastalıkla mücadele eden aile bireyinin bakımını üstlenebilecek kişi sayısı azalmıştır. (Atagün ve ark, 2011; Erkoç ve Yardım,2011).

Kronik hastalıklar sanıldığı gibi ağırlıklı olarak gelişmiş ülkelerin sorunu olmaktan çıkmıştır. Devletleri ve toplumları fakirleştiren kronik hastalıklar, en güçlü ekonomilerin bile uzun süre dayanamayacağı bir yük getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıkları; kalıcı sekeller bırakan, geri dönüşümsüz patolojik değişimlerin sebep olduğu, hastanın rehabilitasyonu için özel hasta eğitimine gereksinim duyulan, uzun süreli takip ve bakım gerektiren süreğen hastalıklar olarak tanımlanmıştır. En sık görülen kronik hastalıklar arasında, kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler olay, pulmoner hastalıklar, diyabet, obezite, depresyon ve bilişsel durumu bozan demans ve alzheimer hastalığı yer alır (Turan, 2008; Akalın ve ark., 2012; Ünal ve Ergör, 2013).

Hızla yaşlanan Dünya’da kronik hastalıkların öneminin artacağını tahmin etmek güç olmaz. Dünya’ da 2005 yılında meydana gelen 58 milyon ölümün 35 milyonu (% 60) kronik hastalıklar nedeniyle olmuştur. Aynı yıl bulaşıcı hastalıklar nedeniyle olan ölümle kronik hastalıklar nedeniyle olan ölümlerin yarısı kadar olmuştur. Türkiye’de yaşayan yaşlıların % 90’ının bir, % 35’inin iki, % 23’ünün üç, % 15’inin dört veya daha fazla sayıda hastalığa sahip olduğu göz önünde bulundurulursa kronik hastalıkların yaşlı nüfus açısından önemi daha da iyi anlaşılabilir. Kronik hastalıklar, yol açtıkları sonuçlar itibariyle yeti yitimine neden olan hastalıklardır. Kronik hastalıklar nedeniyle yeti yitimine uğrayan ve yaşamsal etkinlikleri açısından bağımlı

hale gelen hastanın bakımı, önümüzdeki yıllarda sağlık sistemlerinin önemli bir sorunu olacaktır (Bilir, 2006; Turan, 2008).

Kronik hastalığı olan bireylerin gerek duyduğu bakım ve sağlık hizmeti genelde uzun sürelidir; gerek duyulan hizmetlerin sürekli olarak yataklı kurum ortamında karşılanmaya çalışılması hem sağlık sistemi için, hem de bireyler ve aileleri için önemli sorunlar yaratmaktadır. Bu değişiklikler, hasta odaklı yaklaşım yanında sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri için farklı bir çok yaklaşımı gerektirmektedir. Bu demografik ve epidemiyolojik değişikliklerden kaynaklanan tek bir ortak payda, fonksiyonel bağımlılık ve günlük yaşamı idare edebilmek için bakım ihtiyacının artmasıdır (Yaşar, 2009). Sağlık, beslenme, barınma, sosyal ilişkiler ve sosyal güvence gibi sorunlarla başa çıkmak zorunda kalan kronik hastalığı olan bireyler başkasının desteğine ve yardımına muhtaç durumdadırlar (Karataş, 2011).

Türkiye’de sosyokültürel yapı itibariyle yaşlı bireylerin evde bakımı anlayışının yaygın olduğu söylenebilir. Modernleşme ve kentleşme sosyal süreçlerinin etkinliği dikkate alındığında; yaşlı bireylere hizmet veren huzurevi gibi kuruluşların sayısının arttığı görülse de aile yanında bakım anlayışı gerek yaşlılar gerekse yetişkin çocuklar tarafından kabul gören bir durumdur (Öztop ve ark., 2008).

Yaşlıların bakımına karar verme geleneksel değerlere dayanmakta olup, sıklıkla tercih edilen kız çocuklarıdır. Eşler, yaşam boyu ev halkına bağlı akraba kadınlar, kız çocuğu, gelin, erkek çocuk, diğer akraba ve akraba olmayan kadınlar bunu izlemektedir. Yapılan araştırmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur (Yaşar, 2009). Ancak, çalışma yaşamına kadınların katılmasıyla birlikte bakıma muhtaç bireylerin bakımında aile bireylerinin yerini, belirli bir ücret karşılığında çalışan bakıcılar ya da kurumsal bakım seçeneği almaktadır.

Dünyada birçok ülkede kronik hastalar ve yaşlıların bakım giderlerinin artması yeni hizmet sunum modelleri arayışını gündeme getirmiş ve birçok ülke pahalı olan kurum hizmeti yerine evde bakıma doğru yönelmiştir (Altındış, 2013). Gelişmiş ülkeler bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkamayacak boyutlara ulaşacağını öngördüklerinden ailenin desteklenmesini hedef alan bakım sigortası kapsamında yasal düzenlemelere sosyal politikaları içinde yer verdikleri görülmektedir.

Nitekim, Almanya, Avusturya, Hollanda, İsrail ve Japonya’da sosyal güvenlik sistemi içinde “bakım sigortası” uygulamaları yer almaktadır. Bunun yanında, sosyal hizmet uygulamaları içindeki düzenlemeleri içinde İngiltere, Norveç, İsveç, Almanya ve Hollanda’da devletin, bakıcı aile bireylerini destekleyen uygulamaları söz konusudur (Karataş, 2011).

Bakım verme sürecinin bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar “ yük” kavramını tanımlamıştır. Literatürde “yük” bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (Uğur, 2006). Bakım verenin yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti, hastaya olan yakınlığı, bakım vermeye gönüllü olup olmaması, eğitim durumu, ekonomik durumu, hastalığının olup olmaması, baş etme becerileri, inançları, sosyal desteği, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri bakım verenin yük algılaması ile ilişkili kişisel faktörler arasındadır. Bakım vermenin getireceği yük, bakım gereksinimlerinin nitelikleri ile de yakından ilişkilidir. Fiziksel kısıtlılığı olan, aynı zamanda tıbbi bakımın da gerekli olduğu omurilik felçli hastaların bakım gereksinimleri ile kronik seyirli psikiyatrik bozuklukların, yaşamının ileri dönemindeki demanslı hastaların ya da terminal dönemindeki kanser hastalarının bakım gereksinimleri arasında farklılıklar bulunmaktadır (Atagün ve ark, 2011).

Uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurabilir. Yapılan araştırmalarda bakım verenlerin; fiziksel, ekonomik, psikolojik, aile içi ilişkilerde güçlük, bakım verdikleri hastanın tedavisi ve hijyenik gereksinimleri ile ilgili sorunlar yaşadığı saptanmıştır (Akyar, 2006; Atagün ve ark, 2011; Mollaoğlu ve ark. 2011; Özmen ve Çetinkaya 2012). Bu bağlamda araştırma; yatağa bağımlı hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Bu araştırma ile aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren kişilerin yaşadıkları sorunlar nelerdir?
2. Yatağa bağımlı hastaya bakım veren kişilerin sosyodemografik özellikleri ile bakım verme yükü arasındaki ilişki nedir?
3. Yatağa bağımlı hastaya bakım veren kişilerin bakım vermeye ilgili özelliklerine ve yaşadıkları sorunlar ile bakım verme yükü arasındaki ilişki nedir?
4. Yatağa bağımlı hastanın sosyodemografik özellikleri ile bakım veren kişilerin bakım yükü arasındaki ilişki nedir?
5. Yatağa bağımlı hastanın bağımlılık durumu ile bakım veren kişilerin bakım yükü arasındaki ilişki nedir?

4. GENEL BİLGİLER

Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde son 40-50 yıl içinde demografik anlamda gözlenen önemli bir değişim yaşlı nüfusun artması olmuştur. Bunun yanı sıra kronik hastalıkların oluşunda rolü olan çevresel ve sosyal etmenlerin artması sonucunda bütün toplumlarda kronik hastalıklarda artışlar gözlenmiştir. Öte yandan bulaşıcı hastalıklar ve aşırı doğurganlığın kontrolü konularında sağlanan başarılar sonucunda bu sorunların azalmış olması da, kronik hastalıkların görece olarak önemini artırmaya yol açmıştır (Bilir, 2006). Dünya’ da olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanmasına paralel olarak, hastalık yükü de giderek artmaktadır. Bu hastalıkların büyük bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır (İncirkuş ve Nahcivan, 2011).

Yatağa bağımlı olarak hayatını devam ettiren en önemli nüfus grubunu yaşlılar oluşturmaktadır. Bu durumun başta gelen sebepleri olarak yaşlılarda yaşanan fizyolojik değişiklikler, kas güçsüzlükleri ve yaşamın son evresinin içinde bulunmasının sağlığını olumsuz yönde etkilemesi olarak düşünülebilir. Yaşlı bireyler daha uzun süre hastanede kalma eğilimi göstermekte ve yetilerini geri kazanmaları için oldukça uzun bir süreye gereksinim duyabilmektedirler. Kronik hastalıkların yanı sıra özürülükteki dramatik artışlar nedeniyle de uzun dönem bakım hizmetlerine duyulan gereksinim artmıştır. Yaşlılardan sonra yatağa bağımlı olarak hayatını devam ettirenlerin ise engelliler ve kronik hastalığa sahip olanlardan oluştuğunu söyleyebiliriz (Yağcıoğlu ve ark., 2010).

4.1. Yaşlılık

Yaşlılık kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçtir. Çağımızda yaşam sürecinin bir parçası olarak görülen yaşlanma, insanlarda zamana bağlı değişimleri içine alır (Bahar ve ark., 2009). Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda tanımı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir. DSÖ psikogeriatrik yaşlılık dönemini 65 yaş üstünü yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak tanımlamıştır. Farklı yaş kriterlerinin kullanımı da söz konusudur. Örneğin, Birleşmiş Milletler bu alandaki çalışmalarında 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır. Gerontolojistler ise

yaşlılığı 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu “orta yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “ileri yaşlı” olarak tanımlanmaktadır (Aslan ve Ertem, 2012; Beğer ve Yavuzer, 2012).

Yaşlılığın kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere pek çok boyutu bulunmaktadır. Örneğin “kronolojik yaşlanma” denildiğinde “takvim yaşı” anlaşılır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre 65 yaş ve üzeri kişiler yaşlı olarak kabul edilir. Yaşlılığın sadece kronolojik yaşlanma kavramı kapsamında değerlendirilmesi eksik bir yaklaşım olduğundan dolayı biyolojik, psikolojik, sosyal yaşlanma gibi diğer tanımların da dikkate alınması son derece önemlidir. Biyolojik olarak yaşlanma, döllenmeyle başlayan ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (Beğer ve Yavuzer, 2012; Tiftik ve ark., 2012; Caner ve ark, 2013).

Ülkemizde son 20 yılda doğurganlık oranındaki azalma, nüfus kompozisyonunda önemli değişikliklere neden olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu 2011 yılı verilerine göre günümüzde 65 yaş ve üzeri kişilerin oranı % 7.2’yi geçmiş iken 2050 yılında bu oranın % 17.6’ya ulaşacağı düşünülmektedir. 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2015 yılında 8.442.700; 2025 yılında ise 12.055.400 olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranları da yıllar itibariyle artış göstermiştir. Bu oran, 1940 yılında 6.5’ ten 1970’te yüzde 8.2’ye yükselmiş ve günümüzde 10.8 olmuştur. Ülkemizde 2010 yılı itibariyle 5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır. Ülkemizde 2025 yılında yaklaşık 12 milyon yaşlı bireyin olacağı tahmin edilmektedir. Bu verilere göre, 2025’te nüfusun % 10’u 65 yaş ve üzerinde olacak, yaşlı bağımlılık oranı ise % 14.5’ e yükselecektir (Aydoğan ve ark., 2011; Aslan ve Ertem, 2012; www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi: 15/05/14).

Yaşam süresinin uzaması, bir anlamda bireyin ve organizmanın yaşlanması anlamına gelmektedir. Zaman içinde insan vücudunda görme, işitme ve hareket yeteneği gibi fonksiyonlarda fizyolojik değişiklikler meydana gelmekte ve bu

değişikliklerin artması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Caner ve ark, 2013).

Türkiye’de yaşlanma, toplum yaşlanması ve yaşlı sağlığına ilgi 1980’lerde başlamış, 2000’li yıllarda belirgin şekilde artmıştır. Seksenler öncesinde sosyal hizmetler özelinde ele alınmış olan yaşlı sağlığı politikaları, kalkınma planlarında 1960’lı yıllardan beri yer almıştır (Türkiye’ de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007).

Yaşlı nüfusun ve uzun dönem bakım giderlerinin hızla artması, yeni hizmet sunum modelleri arayışını gündeme getirmiştir. Dünyada birçok ülke hastanelerin rolünü akut sağlık bakım hizmetleri ile sınırlandırmış, diğer tüm aktiviteleri çeşitli kurumlara ve topluma bırakmış ve pahalı olan kurum hizmeti yerine evde bakıma doğru yönelmiştir. Ülkemizde ise bu anlamda geçiş sürecinde olduğumuz söylenebilir. Ara bakım, bakım evi ve evde bakım sistemleri oldukça yetersiz olduğu için mevcut hastaneler, tüm bu hizmetleri vermeye çalışmaktadır (Kılıç, 2009). Bundan dolayı aile kurumu, yaşlı bakımında önemli bir rol oynamaktadır. Ekonomik gelir seviyesinin düşüklüğüne rağmen aileler açısından yaşlı ebeveynlerine bakmak ve bunun karşılığında onların emekli maaşlarından yararlanmak Türkiye için yaygın bir durum olduğu gözlenmektedir. Buna rağmen kentlerde çekirdek aile yapısının giderek artmasıyla pek çok yaşlı yalnızlığa itilmekte, artık düşük sosyoekonomik seviyede de çocukları tarafından bakılamayan yaşlıların sayısı hızla artmaktadır. Bu nedenle yaşlıların barınma ve bakım sorunlarını çözecek kurumlara her zaman ihtiyaç olacağı belirtilmektedir (Yağcıoğlu, 2012).

Yaşlıların hastane ortamında uzun süre bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük, günümüzde hızla artan nüfus, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalma, hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir. Teknolojik gelişmeler sağlık hizmetlerinin ev ortamında da yapılmasına olanak verebilmektedir. Bunun yanı sıra yaşlıların büyük çoğunluğu kendi ev ortamlarında kalmayı tercih etmektedirler. Tüm bu faktörler yaşlı bireylerin evde bakımını gündeme getirmektedir (Bahar ve Parlar, 2007).

4.2. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalık, "bir ya da daha fazla yıl süren, kişinin sürekli tıbbi destek almasını gerektiren ve/veya günlük yaşamını kısıtlayan durum" olarak tanımlanabilir. Kronik hastalıklara bağlı ölümler tüm dünyada enfeksiyonların, açlığın, anne ve çocuk ölümlerinin önüne geçmiştir. Büyük bir küresel sorun oluşturan bu hastalıklarla ilgili ortak nokta, aile hikayesi ve genetik temel gibi bazı değiştirilemez etkenlerin dışında altta yatan nedenlerin bir çoğunun tamamen önlenabilir risk faktörleri olmasıdır. Bu risk faktörlerinin önde gelenleri sağlıksız beslenme, tütün kullanımı, yetersiz hareket ve obezitedir (Akalin ve ark., 2012)

Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde son 40-50 yıl içinde yaşlı nüfusun artması ve kronik hastalıkların oluşunda rolü olan çevresel ve sosyal etmenlerin artması sonucunda bütün toplumlarda kronik hastalıklarda artışlar gözlenmiştir. Öte yandan bulaşıcı hastalıklar ve aşırı doğurganlığın kontrolü konularında sağlanan başarılar sonucunda bu sorunların azalmış olması da, kronik hastalıkların görece olarak öneminin artışına yol açmıştır. Günümüzde bütün ülkelerde ölümlerin başlıca nedenleri kalp-damar hastalıkları ve kanserler gibi kronik ve dejeneratif hastalıklardır. Dünyada 2005 yılında meydana gelen 58 milyon ölümün 35 milyonu (% 60) kronik hastalıklar nedeni ile olmuştur. Aynı yıl bulaşıcı hastalıklar nedeniyle olan ölümler, kronik hastalıklar nedeniyle olan ölümlerin yarısı kadar olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde 2005 yılındaki hastalık yükünün % 77'sini kronik hastalıkların oluşturduğunu bildirmiştir. 2008' de Dünyada meydana gelen 57 milyon insan ölümünün, 33 milyonu (% 58) kronik hastalıklar nedeniyle oluşmuştur. Gelir düzeyi düşük ve orta olan ülkelerde bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların yükü artmaktadır (Alwan, 2010).

Mortalite ve morbidite verileri bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişmekte olan ülkelerde artış eğiliminde olduğunu göstermektedir. Kalp ve damar hastalıkları ve diyabete bağlı ölümlerin % 80'inden fazlası, kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına bağlı ölümlerin % 90'dan fazlası, kanser ölümlerinin üçte ikisinden fazlası gelişmekte olan ülkelerdedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar aynı zamanda erken ölümlere yol açmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin

% 29'u 60 yaş altında iken gelişmiş ülkelerde bu oran % 13 olarak saptanmıştır (Ünal ve Ergör, 2013).

Günümüzde kronik hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalar daha çok gelişmiş ülkelerde yoğunluk kazanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetleri ise kronik hastalıklardan çok, akut enfeksiyon hastalıklarıyla mücadele etmek için yapılandırılmışlardır. Kronik hastalıklar, kişiye ve topluma ekonomik ve sosyal yükü fazla olan hastalıklar olduğundan bu hastalıkların kontrolüne yönelik sağlık politikalarına ve etkin girişimlere gereksinim vardır. Kronik hastalıklar ve risk faktörleri konusunda var olan bilimsel bilgi ve deneyimler ülkelerin olanaklarıyla birleştirilerek uygulamaya dönüştürülürse hastalıkların topluma olan yükü önemli ölçüde azaltılabilir. Etkin girişimlerle küresel düzeyde kronik hastalıklara bağlı ölüm hızı her yıl % 2 azaltılabilirse 2005-2015 arası 36 milyon ölümün önlenebileceği öngörülmektedir (WHO, 2011).

Kronik hastalıklar, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sakatlığa yol açabilen, izleme ve tedavileri yüksek maliyetli hastalıklardır (Güler ve Akın, 2012). Kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini ortaya koymaktadır. Kronik hastalık yönetimi, hastalığın tedavisinden daha çok, diğer bir ifadeyle hastanın öz-yönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim öğretim yöntemleriyle hazırlanması ve güçlendirilmesini kapsar. Etkili bir hastalık yönetimiyle belirtilerin, acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların azaltılması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2011).

4.3. Engellilik

Kronik hastalıklar, genetik hastalıklar, kazalar, travmalar ve istismar nedeniyle bir çok çocuk bedensel, zihinsel, duygusal ve algısal yönden özürlü duruma gelmektedir. DSÖ' ne göre nüfusun % 15' i ve ülkemiz nüfusunun % 12' si özürdür. Bunlarında büyük bir kısmını çocuklar oluşturmaktadır (Karaduman ve Tunca, 2010; <http://www.eyh.gov.tr>, Erişim tarihi: 29/01/14; <http://www.who.int/features>, Erişim tarihi: 29/01/14). Engellilik çoğunlukla bireylerin ve ailelerin kendi kontrolleri dışında

karşılaştıkları bir yaşam durumu olup, bir yetersizlik veya özrü nedeni ile yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesi durumudur (Yıldırım ve ark., 2012)

5378 sayılı ve 1.7.2005 tarihli Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 3/a maddesine göre özürlü, "Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlüğü olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi" ifade ederken aynı Kanunun 3/b maddesine göre özürlülük ölçütü, "Uluslararası temel ölçütler esas alınarak hazırlanan ve gerek duyuldukça revize edilen ölçütleri" ifade etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü engelliliği 3 ayrı kategoride ele almaktadır.

1) Yetersizlik (Impairment): Sağlık bakımından psikolojik, fizyolojik ve anatomik (fiziksel) yapı veya fonksiyonlardaki eksiklik ve anormalliktir.

2) Özürlülük (Disability): Bir aktiviteyi normal tarzda veya normal kabul edilen sınırlar içinde gerçekleştirmekteki kısıtlılık veya yetersizliktir.

3) Engellilik (Handicap): Bir yetersizlik veya özür nedeni ile yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesidir (Aktaş, 2010).

Kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve fonksiyon kaybı olan bireylere fiziksel engelli ya da ortopedik engelli denir. El, kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında kısalık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, paralizililer, serebral palsililer, spastikler ve sipina bifidası olanlar bu gruba girer (Kılıç, 2009).

Engellilik yalnızca çocuğu değil aile ve akrabaları da fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyip, çok yönlü problemler yaşamalarına zemin hazırlar. Çocuğun engeli doğumdan hemen sonra öğrenilebileceği gibi büyüdükçe de ortaya çıkabilir. Yaşı ne olursa olsun, çocuklarının engelli olduğunu öğrenen aileler şok, suçluluk, inkar, derin

keder ve kızgınlık gibi benzer tepkiler gösterirler. Bununla birlikte geleceğe yönelik korku, kaygı, çevrenin tutumu ile yüzleşmekten kaçınma, hayal kırıklığı, kendine güven ve saygı duymada azalma da gözlenir. Çocuğun bakım ve tedavi giderleri, ailenin ekonomik güçlük yaşamalarına da yol açabilmektedir (Aktaş, 2010).

4.4. Yatağa Bağımlı Hastalarda Sık Görülen Hastalıklar

4.4.1. Nörolojik Hastalıklar

4.4.1.1. İnme

İnme, beynin bir kısmını besleyen kanın aniden kesilmesiyle veya kan damarlarından birinin çatlamasıyla beyin hücrelerini saran boşluklara kan dolmasıyla meydana gelir. Beyin hücreleri kandan besi ve oksijen alamadığı zaman veya beyin içerisindeki ve çevresindeki ani kanamadan dolayı ölür (<http://www.ninds.nih.gov>, Erişim tarihi:06/02/14). İnme; dünyada morbiditenin birinci, mortalitenin ise ikinci sırada en çok görülen nedenidir (Tuna ve Olgun, 2010). Özellikle gelişmiş toplumlarda inme, üçüncü sırada ölüm nedeni ve tüm kronik hastalıklar içinde birinci sakatlık sebebidir. İnmelerin yaklaşık % 25' i 65 yaşın altındaki bireylerde görülmekte ve inme geçirmiş bireylerin % 5-15' i 1 yıl içerisinde tekrar inme geçirmektedir. İnme ABD' de dördüncü ölüm nedenidir. 800.000' de 1 kişi de inme vardır ve her 4 dakikada bir kişi inme nedeniyle ölmektedir (<http://www.cdc.gov>, Erişim tarihi: 15/02/14). Nüfusu giderek artan ülkemizde inmenin çok önemli önenebilir bir sağlık sorunu olduğu açıktır (Altındış, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) inme terimini “ ani gelişen, 24 saat veya daha uzun süren, ölüme yol açabilen damarsal kökenli, fokal veya global serebral fonksiyon bozukluğu ile oluşan klinik bulgular olarak tanımlamıştır”. Travma, enfeksiyon, tümör gibi nedenlere bağlı infarkt veya kanama, serebral iskemiye bağlı geçici ataklar tanımlama dışında bırakılmıştır (Bozkurt, 2008).

İnmenin başlıca 2 ana nedeni vardır. Beyine kan taşıyan damarların bir pıhtı ile tıkanması veya daralması sonucu oluşan inmeye “İskemik inme/Tıkayıcı inme” denir. İskemik inmede, beynin kan akımının azalması; etkilenen bölgedeki beyin hücrelerinin

oksijen eksikliğinden ölmesine neden olur. En sık görülen (% 80) inme türüdür. Beyin kan damarlarında yırtılma sonucu oluşan inmeye ise “Hemorajik inme/Kanayıcı inme” denir. Hemorajik inme de 2 farklı türde görülebilir. Beynin içindeki kan damarlarının; beyin, beyincik, beyin sapı dokusu içine patlaması (intraserebral kanama), beyin dokusunu çevreleyen zarlar (subaraknoidal, subdural, epidural) arasına patlaması ile oluşabilir (Aktaş, 2012)

İnme, mortalite ve morbititeye neden olan önemli bir hastalıktır (Lundström et al., 2008). İnme sonrası yaşayan hastaların üçte biri günlük işlerinde başkalarına muhtaç olarak yaşamlarını sürdürebilmektedir. İnme şiddeti ve tipine bağlı olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarda yetersizlikler kişide görülebilmektedir. İnme sonrası hastalarda afazi, disartri, görme alanı ile ilgili değişiklikler, agnosi, tek taraflı ihmal, inkontinans, depresyon, yorgunluk, hemipleji, hemiparezi, görme alanı ve mekana ait algısal fonksiyon bozukluğu ve ajitasyon görülebilmektedir (Yönt ve Korhan, 2010). Böylece inme, toplumda üçüncü en sık ölüm nedeni olmasının yanı sıra, erişkinlerde ilk sırada gelen maluliyet nedenidir (Altındış, 2013). Ülkemizde hasta bireyin bakımı genellikle aileler tarafından verilmekte ve bakım verme aile içi sorumluluk olarak algılanmaktadır. Bu nedenle, belirtilen bu problemlerin sadece hastayı değil, ona bakım veren aile üyelerini ve yakınlarını da etkilemekte ve bakımı sürdüren kişilerin rollerinin bakım verme yönünde değişmektedir (Mollaoğlu ve ark., 2008).

4.4.1.2. Demans ve Alzheimer

Demans (bunama), bilişsel ve entellektüel işlevlerde azalma sonucu bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozulma olmasıdır (Çetinkaya ve Karadakovan, 2012). Demans (bunama) yaşlılığın doğal sonucu değildir. Bu nedenle her yaşlanan kişi bunamaz. Tersinden bakarsak da, demans her zaman patolojik bir durumdur, her zaman altında yatan bir hastalık vardır (Altındış, 2013). Demans artan görülme sıklığı ile ailelerin yürüttüğü profesyonel olmayan bakım yükü ve ulusal sağlık bakımına getirdiği ekonomik yükü nedeniyle toplumlar için önemli bir sorundur (Akyar, 2006).

Alzheimer hastalığı ilk kez 1906 yılında Alman nörolog Dr. Alois Alzheimer tarafından tanımlanmıştır. Bu hastalık yaşla ilişkili, geriye dönüşsüz bellek, düşünme ve

yargılama bozukluğuna yol açan ilerleyici ve dejeneratif bir beyin hastalığıdır (Yiğitoğlu ve Öz, 2009). Alzheimer hastalığı 65 yaş ve üzeri olanlarda en yaygın görülenidir (NIH, 2013). En sık demans nedeni olarak Alzheimer, tüm demansların %50-70'ini oluşturmaktadır (Emik ve Cangöz, 2012).

Türkiye' de yaklaşık 400 bin, Dünya' da 20-25 milyon civarında Alzheimer hastası olduğu tahmin edilmektedir (Altındış, 2013). 65 yaş ve üzeri 5 milyon Amerikalının Alzheimer hastalığı vardır ve bu sayının her 5 yılda bir iki katına çıkacağı beklenmektedir (NIH, 2013).

Hastalığın ilerlemesi 5 ile 20 yıl sürebilir, ancak çoğu hasta 8-10 yıl içinde hayatını yitirmektedir. Hastalığın seyri erken, orta ve ileri evre olmak üzere üç evrede gözlenmektedir. Hastalığın ileri seviyesinde alzheimer hastasının 24 saat bakıma ihtiyacı olabilir. Beslenme, temizlik, tuvalet ihtiyacı ancak bir bakıcı tarafından sağlanabilir. Hastanın üzerindeki etkisi bu derece büyük olan hastalığın hastanın yakınları ve bakıcılarına da etkisi çok büyüktür (Akpınar, 2009; Altındış, 2013). Alzheimer hastalığının aileyi bir bütün olarak etkilediği de göz önünde bulundurulduğunda gerek hasta bireyin maximum fonksiyon görmesini sağlayarak ailesiyle olan uyumunu arttırmak, gerekse aile üyelerinin psikososyal iyi oluşluğunu korumak ve birbirleriyle uyumlu, rahat yaşamasını sağlama yoluyla hastanın ve ailenin yaşam kalitesinin artırmak için de aileye profesyonel destek sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır (Akpınar, 2009).

4.4.1.3. Parkinson

Hareketlerde yavaşlama, kaslarda sertleşme, duruş ve denge bozukluğu, daha az sıklıkla da titreme gibi Parkinson hastalığının tipik belirtilerinin görüldüğu, ancak farklı nedenlere bağlı olarak gelişen çok sayıda hastalık "Parkinsonizm" başlığı altında toplanır (Altındış, 2013). Parkinsonizm istirahat tremoru, rijidite, bradikinezi ve postüral instabilite ile ortaya çıkan bir sendromdur. Parkinsonizm tanısını koymak için, bradikineziye ek olarak tremor, rijidite ve postural refleks kaybı bulgularından da en az bir tanesinin olması gerekmektedir. Parkinsonizm gibi hastalıklarda motor bulguların yanı sıra, davranışsal ve psikolojik bulgular da görülmektedir (Çiçek, 2012).

Hastalık 20 yaşından önce başlarsa “primer juvenil parkinsonizm,” 20-40 yaşları arasında başlarsa genç başlangıçlı parkinsonizm olarak adlandırılır (Ertan, 2005). Parkinson hastalığı erkeklerde kadınlara oranla biraz daha sık görülür. Dünya’ nın her yanında ve her türlü sosyoekonomik koşulda rastlanılan hastalığın görülme sıklığı çeşitli ülkelerde farklıdır. Toplumda 65 yaş üzerinde her 100 kişiden birinin Parkinson hastası olduğu kabul edilmektedir (Altındış, 2013).

Parkinson hastalığının başlangıç belirtileri motor belirtiler olsa da, hastalığın ilerleyen dönemlerinde nöropsikiyatrik belirtiler ortaya çıkmakta ve önemli yeti yitimine neden olabilmektedir (Karakuş ve ark., 2012). Hem hastalığın özürülük derecesinin artması hem de tedavide kullanılan ilaçlara bağlı oluşan bazı yan etkiler nedeni ile hastanın özellikle hareket yeteneği önemli ölçüde azalmakta ve günlük yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenlerle hastaların büyük bir kısmı hastalıklarının belli dönemlerinden sonra başkalarının yardım ve bakımına ihtiyaç duyar duruma gelebilirler (Yüksel ve ark., 2007).

4.4.2. Kanser

Kanser hastalığının adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Tüm olumsuzluklara ve tedavi nedeniyle olan yan etkilere rağmen tedavi suresince ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir (Güngörmüş ve Erdem, 2014)

Kanser dünyada hemen her ülkede morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen sağlık problemidir. Yüzyıl başında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında 7-8. sıralarda iken bugün birçok ülkede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir (Yangöz, 2013). Dünyada kanserden 2012 yılında 8.2 milyon ölüm olmuştur. Kanserin başlıca türleri şunlardır: Akciğer kanseri (1.59 milyon ölüm), karaciğer kanseri (745.000 ölüm), mide kanseri (723.000 ölüm), kolorektal kanserleri (694.000 ölüm) meme kanseri (521.000 ölüm), özofagus kanseri (400.000 ölüm) (<http://www.who.int>, Erişim Tarihi: 11/04/14)

Kanser sıklığı dünya genelindeki hemen her ülkede yıllık % 1-2 oranında bir artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın verilerine göre 2008 yılında dünya genelinde 12 milyon kişiye kanser teşhisi konulurken, bu rakamın 2030 yılında 26 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (<http://www.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi 11.04.2014.).

Günümüzde yaşam standartlarının yükselmesi, sağlık hizmetlerinin uzak bölgelere kadar gidebiliyor olması, toplumun bilgi düzeyinin artması ile daha çok kanserli bireye tanı konulabilmektedir. Son 10 yılda hastaneye yatan kanserli bireylerin sayısının iki kat arttığı bildirilmektedir. Kanser tanısı konulan bireylerin sayısının artması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak hastaların sağ kalım sürelerinin uzaması kanserli hastaların aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına ve / veya hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine neden olmuştur (Yakar ve Pınar, 2013).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmak, bireylerde ciddi bir psikolojik zorlanma yaratmaktadır. Çünkü kanser günümüzde halen umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölümlerle eş tutulmaktadır. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalar da kanser hastalarının önemli bir bölümünde normal reaksiyonların ötesinde psikiyatrik bozukluk olarak nitelendirilebilecek bulgular olduğunu ortaya koymaktadır (Babaoğlu ve Öz, 2003). Kanser hastalarına bakım verenlerin hastaların yaşadıkları semptomların yönetiminde ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasında güçlük yaşamaktadırlar. Bakım verenlerin semptom yönetimi ile ilişkili yaşadıkları güçlüklerin, onlarda stres, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uykusuzluk, aşırı uyuma, iştahsızlık, önceden hoşlandıkları aktivitelere ilgilerinin azalması, suçluluk, konsantrasyon ve karar vermede güçlük gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmektedir (Karabulutlu ve ark., 2013).

Ailenin sosyal destek olarak önemi kanıtlanmış olmakla birlikte, kanserli hastaya bakım veren ailelerin de desteğe ve güçlendirilmeye ihtiyaçları vardır. Aileyi etkileyen bu hastalığın uzun sürmesi, yaşamı tehdit eder özellikte olması, olağan günlük yaşam düzeninin kaybedilmiş olması, işine ve sosyal yaşamına dönememe gibi nedenlerle kendine üzülme, kendi kayıplarının yasını tutma, hastası için kaygı

çaresizlik, umutsuzluk duyguları yaşama hasta yakınında depresif duygulanıma yol açabilmekte, aile bireylerinde bu kayıplara bağlı olarak yaş tepkileri de gözlenebilmektedir (Terakye, 2011).

4.4.3. Kas Hastalıkları

Multipl Sklerozun (MS) nedeni tam olarak bilinmese de birçok araştırmacı miyelin hasarının vücudun bağışıklık sisteminin anormal çalışmasından kaynaklandığına inanmaktadır. Kadınlarda daha sık görülen MS bulaşıcı değildir ve anneden çocuğa geçmemektedir. Dünyada 3 milyon, ülkemizde ise 35-40 bin MS hastası olduğu tahmin edilmektedir. Gençler arasında en sık görülen nörolojik hastalıklardan biridir. MS hastalarının büyük bir bölümü ilk ataklarını 20-40 yaşları arasında geçirmekle birlikte nadiren çocukluk veya ileri yaş gruplarında da ortaya çıkabilmektedir. Genel olarak toplumda MS gelişme riski yaklaşık 1/1000 olarak tahmin edilmektedir (<http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr>, Erişim tarihi: 14/04/14).

Genç insanlarda, en verimli oldukları dönemde görülmesi, önemli özürüllüklere ve işgücü kaybına yol açması, yaşam kalitesini etkilemesi ve tedavi giderlerinin yüksek olması bu hastalığın bireysel olduğu kadar toplumsal boyutta da tartışılmasına neden olmakta, az bilinen bir hastalık olması da gizemini artırmaktadır (Mirza, 2002).

Sağlıklı bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerçekleştirdikleri aktiviteler olarak tanımlanan Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), çevre güvenliğinin sağlanması, iletişim, yeme, içme, boşaltım, kişisel temizliğin sağlanması, hareket etme gibi aktivitelerdir. MS'in mobilite ve fonksiyonel aktivitelerde değişik düzeylerde yetersizliğe yol açması nedeniyle, MS li hastalar başkalarının yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durum bireyleri bağımsızlıktan, az ya da çok bağımlı duruma getirmektedir (Er ve Mollaoğlu, 2011).

Motor nöron hastalığının en yaygın ve en iyi bilinen formu olan Amyotrofik lateral skleroz (ALS), esas olarak serebral korteks, beyin sapı ve spinal kordaki motor nöronları etkileyen progresif seyirli nörodejeneratif bir hastalıktır (Uluç ve ark., 2008; Dağ ve ark., 2014). Hastalığın % 90-95'ı tesadüfi (sporadik), % 3-10'u ailesel (familial) olarak ortaya çıkar. Klinik bulgular genellikle 50- 60 yaşlarında başlar.

Ailesel olgularda hastalık başlangıç yaşı daha erkendir. Erkek kadın oranı 1.2, 1.3'dür. İnsidans 100 binde 1-2, prevalans ise 100 binde 3-8 civarındadır (<http://www.noroloji.org.tr>, Erişim tarihi: 14/04/14).

ALS tanısı olan bireylerde fiziksel, sosyal ve ruhsal gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir. Özellikle, günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ve fiziksel aktivitenin sınırlanması bu hastalarda en fazla rahatsızlığa neden olan durumdur. Her kronik hastalığı olan kişi veya aile, kendilerine olan güven ve saygının, aile içi statünün ve bağımsızlığın yitirilmesi, kabul edilmeme ve umutsuzluk gibi duygularla büyük kişisel ve duygusal kayıplara uğramaktadır. ALS tanısı olan bireyler günlük yaşam aktivitelerinde değişik oranlarda bağımlılık yaşadıkları için uzun süreli izlem, kontrol ve bakım gerektiren olgulardır. Bu izlem ve bakımın sürekli hastane ortamında gerçekleştirilmesi mümkün olmadığından, evde sürdürülmesi gerekmektedir (<http://www.kasder.org.tr>, Erişim tarihi: 14/04/14).

4.4.4. Solunum Sistemi Hastalıkları

Solunum sisteminin kronik hastalıkları bireylerde ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizliklerle birlikte ölüm oranında artışa da neden olmaktadır. En yaygın görülen kronik solunum sistemi hastalığı kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (Aydın ve ark., 2012). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) akciğerlerdeki hava akışının devamlı tıkanmasıyla karakterize bir akciğer hastalığıdır. Hayatı tehdit eden, normal solunuma zarar veren ve geri dönüşümsüz bir hastalıktır (WHO, 2014).

Dünyada 600 milyondan fazla KOA'lı hasta bulunmakta ve her yıl üç milyonun üzerinde KOA'lı birey ölmektedir. Ülkemizde 2-3 milyon KOA hastası olduğu, her yıl 26 binden fazla kişinin KOA nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (Tel ve ark., 2012). KOA en önemli ölüm nedenleri arasında, dünyada 4. ve Türkiye'de ise 3. sıradadır. Diğer önde gelen ölüm nedenlerinde ciddi bir düşüş olmasına rağmen KOA mortalitesinde % 163'lük bir artış görülmektedir (Türk Toraks Derneği, 2010).

KOA hastalarının eğitimi oldukça kapsamlı olup; bu eğitimin içeriği akciğerlerin anatomi ve fizyolojisi, KOA'nın patofizyolojisi, ilaç tedavisi, oksijen

tedavisi, beslenme, solunum egzersizleri, semptomları hafifletme, sigarayı bırakma, seksüalite, kronik hastalıklarla baş etme, sağlık bakım ekibiyle iletişim ve geleceği planlama gibi bölümlerden oluşmaktadır (Kara ve Aşti, 2002). KOAH'lı bireyler hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, emosyonel, bilişsel, fizik aktivitelerdeki değişiklikler, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle zor ve karmaşık problemlerle karşı karşıyadırlar. KOAH'lı bireylerin hastalık sürecinin getirdiği problemlerle baş edebilmeleri, ev ortamında hastalık semptomlarını ve komplikasyonlarını etkin şekilde kontrol etmeyi başarabilmeleri için bazı özel bilgi ve becerileri kazanmaları gerekmektedir. Buna ulaşmanın en etkili yolu, planlı ve sürekli bir hasta ve aile öğretimi olarak görülmektedir (Yaşar, 2008).

4.4.5. Ortopedik Hastalıklar

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan yaşlı nüfusta, hastalığa bağlı olarak yaşanan bu ağrı ve fiziksel fonksiyon bozukluk durumu giderek daha önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Açıksöz ve Uzun, 2011). İleri yaştaki hastalarda sistemik hastalıklar daha sık görülmektedir ve kemik yoğunluğu azalmaktadır (Malkoç ve ark, 2013). Yaşlanmayla birlikte kas-iskelet sisteminde; osteoporoz, osteoartrit, dejeneratif eklem hastalıkları, romatoid artrit, pelvik fraktür ve düşme fraktürleri gibi hastalıklar görülür. Yapılan çalışmalarda en sık osteoporoz, lomber, diz ve servikal bölgede olmak üzere dejeneratif hastalıkların görüldüğü tespit edilmiştir (Tiftik ve ark., 2012). Yaşlı hasta grubunda kaza ve yaralanmalar, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, solunum yolları hastalıkları ve kanserden sonra beşinci sıklıkta görülen ölüm nedenidir (Çopuroğlu ve ark, 2011). Yaşlı bireylerin kas iskelet sorunlarına yönelik bakımında temel amaç olan “bağımlılığı en aza indirmek ve bağımsızlığı en üst düzeye çıkarmak için bakımın bireysel olması ve interdisipliner bir ekip tarafından verilmesi önemlidir (Erdil ve Bayraktar, 2010).

4.5. Evde Bakım

4.5.1. Evde Bakımın Tanımı

Evde bakım hizmetleri, gelişmiş batı ülkeleri başta olmak üzere dünyanın bir çok ülkesinde genel sağlık ve sosyal hizmetler içerisinde yer alan bir hizmettir. Bu

hizmet, gereksinim duyan kişiye aile, arkadaş ve komşu gibi geleneksel bakıcılar ile asıl mesleği evde bakım olan kişiler ve gönüllüler tarafından sunulan bakım etkinlikleridir. (Güler ve Akın, 2012)

Evde bakım; sağlık bakımı ve destekleyici bakımı sağlamak üzere sağlık profesyonelleri ve yardımcıları tarafından sunulan bir hizmettir. Evde bakım bireylere tüm yaşam evrelerinde, kendi yerleşim alanlarında sağlık hizmeti sağlayan, sağlık bakım sisteminin geniş ve bütüncül bir parçasıdır (Fadıloğlu, 2013). Evde bakım hizmetleri; yaşlı, özürlü, kronik hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki bireyler kendi ortamında destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içermektedir (Taşdelen ve Ateş, 2012). Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik uzun süreli bakımı gerektiren yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklardır (Özer ve Şantaş, 2012).

2005’ de yürürlüğe giren Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik’ te Evde Bakım Hizmeti, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete. 10.3.2005, Sayı: 25751). Sağlık Bakanlığı’ nın 2010 yılında Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge’ sinde Evde sağlık hizmeti, çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete. 24.02.2011 Sayı: 8751).

Evde bakım hizmetinin amacı; sağlığın olabildiğince tekrar kazanılması, geliştirilmesi, sürdürülmesi, olası komplikasyonların en aza indirilmesi ve sonuçta her bireyin için bir son olan rahat bir ölümü sağlamaktır (Fadıloğlu, 2013). Evde bakım çok

geniş bir hizmet ağını kapsamaktadır. Bu hizmetler: Ev işleri (çamaşır, alışveriş, temizlik gibi işler), kişisel bakım (giyinme, banyo ve kişisel hijyene yardım etme), evde yemek hazırlama, kişisel acil müdahale (24saat acil yardım hizmeti), bireylerin tek başına gerçekleştiremeyeceği ağır işler, ulaşım, finansal danışmanlık, eğitim ve evde bakım ekibini oluşturan meslek elemanlarının özel uzmanlık alanları çerçevesindeki sorunların çözümüne yönelik hizmetleri içermektedir (Dölek, 2012).

Kültürümüzde huzurevleri ve benzeri yapılanmalarla ilgili olumsuz düşünceler bulunmaktadır. Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimine yönelik yapılan bir çalışmada, bakım hizmeti almak zorunda kalan bireylerin evde bakımı daha çok tercih ettiği saptanmıştır (Turan, 2008).

4.5.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

Evde bakım hizmetleri 1700'lerin sonlarına doğru dini emirlerle yoksul hastalara yapılan ziyaretlerin temelidir. 1796 ' da Amerika' daki Boston Dispanseri evde bakımı veren bir ilkti. (Rice, 2006). 1859' un başlarında William Rathbone (Liverpool, İngiltere) karısı ölmeden önce, evde karısına bakım veren hemşireden sonra ziyaret hemşireleri için bir sistem kurdu. Florance Nighthingale 'in yardımlarıyla Rathbone Liverpool Reviri' nde ziyaret yetiştirmek için bir okul başlattı. Mezunlar yoksul hastalara evlerinde yardım etmek için hazırlanırlardı. Mary Robinson, Liverpool'da evde hasta bakımı veren ilk ziyaretçi hemşiredir (Karabağ, 2007; Maurer and Smith,2009).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1877'de ilk kez Newyork şehri kadınlar komisyonu evde bakım için bir mezun hemşireyi işe almıştır (Taşdelen ve Ateş, 2012). New York' da evde hemşirelik bakımı vermek için 1885' te gönüllü ajanslar kuruldu. 1886' da Boston ve Filedelfiya' da hastalara benzer evde sağlık bakımı hizmeti veren diğer gönüllü ajanslar ortaya çıktı. Bu merkezlere daha sonra Visiting Nurse Associations (VNAs) denildi (Maurer and Smith, 2009). Bin dokuz yüz kırklı yıllarda, hastanelerin yataklarını işgal eden kronik hastalıklı bireylerin sayısının artması ile hastaneler taburculuk süresini kısaltmayı amaçlamaya başlamışlardır. Amerika Birleşik Devletlerindeki Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı, 1947'de tıbbi hemşirelik hizmetleri ile sosyal hizmetlerin birlikte sunulduğu ilk hastane destekli evde bakım

programı olmuştur. ABD de evde bakım hizmetleri 1965'te Medicare ve Medicaid sigorta sistemlerinin hayata geçmesi ile hızla yaygınlaşmıştır. Bin dokuz yüz altmış beş yılında Medicare lisanslı evde bakım şirketlerinin sayısı 1753 iken, bu rakam 1993 Şubat ayında 6497'ye ulaşmıştır. Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği kayıtlarına göre, 1995'te yaklaşık 15.000 evde bakım şirketi ve bu şirketlerde çalışan 700.000 sağlık çalışanı bulunmaktadır (Turan, 2008).

4.5.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri

Türkiye’de evde bakımın tarihi henüz çok yeni olup, bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Bugün ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım şirketleri ve kamu hastanelerinin evde sağlık birimleri tarafından yürütülmektedir (Pınar, 2010; Taş, 2013). Sağlık Bakanlığımız tarafından 2002 yılında geliştirilen “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı stratejilerinden biri “yaşlıların ülke koşullarına uygun evde bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasıdır (Aslan ve Ertem, 2012). Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulamalarında üç aşama dikkat çekmektedir. Bunlar; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır.

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmış; ancak pilot uygulamalardan etkili sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir. 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık A.Ş.’nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ile birkaç özel kurumda ücretli olarak sürdürülen tıbbi bakım ve refakat hizmetlerinin dışında evde bakım sunulmamaktadır (Bahar ve Parlar, 2007). Yasal çerçeveden durum değerlendirildiğinde ise 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak teşekküller oluşturulmamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10.03.2005 tarihinde ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım

Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yürürlüğe girmiştir (Özer ve Şantaş, 2012).Yönetmeliği takiben Sağlık Bakanlığı’ na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bu yönerge ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde oluşturulacak evde sağlık hizmet birimlerinin tanımı, bu hizmetleri alacak hastalara ilişkin tıbbi ve sosyal ölçütlerin tespiti, evde sağlık hizmeti verecek sağlık ekibinin ve gerekli ekipmanın standartlarının belirlenmesi, ilgili personelin görev yetki ve sorumlulukları, randevu, kayıt ve takip sistemlerinin kurulması, çalışma sistemine ilişkin usul ve esaslar ile denetim esaslarına ilişkin mevzuat ve altyapı düzenlemeleri yapılarak evde sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları vasıtasıyla sosyal devlet anlayışı içerisinde verilmesi ve tüm ülke genelinde etkin ve ulaşılabılır bir şekilde uygulamaya konulması hedeflenmiştir.

Ülkemizde evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği yönerge’ de belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, 25/05/2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtasıyla verilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek evde sağlık hizmetlerine ilişkin çalışma planı aile hekimince hazırlanır, Sağlık Grup Başkanlığı tarafından onaylanarak koordinasyon merkezine gönderilir. Aile hekimi evde sağlık hizmetini kendisi verecekse hasta veya yakınının da onayıyla başvuru formu doldurularak koordinasyon merkezine ileterek hastayı takibine alır. Aile hekimi hizmetin sağlık kurumu bünyesindeki birim vasıtası ile verilmesi gerektirdiği kanaatinde ise başvuru formunu nedenlerini açıklayarak doldurup koordinasyon merkezine gönderir. Başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilerek hizmetin kim tarafından verileceğine karar verilir. İkinci ve üçüncü basamak hizmet seviyesinde hizmet veren hastane evde sağlık birimlerinin çalışma düzeni birim sorumlu tabibi tarafından hazırlanan ve ilgili kurum amirince onaylanan iş planına göre yürütülür. Evde sağlık hizmetlerinde, hizmet verilen kişinin durumu, yapılan tüm tıbbi müdahaleler ve ziyaretin seyri raporlanır. Evde sağlık hizmetleri

biriminin görevi, konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi, hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar. Lüzumu halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak evde gerekli konsültasyon sağlanır. Hizmetin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında devam edebileceği kanaati oluştuğunda ise hastane birimi aracılığıyla tüm bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletilir. Koordinasyon merkezi gerekli incelemeyi yaparak kayıt altına aldığı hasta için kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezi veya aile hekimine evde sağlık hizmetinin başlatılması için gerekli bildirim yapar (T.C. Resmi Gazete. 24.02.2011, Sayı: 8751, http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=150:evde-bakm-hizmetlerinden-kimler-faydalanabilir&catid=59:evde-bakm-hizmeti&Itemid=201, Erişim tarihi: 24/01/14).

4.5.4. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamı

Evde Sağlık Bakımı Hizmetleri, ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlardan uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hasta ve yaşlılara, yeni doğum yapan annelerden tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalara, kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyanlardan, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi hizmetleri evinde veya işyerinde almak isteyenlere kadar çok geniş bir yelpazede ihtiyaç sahiplerine hitap etmektedir. Evde Sağlık Bakımı Hizmetleri alanlar arasında en büyük çoğunluğu oluşturan gruplar aşağıda sıralanmıştır.

- Ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olanlar
- Ortopedi ve Travmatoloji hastaları
- Kalp, Damar ve Hipertansiyon hastaları
- Hemipleji (Felçli) hastaları
- Onkoloji (Kanser) hastaları
- Akciğer ve Solunum hastaları

- Diabet hastaları
- Nöroloji hastaları
- Oksijen tedavisine ihtiyacı olan diğer hastalar
- Yeni doğum yapan anne ve bebekleri
- Bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve özürlüler
- Yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlar
- Laboratuvar tetkik ve test hizmetlerine ihtiyacı olanlar
- Evinde her türlü medikal ekipman ihtiyacı olanlar (T.C. Resmi Gazete. 10.3.2005, Sayı: 25751; T.C. Resmi Gazete. 24.02.2011, Sayı: 8751).

4.5.5. Evde Bakım Hizmetleri Ekibi

Tablo 1. Evde Bakım Hizmetleri Ekibi

Evde Bakım Hizmetinin Yürütülmesi İçin Multidisipliner Hizmet Ağı		
Ekip	Kurumlar	Kuruluşlar
Hekim	Eğitim Kurumları	Meslek Kuruluşları
Hemşire	İlgili Bakanlıklar	Gönüllü Kuruluşlar
Diyetisyen	Hastaneler	Sigorta Şirketleri
Fizyoterapist	Belediyeler	Firmalar
Sosyal Hizmet Uzmanı		Özel Bakım Kuruluşları
Psikolog		Hemşirelik Kuruluşları
Ev Ekonomisti		
Sağlık Yöneticisi		

(Fadıloğlu, 2013)

Hekim: evde bakımda hekimin görevi; hastayı evinde ziyaret ederek hastanın kapsamlı değerlendirmesinin yapılması, evde bakım için gerekli malzemelerin temin edilmesi, evdeki tedavi planının belirlenmesi, ailenin hasta bakımı konusunda eğitilmesi, gerekliyse profesyonel bakım imkanlarının araştırılması ve bakım süresince denetlenmesinden oluşturmaktadır. Hekimin, hastanın mevcut hastalıkları ya da ortaya çıkan yeni klinik durumu ile ilgili olarak ilgili branş hekimleri ile konsültasyon yapılması konularında görevleri vardır. Ayrıca hekim, kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini ve iş akışını, hizmetin bütün olarak koordinasyon ve organizasyonunu bu Yönerge hükümlerine göre planlar (Can ve Ünal, 2008; T.C. Resmi Gazete. 24.02.2011, Sayı: 8751).

Hemşire: Hemşire evde bakımda en etkin ekip üyesidir. Hemşire evde hastayı ziyaret ederek hastayı, hastanın bulunduğu ortamı, ailesini kapsamlı bir şekilde değerlendirir. Hastanın ailesinin eğitiminde büyük rolü olan hemşire hastanın planlanan

tedavisini uygular, yaşamsal bulgularını alır, kaydeder ve takip eder. Gerekli malzemelerin temini, temizliği ve dezenfeksiyonu hemşirenin görevidir (T.C. Resmi Gazete. 24.02.2011, Sayı: 8751; Fadiloğlu, 2013)

Sosyal hizmet uzmanı: Meslek elemanları arasındaki koordinasyon ve eşgüdümün sağlanması, sosyal inceleme ve değerlendirme raporunun hazırlanması, vaka yöneticiliği ,ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi, psiko-sosyal destek ve danışmanlık hizmeti,bireyin problem çözme kapasitesinin geliştirilmesine katkıda bulunma, hizmet sürecinde gereksinim duyulan toplum kaynaklarının organize edilme sürecinde aktif olarak rol almaktadır (Elevli, 2012).

Diyetisyen: Hizmetten yararlananların sağlık ve yaş durumlarının göz önünde bulundurularak düzenli, dengeli ve sağlıklı beslenebilmeleri için uygun yemek listesinin hazırlanması, doktor tarafından önerilen diyetlerin uygulanmasının sağlanması, hazır yemek servisi hizmeti ile ev ortamına götürülen mönülerin standardının kontrol edilmesi, sağlıklı ve ekonomik beslenme yöntemleri konusunda eğitimin planlama ve uygulamanın sağlanması sürecinde aktif olarak rol almaktadır (Elevli, 2012).

Fizyoterapist: Hastanın kendi rehabilitasyon programına katılarak aktivitelerini sürdürmesi sağlanır, her yöne eklem hareketi egzersizlerini (ROM) düzenli olarak yapması ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi ve hastanın fiziksel performansını arttırmasını sağlar (Fadiloğlu, 2013).

Psikolog: Hizmetten yararlananların motivasyonunun yükseltilmesi, duygusal boşalıklarının sağlanması, endişe ve kaygılarının en aza indirilmesi, ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verilmesi, aynı sorunu paylaşan kişilerle tedavi, serbest zaman değerlendirme vb. gruplar oluşturulması sürecinde aktif olarak rol almaktadır (Elevli, 2012).

Evde bakım ekibi gereksinimlerin karmaşık olması nedeniyle farklı ekip üyelerine ihtiyaç duymaktadır.

4.5.6. Evde Bakım Hizmetlerinin Yararları

Evde Bakımın hasta /birey ve ailesi açısından bir çok yararı bulunmaktadır. Bu yararlardan kısaca bahsedilecek olursa;

- Evde bakım hizmetleri tüm sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri üzerine olan, maliyet-etkililik ve maliyet-yararlılık avantajlarının yanı sıra hospitalizasyon sonrası veya iyileşme sürecinde olan bireylerin, yaşadıkları gerçek ortamları olan evlerinde bakım almalarını sağlamaktadır.

- Aile bireyleri dışında bir sağlık bakım profesyoneli (hemşire, yaşlı birey bakım elemanı vb.) tarafından verilen bakım ile bakım sorumluluğunun tüm aile üyelerine yüklenmesi sonucu oluşan iş ve sosyal yaşantıların kısıtlanması zorunluluğunun ortadan kalkmasını sağlamaktadır.

- Bakımın evde verilmesi ile tıbbi bakım gereksinimi olan bireyin günlük yaşam aktivitelerinin profesyonel bir bakış açısıyla organize edilmesi, sağlık düzeyinin korunması, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde bağımlı durumdan minimum seviyede etkilenmesi sağlanmaktadır.

- Bakım ve tedavinin evde sürdürülmesi ile bireyde hastanede uzun süre yatış sonucu görülen bir çok fiziksel (hastane enfeksiyonları riski), psikolojik (aile, eş, dost ve sosyal çevreden izole olma duygusu), sosyal ve mali (ilaç, doktor ve yatış hizmetlerinin maliyeti) sorunların oluşması önlenmektedir.

Bunlara ilave olarak;

- Hastanın sağlık durumu ve yaşam kalitesinin artması sağlanır.
- Terminal dönemdeki hastaların evlerinde kendi isteklerine göre ölmelerine izin verme hakkı tanır.
- İnfant ve çocukların optimal gelişimine imkan verir.
- Aletlere bağlı hayatlarını idame ettiren hastaların fonksiyonel potansiyellerini artırır (Elevli, 2012).

4.6. Bakım Verme

4.6.1. Bakım Verme

Bakım; Türk Dil Kurumu' nda bakım işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (TDK, 2014). İngilizce dilindeki literatürde "care" kavramı hem isim hem de fiil olarak kullanılmaktadır. İsim olarak kullanıldığında koruma, sakınma, dikkat ve kaygı anlamları taşırken, fiil olarak kullanıldığında endişe duymak, ilgili hissetmek, merak etmek, fiziksel ihtiyaçları karşılamak, rahatlatmak, yardım etmek anlamlarına tekabül etmektedir (Altıok ve ark., 2011). Bakım, ahlaki bir zorunluluk, bir insan özelliği, duygulanım, kişilerarası etkileşim ve terapötik bir müdahale olarak da ifade edilirken başka bir yazında bakım kavramının ilişki, değişkenlik, kabul, tutum ve eylem olmak üzere beş özelliğinden bahsedilmektedir (Aktaş, 2013).

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir. Bakım verme güçlüğü; yaşlı, kronik hastalığı olan, yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi ile ortaya çıkar (İnci ve Erdem,2007). Bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamakta ve bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanmaktadır. Bakım verme formal ve informal olmak üzere iki kategori altında incelenmektedir. *Formal bakım verme*; evde veya bir kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım genellikle hemşire, terapist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcıları tarafından verilir. *İnformel bakım verme* ise uzmanlık gerektirmeyen, bakım verenin bir yakınına verdiği yardımdır. İnformel bakımda banyo yapma, beslenme gibi bakım vermenin yanında akut ve kronik fonksiyonel yetersizlikler nedeniyle intravenöz (damardan) ilaç uygulaması gibi ileri

düzyeyde beceri gerektiren işlemler de bakım verenler tarafından karşılanmaktadır (Aktaş, 2013)

4.6.2. Yük Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre yük, birinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev anlamına gelmektedir (TDK, 2014). Bakım yükü, bakım veren kişinin üstlendiği bakım işinin, bakım verende ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması, kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır (Akpınar, 2009).

Bakım verme yükünün nesnel ve öznel yük olarak iki boyutunun olduğu belirtilmiştir.

Nesnel yük; ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları içine almaktadır. Nesnel yük ailenin yaşantısında hastanın hastalığının, aktivite kısıtlılıklarının, yardım ve görev tiplerinde harcanan zamanın ve sarf edilen finansal kaynakların sebep olduğu aksaklıklarla ilgilidir. Bakım verme işinin bakım vericinin yaşamına etkisi çok yaygın ve zarar verici boyutta olmaktadır. Bakım verme işinin oluşturduğu gereksinimler, kişinin diğer rolleri ile bakım rolleri arasında bir çatışma oluşturmaktadır. Bunlar, aile ilişkileri, aile rutinleri, eğlence, çalışma, sosyal aktiviteler, sosyal ilişkilerde değişimler kadar hastalığın ekonomik etkilerini de içermektedir. Rollerdeki bu değişimler hastalığın nesnel yükü olarak görülmektedir (Öner, 2012).

Öznel yük; bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkileri içerir. Öznel yük duygusal durum, fiziksel durum, finansal ve çalışma ortamları gibi alanlarda aile bireyinin yaşadığı hissedilen gerginliğin miktarıyla ilgilidir. Özellikle öznel yükün başarılı bir rehabilitasyon ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir ölçüt olduğu düşünülmektedir. Öznel yük sıralanan nesnel yüküle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar öznel yükü, bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlamışlardır. Genellikle hissedilen bu

duygular keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu gibi duygusal yanıtlardır. Öznel yükün göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleridir ve bu da yük skorlarına katkıda bulunmaktadır (Öner, 2012).

Bakım verme yükü, bakım sunarken yaşanılabilen fiziksel, psikolojik, sosyal, veya finansal tepkileri ifade etmede kullanılır. Bakım verme yükü; yaşlı, kronik hastalığı veya yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak da tanımlanabilir. Yük kavramı bakım verenler ve araştırmacılar tarafından farklı algılanabilir. Özellikle hasta yakınlarıyla görüşmede bu ifade bakım verilen kişinin reddi olarak algılanabilir. Bakım veren kişiler bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilmekte ve çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal yalıtım gibi duygular yaşayabilmektedirler (Atagün ve ark., 2011; Tülüce, 2012).

4.6.3. Bakım verene ait özellikler

Literatürde bakım verenlerin çoğunluğunun kadın, ilkökul mezunu, evli, çocuk sahibi ve ev hanımı olduğu ifade edilmiştir. (İnci ve Erdem, 2007). Literatürde erkek bakım veren oranının % 20-30 arasında olduğu belirtilmektedir. Ancak Russel (2008) çalışmasında erkek bakım verenlerin bakım verme alanında her geçen gün arttığını belirtmiştir. İngiltere’de 2004 verilerine göre erkeklerin evlerinde yakınlarına bakım vermeleri, kadınların yakınlarına bakım verme düzeylerine oldukça yaklaştığı belirtilmektedir. Buna rağmen bakım vericilerle ilgili çalışmalarda erkek bakım verenler ihmal edilen ve literatür içinde bir kenarda bırakılmış konulardan biridir. Erkek bakım veren oranı giderek arttığı halde bu konuda yeterli sayıda araştırma sonucu bulunmamaktadır (Akpınar, 2009).

4.6.4. Bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar

Yatağa bağımlı hastaların hastane ve ev ortamındaki bakımlarının aile üyeleri tarafından karşılanması doğal bir bakım şekli olarak kabul edilmiştir. Bakım verme süreci hem bakım alan yatağa bağımlı hasta hem de hastasının ihtiyaçlarını karşılayan bakım veren bireyler için zor bir süreçtir (Zaybak ve ark., 2012). Geçiş tipi bir toplum

olarak Türkiye'de ailelerin giderek çekirdeklediği ve daha çok kadının çalıştığı göz önüne alındığında, ücretli bir işte çalışan ve aynı zamanda evde eş ve anne olan kadınların pek çok rol ve sorumluluğu aynı anda yerine getirdiği görülmektedir. Bu kadınlar "bakım yükü" ve "bakım stresi" yaşamakta, kişisel ihtiyaç ve istekleriyle diğerlerinin sorumluluğunu dengelemek zorunda kalmaktadır (Cingil, 2013).

Yatağa bağımlı hastaya primer bakım verenler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşayabilir. Bedensel sorunlar; 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 (Alpteker, 2008). Bakım verenden ortaya çıkan psikolojik sorunlar halsizlik, gerginlik, huzursuzluk, kızgınlık hissi, uykusuzluk, stres, depresyon vb. şeklinde görülmektedir. Buna bağlı olarak bakım verenlerde ilaç kullanımında artış gözlemlenmektedir. Yatağa bağımlı hastaya sürekli bakma, bakım veren kişinin sosyal yaşamını etkilemekte, aile, arkadaş ve iş ilişkilerini bozmaktadır. Bundan dolayı bakım veren kişi kendini yalnız hissetmekte, sosyal yaşamaktadır. Yaşanılan ekonomik sorunlar yatağa bağımlı hastanın veya bakım verenin kendilerine ait bir gelirin veya sağlık güvencelerinin olmamasından kaynaklanmaktadır.

Bakım verme, bakım verenler tarafından çok boyutlu olarak algılanmaktadır. Çünkü bakım verme aslında hem olumsuz hem de olumlu yönü olan bir olgudur. Bakım verme stresli olsa bile, bakım veren tarafından ödül olarak da algılanabilir. Ödül; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma olabilir. Ayrıca bakım verme görevini üstlendiği için diğerleri tarafından tanınma, samimiyet ve sevginin artması kendine saygı duyma, daha önce bakım alandan aldığı bakımı ve desteği geri ödediği ve sevgisini kanıtladığı için kişisel doyum sağlama, çözülmemiş sorun ve duyguların çözülmesi, yararlı olma, akrabalık ilişkilerini güçlendirme, diğerlerinin gereksinimlerini daha iyi anlama, diğerlerinin problemlerine hoşgörülü yaklaşmak gibi ailenin bütünlüğünü sağlayan yararları da vardır (Öner, 2012).

4.6.5. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler

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

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb),
- Hasta ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Hasta ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi,
- Ambivalan duygular yaşanması,
- Hastanın bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması,
- Bakım verenin sağlığının bozuk ya da yaşının ilerlemiş olması,
- Bakım verenin hasta bakımı dışında da sorumluluklarının olması,
- Hastaya sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.),
- Hasta bireyin, bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması,
- Bağımlılığı olan hasta bireye bakım verme,
- Dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve hastaya ayırabilecekleri bir mekanın olmaması,
- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli hastalarla aile içi uyumsuzluklar,
- Ekonomik zorunluluklardan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin evde bulunmaması, bakım verme güçlüğüne etkileyen faktörler arasındadır (Malak ve Dicle, 2008; Yaşar, 2008; Yaşar, 2009).

4.6.6. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü

Günümüzde yaşlı nüfusunun, buna bağlı olarak kronik hastalıkların artması aileye düşen sorumlulukları arttırmakta ve bu sorumluluklar ailelerin ve bakım verenlerin sağlık profesyonelleri tarafından özel olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Yatağa bağımlı hasta bakımı tüm boyutları ile incelendiğinde bakım vermenin, sadece sevgi ve iyi niyet ile yürütemeyecek kadar çok boyutlu olduğu görülmektedir. Formal ve informal olarak hastaya bakımı verenler arasında mutlaka işbirliği yapılmalıdır. Bakım verenin, profesyonel sağlık ekibi ile işbirliği yapması, yaşadığı deneyimleri ve değerlerini paylaşması önemlidir. Hemşirenin evlerde hastasına bakan ailelere karşı duyarlı olması, bakım verenlerin farkına varması, saygı duyması, desteklemesi, bakım verme rollerini tanımlaması, değişen duruma uyum sağlama becerilerini belirlemesi verilen bakımın etkisini, kalitesini artırarak; ailedeki tüm bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini yükseltecektir. Sağlık profesyoneli ve informal bakım veren arasındaki karmaşık, dinamik ve çok yönü olan bu işbirliğinin nasıl kurulacağına ilişkin bilgiler ise çok sınırlıdır (Erdem, 2005; Akyar ve Akdemir, 2009).

Hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin bakım verenlere destek sağlayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi için öncelikle bakım yükünü belirleyebilmeleri gerekmektedir (Zaybak ve ark. 2012).

Sağlık Bakanlığı tarafından 19 Nisan 2011 tarih ve 27910 sayılı resmi gazetede “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin “Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları” bölümünde Halk Sağlığı Hemşireliğinin alt görev tanımlarında “Evde Bakım Hemşiresi” tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre bakım hemşiresi; yatağa bağımlı veya kendi ihtiyaçlarını bir başkasının desteği olmaksızın karşılayamayacak durumda evde bakım gereksinimi olan bireylere hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumludur (T.C. Resmi Gazete. 19 Nisan 2011, Sayı: 27910).

Hemşireler, kısmi olarak aile bakım vericileriyle pek çok ortak noktaya sahip olduklarından dolayı sosyal çalışmada diğer meslektaşlarıyla birlikte bakım vericilerin gereksinimlerini değerlendirmede anahtar roldedir. Aile bakım vericilerin yaşlıyla ilgili uzun deneyimleri ve bilgi düzeyleriyle karşılaştırıldığı zaman hemşireler önemli klinik becerilere sahiptirler ve yaşlının bakımını yükseltebilir ve ilaç/diğer hataları önleyebilirler (Cingil, 2013).

Temel rolü bakım verme olan ve sağlık çalışanları arasında kilit konuma sahip hemşireler danışmanlık, araştırmacı, eğitici, tedavi edici ve savunucu rollerinin gereği olarak hastayı ele alırken, bakım verenlere yönelik durum saptama çalışmaları yapmalı ve bu saptamalar doğrultusunda sürekli ve kaliteli bakıma yönelik yapıcı müdahaleler geliştirmelidir (Akyar ve Akdemir, 2009).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunları ve bakım yükünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma 03.12.2013-03.03.2014 tarihleri arasında İstanbul'da Anadolu Yakasında bir devlet hastanesinin Evde Sağlık Birimine kayıtlı yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireyler ile gerçekleştirildi. Soru formları, evde ziyarete gidilen hastalara bakım verenlere evlerinde, ziyarete gidilmeyen diğer bakım verenlere de Evde Sağlık Hizmetleri birimine geldiklerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurtuldu.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İstanbul'da Anadolu Yakasında bir devlet hastanesinin Evde Sağlık Birimine kayıtlı yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireyler oluşturmaktadır (N=4500). Araştırmada Örneklem belirlenmesi için evrendeki eleman sayısı biliniyorsa örneklem hesabı formülü kullanılarak yapılan hesaplama sonucunda örneklem minimum 251 hasta olması gerektiği belirlendi (Sümbüloğlu, 2002).

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

Formüllerde

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenecek olayın görülmemiş sıklığı (1-p)

t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma olarak simgelenmiştir.

$N=4500$ (Evde sağlık birimine kayıtlı hasta sayısı)

$p= 0,12$ (Türkiye'deki özürülük oranı)

$q= 0,88$

$d=0,05$

$t= 2.58$ ($\alpha=0.01$ seçilince ∞ serbestlik derecesindeki t değeri)

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q} = \frac{4500 \times (2.58)^2 \times 0.12 \times 0.88}{(0.05)^2 \times (4500-1) + (2.58)^2 \times 0.12 \times 0.88} = \frac{2992}{2.5} = \underline{\underline{251}}$$

Araştırma İstanbul'da Anadolu Yakasında bir devlet hastanesinin Evde Sağlık Birimine kayıtlı' yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerden ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 312 kişi ile gerçekleştirildi.

5.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından geliştirilen Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu, Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılarak toplandı.

5.4.1. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından 21 sorudan oluşan bir soru formu oluşturuldu. Bu formda, bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri(cinsiyet, yaş, doğum yeri, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olduğu kişi, aile tipi, konut tipi, çalışma durumu, aile geliri), sağlık durumları, hasta ile olan ilişkileri ve bakım verirken zorlandıkları alanlar ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek 1).

5.4.2. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından 7 sorudan oluşan bir soru formu oluşturuldu. Bu formda, bakım verilen hastanın tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, yaş eğitim durumu, sosyal güvence, meslek) ve hastalıklarıyla ilgili sorular yer almaktadır (Ek 2).

5.4.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı; Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur (Zarit ve Zarit 1990). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit ve Zarit 1990). Bu çalışmada Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin (BVY) cronbach alpha değeri 0,90 bulundu (Ek 3).

5.4.4. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğı

Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğı; Katz ve ark. tarafından temel günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla 1963 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, transfer, kontinans ve beslenme olmak üzere 6 başlıktan oluşmaktadır. GYA her bir başlık altında 'bağımlı, kısmen bağımlı, bağımsız' olarak cevap şıkları bulunmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, kısmen yardım alıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan kısmen bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Demir,2008). Ölçeğin,

Türkçeye uyarlanmış geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmamakla birlikte yaşlı sağlığının değerlendirildiği araştırmalarda yaygın olarak kullanıldığı belirlenmiştir (Karakuş ve ark., 2003; Demir, 2008; Camcı vek., 2010) (Ek 4).

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde; frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalandı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile test edildi ve anlamlılık değerleri 0,05'den büyük olduğu için ileri düzey çözümlenelerde parametrik testler kullanıldı. Parametrik testlerden iki bağımsız değişken için t testi, ikiden fazla bağımsız değişken için Varyans Analizi, ilişki analizleri için ise Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

5.6. Araştırma Etiği

Araştırmaya başlamadan önce Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alındı (Ek 6). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alındı (Ek 5). Araştırma Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerden araştırmaya katılmayı kabul edenler ile gerçekleştirildi. Hastaların ve yakınlarının ad-soyad bilgileri alınmadı.

6. BULGULAR

Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunları ve bakım yükünü belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya ait veriler aşağıdaki bölümler doğrultusunda incelendi.

- 6.1. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri
- 6.2. Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri
- 6.3. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumları
- 6.4. Bakım Veren Bireylerin ve Hastaların Çeşitli Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları
- 6.5. BVY Ölçeği ve GYA Ölçekleri Arasındaki İlişki

6.1. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri

Bu bölümde yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı incelendi

Tablo 2. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=312)

Demografik Özellik		n	%
Cinsiyet	Kadın	203	65,1
	Erkek	109	34,9
Yaş	20-25 yaş	2	0,6
	26-35 yaş	51	16,3
	36-45 yaş	78	25
	46-55 yaş	101	32,4
	56-65 yaş	46	14,7
	65 yaş üzeri	34	10,9
Doğum yeri	İl	138	44,2
	İlçe	111	35,6
	Köy	61	19,6
	Yurtdışı	2	0,6
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	4	1,3
	Okur-yazar	16	5,1
	İlköğretim mezunu	103	33
	Lise mezunu	98	31,4
	Üniversite mezunu	86	27,6
	Lisansüstü	5	1,6
Sosyal güvence	Emekli Sandığı	66	21,2
	SSK	196	62,8
	Bağ-Kur	30	9,6
	Yeşil Kart	6	1,9
	Özel sağlık sigortası	8	2,6
	Sağlık güvencesi yok	6	1,9
Meslek	Ev hanımı	144	46,2
	Emekli	55	17,6
	İşçi	32	10,3
	Serbest meslek	30	9,6
	Memur	6	1,9
	Diğer	45	14,3

Tablo.2'nin Devamı

Demografik Özellik		n	%
Medeni durum	Evli	227	72,8
	Bekar	53	17
	Boşanmış	18	5,8
	Dul	14	4,5
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	230	73,7
	Hayır	81	26
Çocuk sayısı	1	58	18,6
	2	113	36,2
	3	48	15,4
	4	9	2,9
	5	2	0,6
Bakmakla yükümlü olunan kişiler	Kendisi	83	26,6
	Eşi ve çocukları	176	56,4
	Eşi	46	14,7
	Kardeşleri	7	2,2
Aile tipi	Çekirdek aile	191	61,2
	Geniş aile	89	28,5
	Parçalanmış aile	25	8
	Diğer	7	2,2
Konut tipi	Gece kondu	23	7,4
	Apartman dairesi	250	80,1
	Müstakil ev	39	12,5
Çalışma durumu	Evet	95	30,4
	Hayır	217	69,6
Aile gelir durumu	Kötü	56	17,9
	Orta	200	64,1
	İyi	56	17,9
Toplam		312	100

Bakım veren bireylerin % 65,1'i kadın, % 34,9'u erkektir. Bakım veren bireylerin % 0,6'sı 20-25 yaş grubunda, % 16,3'ü 26-35 yaş grubunda, % 25'i 36-45 yaş grubunda, % 32,4'ü 46-55 yaş grubunda, % 14,7'si 56-65 yaş grubunda, % 10,9'u ise 65 yaş üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Bakım veren bireylerin % 44,2'si il, % 35,6'sı ilçe, % 19,6'sı köy, % 0,6'sı ise yurt dışı doğumludur.

Bakım veren bireylerin eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde % 1,3'ünün okur-yazar olmadığı, % 5,1'inin okur-yazar olduğu, % 33'ünün ilköğretim, % 31,4'ünün lise, % 27,6'sının üniversite, % 1,6'sının ise lisansüstü eğitime sahip olduğu tespit edildi.

Bakım veren bireylerin sahip oldukları sosyal güvenceleri incelendiğinde % 21,2'sinin emekli sandığı, % 62,8'inin SSK, % 9,6'sının Bağ-Kur, % 1,9'unun Yeşil kart, % 2,6'sının özel sağlık sigortası sağlık güvencesine sahip olduğu, buna karşın % 1,9'unun ise sağlık güvencesi olmadığı belirlendi.

Bakım veren bireylerin mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde % 46,2'sinin ev hanımı, % 17,6'sının emekli, % 10,3'ünün işçi, % 9,6'sının serbest meslek sahibi, % 1,9'unun memur, % 14,3'ünün mesleklerinin diğer meslek grubunda (bakıcı, öğretmen, öğretim üyesi, mühendis, mimar, hemşire, satış uzmanı, sekreter) olduğu tespit edildi.

Bakım veren bireylerin medeni durumları incelendiğinde % 72,8 ile büyük çoğunluğunun evli, %17'sinin bekar, % 5,8'inin boşanmış, % 4,5'inin ise dul olduğu belirlendi.

Bakım veren bireylerin % 73,7'sinin çocuk sahibi olduğu tespit edildi. Buna göre bakım veren bireylerin % 18,6'sı 1, % 36,2'si 2, % 15,4'ü 3, % 2,9' u 4, % 0,6' sı ise 5 çocuk sahibidir.

Bakım veren bireylerin bakmakla yükümlü oldukları kişiler incelendiğinde % 26,6'sının kendisine, % 56,4'ünün eşi ve çocuklarına, % 14,7' sinin eşine, % 2,2' sinin ise kardeşlerine bakmakla yükümlü oldukları tespit edildi.

Bakım veren bireylerin aile tipine göre dağılımları incelendiğinde % 61,2' sinin çekirdek aile, % 28,5' inin geniş aile, % 8' inin parçalanmış aile, % 2,2' sinin bu aile tipleri dışında bir aile tipine sahip oldukları belirlendi.

Bakım veren bireylerin oturdukları konut tipi incelendiğinde % 80,1 ile büyük çoğunluğunun apartman dairesinde, % 12,5'inin müstakil evde, % 7,4'ünün ise gecekonduda yaşadığı tespit edildi.

Bakım veren bireylerin sadece % 30,4'ünün şu an bir iş yerinde çalışmakta olduğu, % 69,6 ile büyük çoğunluğunun ise bir iş yerinde çalışmadığı belirlendi.

Bakım veren bireylerin aile gelir algısı incelendiğinde % 17,9'unun aile gelir algısını kötü, % 64,1'inin orta, % 17,9'unun ise iyi olarak tanımladığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Bakım Veren Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=312)

Sağlıkla İlgili Özellik		n	%
Sağlık problemi varlığı	Var	133	42,6
	Yok	179	57,4
Sağlık problemi var ise ilaç kullanma durumu	Kullanan	117	37,5
	Kullanmayan	6	1,9
Düzenli sağlık kontrolü	Giden	115	36,9
	Gitmeyen	176	56,4
	Arada bir	21	6,7
Kendi sağlığı ile ilgilenebilme durumu	İlgilenen	134	42,9
	İlgilenmeyen	150	48,1
	Arada bir	28	9
Toplam		312	100

Bakım veren bireylerin % 42,6 ile yarısında bir sağlık problemi olduğu, sağlık problemi olan bakım veren bireylerden 117 kişinin ilaç kullandığı, buna göre araştırmaya katılan bakım veren bireylerin % 37,5'inin ilaç kullandığı tespit edildi.

Bakım veren bireylerin düzenli sağlık kontrolüne gitme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde % 36,9'unun düzenli sağlık kontrolüne gittiği, % 6,7'sinin ara sıra gittiği, % 56,4'ünün ise gitmediği belirlendi.

Bakım veren bireylerin % 42,9'unun kendi sağlığı ile ilgilenebildiği, % 9'unun ara sıra ilgilenebildiği, % 48,1'inin ise ilgileneemediği tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 4: Bakım Veren Bireylerin Bakım Vermeye İlgili Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar (N=312)

Sağlıkla İlgili Özellik		n	%
Bakım verilen hastaya yakınlık düzeyi	Anne-Baba	25	8
	Eş	37	11,9
	Çocuk	214	68,6
	Kardeş	10	3,2
	Ücretli bakıcı	12	3,8
	Diğer	14	4,5
Bakım verme süresi	1-6 ay	29	9,3
	7-12 ay	44	14,1
	1-2 yıl	62	19,9
	2 yıl ve üzeri	177	56,7
Hastaya verilen bakım alanları	Maddi destek sağlama	8	2,6
	Psikolojik destek sağlama	36	11,5
	Bütün ihtiyaçları karşılama	268	85,9
Hastaya bakım verirken zorlanılan alanlar	Maddi destek sağlama	31	9,9
	Hijyenik gereksinimler	31	9,9
	Bütün ihtiyaçları karşılama	238	76,3
	Diğer	12	3,8
Toplam		312	100

Bakım veren bireylerin bakım verdikleri hastaya olan yakınlık düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde, bakım verilen kişi bakım veren bireylerin % 8'inde anne-baba, % 11,9'unda eş, % 68,6'sında çocuk, % 3,2'sinde kardeş, % 3,8'inde ücretli bakıcı, % 4,5'inde ise diğer bir kişi olarak belirlendi.

Bakım veren bireylerin bakım verme süreleri incelendiğinde % 9,3'ünün 1-6 ay, % 14,1'inin 7-12 ay, % 19,9'unun 1-2 yıl, % 56,7'inin ise 2 yıl ve üzeri süredir bakım verdiği tespit edildi.

Bakım veren bireylerin hastaya verdikleri bakım alanları incelendiğinde % 85,9'unun hastanın bütün ihtiyaçlarını karşıladığı, % 11,5'inin psikolojik destek sağladığı, % 2,6'sının ise maddi destek sağladığı belirlendi.

Bakım veren bireylerin hastaya bakım verirken zorlandıkları alanlar incelendiğinde ise % 76,3'ü ile büyük çoğunluğunun hastanın bütün ihtiyaçları karşılamada, % 9,9'unun maddi destek sağlamada, % 9,9'unun hijyenik gereksinimlerde, % 3,8'inin ise diğer alanlarda zorlandığı tespit edildi (Tablo 4).

6.2. Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik özelliklerine ve sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendi.

Tablo 5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=312)

Demografik Özellik	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	177	56,7
	Erkek	135	43,3
Yaş	20-25 yaş	5	1,6
	26-35 yaş	6	1,9
	36-45 yaş	3	1
	46-55 yaş	7	2,2
	56-65 yaş	34	10,9
	65 yaş üzeri	257	82,4
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	97	31,1
	Okur-yazar	74	23,7
	İlköğretim mezunu	77	24,7
	Lise mezunu	36	11,5
	Üniversite mezunu	28	9
Sosyal güvence	Emekli Sandığı	94	30,1
	SSK	151	48,4
	Bağ-kur	42	13,5
	Yeşil Kart	12	3,8
	Sağlık güvencesi yok	13	4,2
Meslek	Ev hanımı	177	56,7
	Emekli	118	37,8
	İşçi	7	2,2
	Serbest meslek	7	2,2
	Öğrenci	3	1
Hastanın kendine ait geliri olma durumu	Var	210	67,3
	Yok	101	32,4
Hastanın kendine ait gelir türü	Emekli Maaşı	121	38,8
	Evde Bakım Parası	13	4,2
	Eşinden Maaş	49	15,7
	65 Yaş Maaşı	15	4,8
	Babasından Maaş	12	3,8
Toplam		312	100

Bakım veren bireylerin baktıkları hastaların % 56,7'si kadın, % 43,3'ü ise erkektir. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde % 1,6'sı 20-25 yaş grubunda, % 1,9'u 26-35 yaş grubunda, %1'i 36-45 yaş grubunda, % 2,2'si 46-55 yaş grubunda, % 10,9'u 56-65 yaş grubunda, % 82,4 ile büyük çoğunluğu ise 65 yaş üzeri yaş grubunda yer almaktadır.

Bakım verilen hastaların eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde % 31,1'inin okur-yazar olmadığı, % 23,7'sinin okur-yazar olduğu, % 24,7'sinin ilköğretim, % 11,5'inin lise, % 9'unun ise üniversite, eğitime sahip olduğu tespit edildi.

Hastaların sahip oldukları sosyal güvenceleri incelendiğinde %30,1'inin emekli sandığı, %48,4'ünün SSK, % 13,5'inin Bağ-kur, %3,8'inin Yeşil kart sağlık güvencesine sahip olduğu, buna karşın % 4,2 ise sağlık güvencesi olmadığı belirlendi.

Bakım verilen hastaların meslekleri incelendiğinde % 56,7'sinin ev hanımı, % 37,8'inin emekli, % 2,2'sinin işçi, % 2,2'sinin serbest meslek sahibi, % 1'inin ise öğrenci olduğu tespit edildi.

Hastaların kendilerine ait bir gelire sahip olma durumları incelendiğinde sadece % 67,3' ünün kendine ait bir geliri olduğu saptandı. Buna göre hastaların % 38,8'inin emekli maaşı, % 4,2'sinin evde bakım parası, % 15,7'sinin eşinden maaş, % 4,8'inin 65 yaş maaşı ve % 3,8'inin babasından maaş gibi gelirleri olduğu tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=312)

Sağlıkla İlgili Özellik	Kategori	n	%
Hastanın yatağa bağımlılık nedeni	Serebovasküler Hastalık	93	29,8
	Kalp Yetmezliği	9	2,9
	Parkinson	9	2,9
	Hidrocefali	2	0,6
	Siroz	2	0,6
	Alzhemir	46	14,7
	Mutipl Skleroz	14	4,5
	Koah	11	3,5
	Demans	14	4,5
	Amyotrofik Lateral Skleroz	4	1,3
	Senilite	47	15,1
	Ortopedik Hastalıklar	39	12,5
	Kanser	22	7,1
	Hastanın kronik hastalıkları	Hipertansiyon	51
Hipertansiyon ve Böbrek Yetmezliği		4	1,3
Parkinson		5	1,6
Astım		5	1,6
Epilepsi		1	0,3
Diyabet		14	4,5
Hipertansiyon ve Diabetes Mellitus		36	11,5
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı		9	2,9
Kalp Yetmezliği		14	4,5
Hipertansiyon ve Kalp Yetmezliği		28	9
Hipertansiyon, Diabetes Mellitus ve Kalp Yetmezliği		22	7,1
Böbrek Yetmezliği		7	2,2
Yok		116	37,2
Hastanın yatağa bağımlılık süresi		1-6 Ay	51
	7-12 Ay	36	11,5
	1-2 Yıl	74	23,7
	2 Yıl Ve Üzeri	151	48,4
Toplam		312	100

Bakım veren bireylerin baktıkları hastaların yatağa bağımlılık nedenleri incelendiğinde, hastaların % 29,8'inin serebrovasküler hastalık, % 2,9'unun kalp yetmezliği, % 2,9'unun parkinson, % 0,6'sının hidrosefali, % 0,6'sının siroz, % 14,7'sinin alzheimer, % 4,5'inin MS, % 3,5'inin kronik obstrüktif akciğer hastalığı, % 4,5'i demans, % 1,3'ünün ALS, % 15,1'inin senilite, %12,5'inin ortopedik hastalık, % 7,1'inin ise kanser hastası olduğu belirlendi.

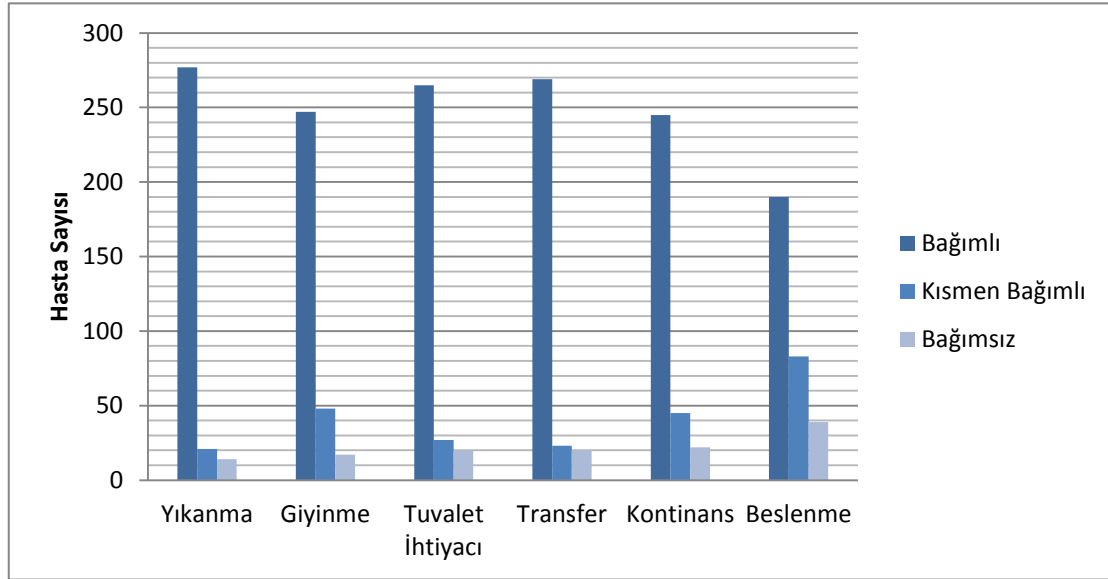
Hastaların kronik hastalıkları incelendiğinde; % 16,3'ünün hipertansiyon, % 1,3'ünün hipertansiyon ve böbrek yetmezliği, % 1,6'sının parkinson, % 1,6'sının astım, % 0,3'ünün epilepsi, % 4,5'inin diyabet, % 11,5'inin hipertansiyon ve diyabet, % 2,9'unun kronik obstrüktif akciğer hastalığı, % 4,5'inin kalp yetmezliği, % 9'unun hipertansiyon ve kalp yetmezliği, % 7,1'inin hipertansiyon, diyabet ve kalp yetmezliği, % 2,2'sinin böbrek yetmezliği hastası olduğu, % 37,2'sinin ise herhangi bir kronik hastalığı olmadığı tespit edildi.

Hastaların yatağa bağımlılık süreleri incelendiğinde % 16,3'ünün 1-6 ay, % 11,5'inin 7-12 ay, % 23,7'sinin 1-2 yıl, % 48,4'ünün ise 2 yıl ve üzeri süredir yatağa bağımlı olduğu belirlendi (Tablo 6).

6.3. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumları

Tablo 7. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumlarının Dağılımı (N=312)

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Bağımlı		Kısmen Bağımlı		Bağımsız	
	n	%	n	%	n	%
Yıkama	277	88,8	21	6,7	14	4,5
Giyinme	247	79,2	48	15,4	17	5,4
Tuvalet ihtiyacı	265	84,9	27	8,7	20	6,4
Transfer	269	86,2	23	7,4	20	6,4
Kontinans	245	78,5	45	14,4	22	7,1
Beslenme	190	60,9	83	26,6	39	12,5



Şekil 1. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumları

Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ölçeğine göre bağımlılık durumlarının dağılımı Tablo 7' de gösterildi. Buna göre hastaların % 88,8'inin yıkama ihtiyacını hasta yakınına bağımlı olarak, % 6,7'sinin kısmen bağımlı olarak, % 4,5'inin ise bağımsız olarak gerçekleştirebildiği belirlendi.

Hastaların % 79,2'sinin giyinme ihtiyacını hasta yakınına bağımlı olarak, % 15,4'ünün kısmen bağımlı olarak, % 5,4'ünün ise bağımsız olarak giderebildiği görüldü.

Araştırmaya katılan hastaların % 84,9'unun tuvalet ihtiyacını hasta yakınına bağımlı olarak, % 8,7'sinin kısmen bağımlı olarak, % 6,4'ünün ise bağımsız olarak giderebildiği tespit edildi.

Hastaların % 86,2'sinin transfer ihtiyacını hasta yakınına bağımlı olarak, % 7,4'ünün kısmen bağımlı olarak, % 6,4'ünün ise bağımsız olarak giderebildiği görüldü.

Araştırmaya katılan hastaların % 84,9'unun kontinans ihtiyacını hasta yakınına bağımlı olarak, % 8,7'sinin kısmen bağımlı olarak, % 6,4'ünün ise bağımsız olarak giderebildiği tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=312)

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Min	Maks	\bar{x}	ss
Yıkanma	1	3	1,16	0,47
Giyinme	1	3	1,26	0,55
Tuvalet ihtiyacı	1	3	1,21	0,54
Transfer	1	3	1,2	0,53
Kontinans	1	3	1,29	0,58
Beslenme	1	3	1,52	0,7
GYA Toplam Puan	6	18	7,64	2,94

Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin bakım verdikleri hastaların GYA Ölçeği maddelerinin puan ortalamalarının dağılımları Tablo 8' de gösterildi. Buna göre madde puan ortalaması $1,16 \pm 0,47$ ile $1,52 \pm 0,70$ arasındaki değişmekte olup, en düşük puan ortalamasına sahip madde “Yıkanma Bağımlılığı”, en yüksek puan ortalamasına sahip madde ise “Beslenme Bağımlılığı” olarak tespit edildi. Bu kapsamda hastaların en çok yıkanma konusunda, en az ise beslenme konusunda yakınlarından destek aldığı tespit edildi. GYA toplam puan ortalaması ise $7,64 \pm 2,94$ olarak bulundu.

6.4. BVY Ölçeği Puan Ortalamaları ve Bakım Veren Bireylerin ve Hastaların Çeşitli Özelliklerine Göre BVY Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde BVY ölçeği puan ortalamaları bakım veren bireylerin ve hastaların sosyo-demografik ve sağlıkla ilgili özelliklerine ve hastaların GYA ölçeğine göre bağımlılık durumlarına göre karşılaştırılarak tablo şeklinde verildi.

Tablo 9. BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=312)

Madde	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Maks
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	2,65	1,109	0	4
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	2,2	1,041	0	4
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	2,27	1,042	0	4
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	1,4	1,152	0	4
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	1,05	0,972	0	4
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	1,35	1,287	0	4
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	2,31	1,243	0	4
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	3,2	1,038	0	4
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	1,14	0,994	0	4
10. Yakınıyla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	1,62	1,175	0	4

Tablo 9'un Devamı.

Madde	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Maks
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	1,95	1,219	0	4
12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	2,11	1,164	0	4
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	1,59	1,384	0	4
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	3,11	1,119	0	4
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	2,23	1,348	0	4
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	1,27	1,275	0	4
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	1,73	1,334	0	4
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	1,32	1,247	0	4
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	1,63	1,157	0	4
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	2,34	1,27	0	4
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	2,75	1,074	0	4
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	2,35	0,97	0	4
BVY Toplam Puan	43,56	15,058	0	82

Bakım veren bireylerin BVY ölçeği maddelerinin puan dağılımları Tablo 9'da belirtilmiştir. Buna göre madde puan ortalaması $1,05 \pm 0,97$ ile $3,20 \pm 1,038$ arasındaki değişmekte olup, en düşük puan ortalamasına sahip madde “Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?”, en yüksek puan ortalamasına sahip madde ise “Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?” olarak tespit edildi. Bakım Verme Yüğü Ölçeği toplam puan ortalaması $43,56 \pm 15,05$ olarak bulundu.

Tablo 10. Bakım Veren Bireylerin Cinsiyetine, Yaşına ve Eğitim Durumuna Göre BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=312)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	BVY Ölçeği	İstatiksel Değerlendirme	
			$\bar{x} \pm ss$	F / t	p
Cinsiyet	Kadın	203	45,24 ± 12,86	t = 2,709	0,007
	Erkek	109	40,44 ± 18,11		
Yaş	20-25 yaş	2	63,00 ± 0,00	F = 7,990	0,001
	26-35 yaş	51	37,73 ± 11,77		
	36-45 yaş	78	38,94 ± 14,17		
	46-55 yaş	101	44,31 ± 15,61		
	56-65 yaş	46	51,80 ± 12,36		
	65 yaş üzeri	34	48,41 ± 16,25		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	4	40,00 ± 11,54	F = 0,968	0,438
	Okur-yazar	16	44,56 ± 9,74		
	İlköğretim mezunu	103	45,58 ± 16,73		
	Lise mezunu	98	42,90 ± 14,98		
	Üniversite mezunu	86	42,43 ± 13,88		
	Lisansüstü	5	34,00 ± 14,74		

F: Anova t: t testi

Bakım veren bireylerin cinsiyetine göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadın bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalaması, erkek bakım veren bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$).

Bakım veren bireylerin yaşlarına göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). 56-65 ve 65 yaş üzeri yaş grubunda olan bakım veren bireylerin BVY puan ortalamaları, 26-35 ve 36-45 yaş grubunda olan bakım veren bireylerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$).

Bakım veren bireylerin eğitim durumuna göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Bakım Veren Bireylerin Medeni Durumuna, Çalışma Durumuna ve Aile Gelir Durumuna Göre BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=312)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	BVY Ölçeği	İstatistiksel Değerlendirme	
			$\bar{x} \pm ss$	F / t	p
Medeni durum	Evli	227	43,79 ± 14,66	F = 5,247	0,002
	Bekar	53	41,55 ± 16,98		
	Boşanmış	18	36,56 ± 11,49		
	Dul	14	56,43 ± 9,86		
Şu an çalışmakta olduğu işyeri	Evet	95	36,64 ± 14,86	t = -5,629	0,000
	Hayır	217	46,59 ± 14,14		
Aile gelir durumu	Kötü	56	47,02 ± 15,50	F = 1,992	0,138
	Orta	200	42,51 ± 14,87		
	İyi	56	43,88 ± 14,99		

F: Anova t: t testi

Bakım veren bireylerin medeni durumuna göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; dul olan bakım veren bireylerin puan ortalamalarının, evli, bekar ve boşanmış bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bulundu ($p < 0,01$).

Bakım veren bireylerin bir iş yerinde çalışma durumuna göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışmayan bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalamaları, çalışan bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu. ($p < 0,001$).

Bakım veren bireylerin aile gelir durumuna göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Bakım Veren Bireylerin Doğum Yeri, Sosyal Güvencesi, Aile Tipi Ve Konut Tipine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=312)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	BVY Ölçeği	İstatistiksel Değerlendirme	
			$\bar{x} \pm ss$	F / t	p
Doğum yeri	İl	138	44,98 ± 16,19	F = 1,335	0,263
	İlçe	111	43,32 ± 11,87		
	Köy	61	40,59 ± 17,39		
	Yurtdışı	2	50,00 ± 0,00		
Sosyal güvence	Emekli Sandığı	66	45,08 ± 14,65	1,16	0,329
	SSK	196	43,93 ± 15,58		
	Bağ-Kur	30	42,10 ± 14,57		
	Yeşil Kart	6	42,00 ± 4,73		
	Özel sigorta	8	33,50 ± 9,92		
	Yok	6	37,17 ± 13,49		
Aile tipi	Çekirdek aile	191	42,88 ± 16,11	F = 0,936	0,423
	Geniş aile	89	44,96 ± 12,96		
	Parçalanmış aile	25	45,56 ± 14,82		
	Diğer	7	37,29 ± 9,25		
Konut tipi	Gece konu	23	47,57 ± 16,83	F = 8,207	0,001
	Apartman dairesi	250	44,55 ± 14,96		
	Müstakil ev	39	34,87 ± 11,43		

F: Anova t: t testi

Bakım veren bireylerin doğum yerlerine, sosyal güvencesine ve aile tipine göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Bakım veren bireylerin yaşadıkları konut tipine göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gece konu ve apartman dairesinde yaşayan bakım veren bireylerin puan ortalamaları, müstakil evde yaşayan bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 12).

Tablo 13. Bakım Veren Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumu, Çocuk Sayısı ve Bakmakla Yükümlü Olunan Kişilere Göre BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=312)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	BVY Ölçeği	İstatistiksel Değerlendirme	
			$\bar{x} \pm ss$	F / t	p
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	230	44,01 ± 14,35	t = 0,943	0,347
	Hayır	81	42,17 ± 16,97		
Çocuk sayısı	1	58	42,03 ± 15,34	F = 1,379	0,242
	2	113	43,36 ± 14,54		
	3	48	47,54 ± 11,65		
	4	9	47,78 ± 17,86		
	5	2	36,00 ± 0,00		
Bakmakla yükümlü olunan kişiler	Kendisi	83	43,10 ± 16,13	F = 0,299	0,826
	Eşi ve çocukları	176	43,25 ± 14,19		
	Eşi	46	45,20 ± 16,69		
	Kardeşleri	7	46,14 ± 13,96		

F: Anova t: t testi

Bakım veren bireylerin çocuk sahibi olma durumlarına, çocuk sayısına, bakmakla yükümlü oldukları kişilere göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Bakım Veren Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=312)

Sağlıkla İlgili Özellikler		n	BVY Ölçeği	İstatiksel Değerlendirme	
			$\bar{x} \pm ss$	F / t	p
Sağlık problemi varlığı	Evet	133	49,76 ± 15,04	t = 6,694	0,001
	Hayır	179	38,96 ± 13,34		
Sağlık problemi varsa ilaç kullanma	Evet	117	48,80 ± 14,86	t = -1,343	0,182
	Hayır	6	57,00 ± 3,89		
Düzenli sağlık kontrolü	Evet	115	44,59 ± 14,76	F = 0,587	0,557
	Hayır	176	43,17 ± 14,77		
	Arada bir	21	41,19 ± 19,02		
Kendi sağlığı ile ilgilenbilme durumu	Evet	134	40,23 ± 14,69	F = 10,326	0,001
	Hayır	150	47,45 ± 14,57		
	Arada bir	28	38,68 ± 14,56		

F: Anova t: t testi

Bakım veren bireylerin sağlık problemi olma durumuna göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık problemi olan bakım veren bireylerin puan ortalamaları, sağlık problemi olmayan bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. ($p < 0,001$).

Bakım veren bireylerin kendi sağlığı ile ilgilenbilme durumuna göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendi sağlığı ile ilgilenemeyen bakım veren bireylerin puan ortalamalarının, kendi sağlığı ile ilgilenen veya ara sıra ilgilenen bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,001$).

Bakım veren bireylerin ilaç kullanma durumuna, düzenli sağlık kontrolüne gitme durumuna göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Bakım Veren Bireylerin Bakım Vermeyle İlgili Özelliklerine ve Yaşadıkları Sorunlara Göre BVY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=312)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	BVY Ölçeği	İstatistiksel Değerlendirme	
			$\bar{x} \pm ss$	F / t	p
Bakım verilen hastaya yakınlık düzeyi	Anne-Baba	25	39,28 ± 9,43	F = 2,804	0,017
	Eş	37	50,46 ± 14,50		
	Çocuk	214	43,52 ± 15,26		
	Kardeş	10	34,80 ± 16,91		
	Ücretli bakıcı	12	41,75 ± 7,864		
	Diğer	14	41,43 ± 19,27		
Bakım verme süresi	1-6 ay	29	39,79 ± 12,81	F = 2,698	0,046
	7-12 ay	44	43,75 ± 15,70		
	1-2 yıl	62	39,97 ± 14,41		
	2 yıl ve üzeri	177	45,39 ± 15,23		
Hastaya verilen bakım alanları	Maddi destek	8	32,25 ± 10,74	F = 4,295	0,014
	Psikolojik des.	36	39,28 ± 15,27		
	Bütün ihtiyaçlar	268	44,47 ± 14,94		
Hastaya bakım verirken zorlanılan alanlar	Maddi destek	31	34,52 ± 15,41	F = 7,252	0,001
	Hijyenik g.	31	38,84 ± 12,38		
	Bütün ihtiyaçlar	238	45,64 ± 15,04		
	Diğer	12	37,83 ± 6,54		

F: Anova t: t testi

Bakım veren bireylerin bakım verilen hastaya yakınlık düzeyine göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eşine bakan bakım veren bireylerin puan ortalamalarının, anne-baba veya kardeşine bakan bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Bakım veren bireylerin bakım verme süresine göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bakım verme süresi 2 yıl ve üzeri olan bakım veren

bireylerin puan ortalamaları, diğer bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Bakım veren bireylerin hastaya verilen bakım alanlarına göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılayan bakım veren bireylerin puan ortalamalarının, yalnızca maddi veya psikolojik destek veren bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Bakım veren bireylerin bakım verilirken zorlanılan alana göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılamada zorluk yaşıyan bakım veren bireylerin puan ortalamalarının, maddi destek konusunda zorluk yaşıyan bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$). (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=312)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	BVY Ölçeği	İstatiksel Değerlendirme	
			$\bar{x} \pm ss$	F / t	p
Cinsiyet	Kadın	177	44,33 ± 15,45	t = 1,030	0,304
	Erkek	135	42,56 ± 14,51		
Yaş	20-25 yaş	5	43,20 ± 12,29	F = 0,299	0,913
	26-35 yaş	6	45,67 ± 22,73		
	36-45 yaş	3	44,67 ± 2,88		
	46-55 yaş	7	47,57 ± 7,54		
	56-65 yaş	34	41,18 ± 14,46		
	65 yaş üzeri	257	43,71 ± 15,27		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	97	41,99 ± 15,38	F = 3,111	0,016
	Okur-yazar	74	43,30 ± 15,42		
	İlköğretim mezunu	77	42,96 ± 13,73		
	Lise mezunu	36	51,56 ± 14,30		
	Üniversite mezunu	28	41,07 ± 15,11		
Sosyal güvence	Emekli Sandığı	94	41,23 ± 15,25	F = 2,045	0,088
	SSK	151	44,60 ± 14,43		
	Bağ-Kur	42	43,60 ± 17,71		
	Yeşil Kart	12	39,33 ± 5,21		
	Yok	13	52,08 ± 14,86		
Meslek	Ev hanımı	177	44,28 ± 15,95	F = 2,967	0,02
	Emekli	118	42,65 ± 13,36		
	İşçi	7	31,00 ± 3,36		
	Serbest meslek	7	56,43 ± 17,77		
	Öğrenci	3	36,00 ± 10,39		
Hastanın kendine ait gelir durumu	Var	210	43,40 ± 14,85	F = 0,271	0,786
	Yok	101	43,89 ± 15,60		
Hastanın gelir türü	Emekli maaşı	121	43,31 ± 14,14	F = 0,691	0,599
	Evde bakım parası	13	43,00 ± 7,46		
	Eşinden maaş	49	42,04 ± 16,64		
	65 yaş maaşı	15	49,27 ± 9,19		
	Babasından maaş	12	42,83 ± 24,03		

F: Anova t: t testi

Bakım veren bireylerin bakım verdikleri hastanın cinsiyetine, yaşına, sosyal güvencesine, kendine ait geliri olup olmamasına ve hastanın gelir türüne göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Bakım veren bireylerin bakım verdikleri hastanın eğitim durumuna göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bakım verdiği hastanın eğitim düzeyi lise olan bakım veren bireylerin puan ortalamalarının, bakım verdikleri hastanın eğitim düzeyi okur-yazar olmayan, ilköğretim veya üniversite olan bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Bakım veren bireylerin bakım verdikleri hastanın mesleğine göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bakım verdiği hasta serbest meslek sahibi olan bakım veren bireylerin puan ortalamaları, bakım verdiği hasta işçi olan bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). (Tablo 16).

Tablo 17. Hastaların Yatağa Bağımlılık Süresine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=312)

Sağlıkla İlgili Özellikler		n	BVY Ölçeği	İstatistiksel Değerlendirme	
			$\bar{x} \pm SS$	F / t	p
Hastanın yatağa bağımlılık süresi	1-6 ay	51	41,08 ± 12,80	F = 2,152	0,094
	7-12 ay	36	39,36 ± 14,33		
	1-2 yıl	74	43,61 ± 16,10		
	2 yıl ve üzeri	151	45,38 ± 15,22		

F: Anova t: t testi

Bakım veren bireylerin bakım verdikleri hastanın yatağa bağımlılık süresine göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumuna Göre Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=312)

Günlük Yaşam Aktiviteleri		n	BVY Ölçeği	İstatistiksel Değerlendirme	
			$\bar{x} \pm ss$	F	p
Yıkanma	Bağımlı	277	42.87 ± 14.94	F = 2,841	0,06
	Kısmen bağımlı	21	50.43 ± 15.97		
	Bağımsız	14	46.86 ± 13.90		
Giyinme	Bağımlı	247	42.01 ± 14.90	F = 7,168	0,001
	Kısmen bağımlı	48	50.69 ± 14.32		
	Bağımsız	17	45.94 ± 13.92		
Tuvalet ihtiyacı	Bağımlı	265	42.80 ± 15.17	F = 2,712	0,068
	Kısmen bağımlı	27	49.59 ± 14.13		
	Bağımsız	20	45.55 ± 13.20		
Transfer	Bağımlı	269	43.13 ± 15.43	F = 0,856	0,426
	Kısmen bağımlı	23	46.91 ± 11.68		
	Bağımsız	20	45.55 ± 13.19		
Kontinans	Bağımlı	245	42.22 ± 15.07	F = 4,760	0,009
	Kısmen bağımlı	45	49.11 ± 15.46		
	Bağımsız	22	47.14 ± 10.75		
Beslenme	Bağımlı	190	41.05 ± 14.64	F = 7,272	0,001
	Kısmen bağımlı	83	48.10 ± 15.23		
	Bağımsız	39	46.15 ± 14.34		

F: Anova

Hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumuna göre BVY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bakım verdiği hastanın yıkanma, tuvalet ihtiyacı ve transfer yönünden bağımlılık durumuna göre bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Giyinmede kısmen bağımlı hastalara bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalamaları, giyinmede tamamen bağımlı hastalara bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$).

Kontinans konusunda kısmen bağımlı hastalara bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalamaları, kontinans konusunda tamamen bağımlı hastalara bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$).

Beslenme konusunda kısmen bağımlı hastalara bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalamalarının, beslenme konusunda tamamen bağımlı hastalara bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 18).

6.5. BVY Ölçeği ve GYA Ölçekleri Arasındaki İlişki

Tablo 19. Bakım Veren Bireylerin BVY Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastaların GYA Ölçekleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=312)

Günlük Yaşam Aktiviteleri	BVY Ölçeği	
	r_p	p
Yıkanma	0,107	0,059
Giyinme	0,164**	0,004
Tuvalet ihtiyacı	0,095	0,094
Transfer	0,062	0,274
Kontinans	0,148**	0,009
Beslenme	0,175**	0,002
GYA Toplam Puan	0,148**	0,009

r_p : Pearson korelasyon katsayısı ** $p<0,01$

BVY Ölçeği ile GYA Ölçeği maddeleri ve toplam puanı arasındaki ilişkiler Tablo 19'de aörlmektedir. Buna göre bakım veren bireylerin BVY Ölçeği puan ortalamaları ile; hastaların GYA Ölçeği yıkanma bağımlılığı, tuvalet bağımlılığı ve transfer bağımlılığı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). BVY Ölçeği puan ortalamaları ile; giyinme bağımlılığı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde (r_p : 0,164, $p<0,01$); kontinans bağımlılığı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde (r_p : 0,148, $p<0,01$); beslenme bağımlılığı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde (r_p : 0,175, $p<0,01$) bir ilişki olduğu görüldü. Hastaların BVY Ölçeği puan ortalamaları ile GYA Ölçeği toplam puanı arasında ise pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde (r_p : 0,148, $p<0,01$) bir ilişki olduğu tespit edildi (Tablo 19).

7. TARTIŞMA

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, hastalık yükü giderek artmaktadır (İncirkuş ve Nahcivan, 2011). Yaşlılığın ve kronik hastalıkların artmasıyla yatağa bağımlılık durumunda da artış gözlemlenmiştir. Yatağa bağımlı hastaların hastane ve ev ortamındaki bakımlarının karşılanması doğal bir bakım şekli olarak kabul edilmiştir. Bakım verme süreci hem bakım alan yatağa bağımlı hasta hem de hastasının ihtiyaçlarını karşılayan bakım veren bireyler için zor bir süreçtir (Zaybak ve ark. 2011). Bu bağlamda; araştırma İstanbulda bir devlet hastanesinin Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı yatağa bağımlı hastalara bakım veren 312 birey ile gerçekleştirildi.

Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin % 32,4'ü 46-55 yaş grubunda, % 44,2'si il doğumlu, % 33'ü ilköğretim mezunu, % 62,8'inin sosyal güvencesi SSK, % 72,8'i evli, % 46,2'si ev hanımı ve % 73,7'sinin çocuğu vardır. Bakım veren bireylerin sadece % 30,4'ünün şu an bir iş yerinde çalışmakta olduğu ve % 64,1'inin aile gelir durumunun orta olduğu belirlendi (Tablo 2).

Araştırmaya katılan bireylerin % 65,1'i kadın, % 34,9'u erkektir (Tablo 2). Gürol ve Çapık (2014) yaptıkları yaşlıya evde bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlendiği araştırmada bakım veren hasta yakınlarının % 64,7' sinin, Zaybak ve ark. (2012) çalışmalarında yatağa bağımlı hastaya bakım veren bireylerin % 77'sinin kadın olduğu saptanmıştır. Öner (2012) yaptığı çalışmada ise yine bakım verenlerin çoğunluğunun cinsiyetinin kadın olduğu (% 57,5) görülmüştür. Yapılan diğer araştırmalarda da bu araştırmaya paralel olarak yatağa bağımlı hastaya bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu dikkat çekmektedir (Morimoto ve Schreiner, 2003; İnci ve Erdem, 2007; Alpteker 2008; Yaşar, 2008; Akyar ve Akdemir, 2009; Tülüce, 2012; Tang ve ark, 2013). Toplumumuzda kadınların ailede geleneksel olarak bakım verici rolü üstlenmesinin, bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bakım veren bireylerin % 42,6 ile yarısında bir sağlık problemi olduğu, sağlık problemi olanların % 37,5'inin ilaç kullandığı tespit edildi. Ayrıca bireylerin % 56,4'ünün düzenli sağlık kontrolüne gitmediğini, % 48,1 'i ise kendi sağlığı ile ilgilenemediğini belirtmiştir (Tablo 3). Morimoto ve Schreiner (2003) çalışmalarında

bakım verenlerin % 53,2'sinin kronik bir hastalığının olduğu saptanmıştır. Akyar ve Akdemir (2009) yaptıkları bir araştırmada bakım verenlerin % 66'sının tanı konulmuş bir hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Alpteker (2008) çalışmasında bakım verenlerin % 69,4'ünün herhangi bir hastalığının olduğu görülmüştür. Tuna ve Olgun (2010) yaptıkları çalışmalarında, inmeli hastaya bakım verenlerin % 51,8'si sağlıklarının olumsuz etkilendiğini ve %57'si fiziksel veya psikolojik sağlık sorunları yaşadığını ifade etmiştir. Yatağa bağımlı hastaya bakım verenlerde sağlık problemlerinin olması ve ilaç kullanmaları, bakım verenlerin bakım vermeye bağlı olarak bazı sağlık sorunlarının var olduğunu göstermektedir. Ayrıca hastalarına bakım vermeye başladıktan sonra, yatağa bağımlı hasta bir kişiyle uzun zaman geçirmek, onun tüm ihtiyaçlarını karşılamak zorunda kalmak zamanla bakım verenlerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Zaman sorunu nedeniyle kendi sağlıklarıyla yeterince ilgilenememeleri, sağlık kontrollerini düzenli yaptırmamaları da var olan sağlık sorunlarının daha da kötüleşmesine neden olmaktadır.

Araştırmada yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin, % 8'inde anne-baba, % 11,9'unda eş, % 68,6'sında çocuk, % 3,2'sinde kardeş, % 3,8'inde ücretli bakıcı, % 4,5'inde ise diğer bir kişi olduğu belirlendi (Tablo 4). Yapılan çalışmalarda araştırmada olduğu gibi yatağa bağımlı hastaya bakım verenlerin kadın/eş ve hastanın kızı olduğu görülmektedir (Morimoto ve Schreiner, 2003; Yaşar, 2008; Mollaoğlu ve ark., 2011; Karahan ve İslam, 2013; Costa-Requeena, Val, Cristofol, 2014). Berger et al. (2005) çalışmalarında bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun eşleri olduğu saptanmıştır. Tuna ve Olgun (2010) çalışmalarında bakım verenlerin yakınlık derecelerinin ülkelere göre farklılık gösterdiğini, Pang ve arkadaşları'nın araştırmasında Tayvan'da hastalara daha çok eşlerinin, A.B.D ve Çin'de ise daha çok çocuklarının baktıklarını ifade etmişlerdir. Ceylan (2007) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin % 75'inin hastanın çocukları, kronik böbrek yetmezliği hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin % 51,8'inin hastaların eşleri olduğu saptanmıştır. Kültürümüzde yatağa bağımlı hastanın bakımında çocuklar önemli bir yere sahiptir. Yatağa bağımlı hastaya çocuklarının bakım verme nedenleri; duygusal yakınlık, bağlılık, yaşlı bireyden geçmişte aldığı destek ve yardımın geri ödenmesi ya da minnettarlık duygusu, bakım alanın hasta rolünde olması nedeniyle

gereksinimlerini karşılayamaması, "aile dayanışması" ve "evlat olma sorumluluğu" gibi toplumsal değerlerdir (Karahan ve İslam, 2013).

Bakım veren bireylerin % 9,3'ünün 1-6 ay, % 14,1'inin 7-12 ay, % 19,9'unun 1-2 yıl, % 56,7'inin ise 2 yıl ve üzeri süredir bakım verdiği tespit edildi (Tablo 4). Akyar (2006) alzheimer hastaların bakım verenlerinin yüklerini araştırdığı çalışmasında hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun 6-10 yıl bakım verdiğini saptamıştır. İnci ve Erdem (2008) çalışmalarında aynı evi paylaşma özelliklerini incelediğinde bakım verenlerin % 34,5'inin doğduğundan beri yaşlı ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Liu et al. (2012) ise çalışmalarında bakım verenlerin % 33,3'ünün 25-60 ay demanslı hastaya bakım verdiklerini saptamıştır.

Bakım veren bireylerin hastaya verdikleri bakım alanları incelendiğinde % 85,9'unun hastanın bütün ihtiyaçlarını karşıladığı, % 11,5'inin psikolojik destek sağladığı, % 2,6'sının ise maddi destek sağladığı belirlendi. Bakım veren bireylerin % 76,3'ü ile büyük çoğunluğunun hastanın bütün ihtiyaçları karşılama, % 9,9'unun maddi destek sağlamada, % 9,9'unun hijyenik gereksinimlerde, %3,8'inin ise diğer alanlarda zorlandığı tespit edildi (Tablo 4). Mollaoğlu ve ark. (2011) inmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalarında bakım verenlerin çoğunun (% 73,1) hastaların bütün ihtiyaçlarını karşıladığını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada bakım verenlerin % 42,3'ünün bütün ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Akyar ve Akdemir (2009) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin % 78,6'sının bakım vermede güçlük yaşadığı tespit edilmiştir. Öner (2012) onkoloji hastalarına bakım verenlerin yüklerini belirlediği çalışmasında bakım verenlerin % 67,5'i bakımda güçlük yaşadığını belirtmiştir.

Araştırmada yatağa bağımlı hastaların bağımlılık durumlarının belirlenmesi için GYA Ölçeği kullanıldı. Hastaların yıkanmada % 88,8'inin, giyinmede % 79,2'sinin, tuvalet ihtiyacını karşılamada % 84,9'unun, transfer ihtiyacını karşılamada % 86,2'sinin, kontinans ihtiyacını karşılamada % 84,9'unun bakım veren bireylere bağımlı olduğu tespit edildi (Tablo 7). GYA Ölçeği toplam puan ortalaması ise $7,64 \pm 2,948$ olarak bulundu (Tablo 8). Bu sonuca göre araştırmaya katılan bakım veren bireylerin baktıkları hastaların kısmen bağımlı olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmada yatağa bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım yüklerini belirlemek için BVY ölçeği kullanıldı. BVY Ölçeği'nden alınan puan ne kadar yüksek

ise bakım veren bireylerin yükü de o kadar artmaktadır. Araştırmada yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin BVY Ölçeği puan ortalaması $43,56 \pm 15,05$ (min=0, max=82) olarak bulundu (Tablo 9). Bu bulgu, bakım verenlerin bakım yüklerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Zaybak ve ark. (2012) araştırmalarında BVY ölçeği puan ortalaması $24,91 \pm 7,05$, Tang ve ark. (2013) demanslı hastaya bakım verenler üzerine yaptığı çalışmasında BVY ölçeği puan ortalaması 26.6, Morimoto ve Schreiner (2003) çalışmalarında BVY ölçeği puan ortalaması 28.33 ± 13.07 , Öner (2012) onkoloji hastalarında yaptığı araştırmasında BVY ölçeği puan ortalamasını $32,11 \pm 12,44$, Mollaoğlu ve ark. (2011) çalışmalarında inmeli hastalara bakım verenlerin BVY ölçeği puan ortalaması $33,02 \pm 15.92$ bulunmuştur. Araştırma sonucunun, diğer araştırma sonuçlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçta araştırmanın çoğunluğu yaşlı olan yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerle gerçekleştirilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kadın bakım verenlerin BVY ölçeği puan ortalamalarının, erkeklerden yüksek olduğu saptandı (Tablo 10). Yapılan diğer çalışmalarda da kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre bakım yüklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Akpınar, 2009; Öner, 2012; Tülüce, 2012; Akgül 2013). Bu sonuçlara göre kadınların toplumdaki yerine bağlı olarak hem çalışma hayatında olmaları hem ev işi, çocuk bakımını üstlenmeleri hem de hastalarına bakım vermelerinden dolayı erkeklere göre bakım verme yükü daha fazla olduğu söylenebilir.

56-65 ve 65 yaş üzeri yaş grubunda olan bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalamaları, 26-35 ve 36-45 yaş grubundaki bireylere göre yüksek bulundu (Tablo 10). Buna göre bakım veren bireylerin yaşı arttıkça hastalarına bakım vermede zorlandıkları ve bakım yüklerinin arttığı anlaşılmaktadır. Bu durum bakım veren bireylerin yaşı arttıkça sağlık problemlerinin artması veya yaşa bağlı vücut yorgunluğunun artması ile ilişkili olabilir. Evangelista et al. (2002) yapmış olduğu çalışmada yaş artıkça bakım yükünün arttığı ayrıca kadınların bakım yüklerinin erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca 20-25 yaş grubundaki bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalaması, diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Bu sonuç bize genç bakım veren bireylerin genç yaşta yatağa bağımlı hastanın bakım sorumluluğunu üstlenmek durumunda olmasından, bilgi ve deneyim eksikliğinden, hem

çalışma hayatında olmasından hem de özel hayatlarına yeterince zaman ayıramamasından dolayı bakım yüklerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Dul olan bireylerin BVY ölçeği puan ortalamalarının, evli, bekar ve boşanmış bakım vericilerin puan ortalamalarına göre yüksek olduğu belirlendi (Tablo 11). Buna göre dul bakım vericilerin kendi sorunlarına ek olarak bir de yatağa bağımlı bir hastaya bakım vermeleri bakım yüklerini daha da arttırmaktadır.

Bir iş yerinde çalışmayan bakım vericilerin puan ortalamaları, çalışanlara göre yüksek bulundu (Tablo 11). Buna göre çalışan bakım vericilerin bakım verirken bazı konularda başka kişilerden yardım aldıklarını, ekonomik açıdan daha rahat bir durumda olmaları ve bakım verme sürelerinin, çalışmayan bakım vericilere göre daha kısa olmasından dolayı bakım yüklerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Gece kondu ve apartman dairesinde yaşayan bakım vericilerin BVY ölçeği puan ortalamaları, müstakil evde yaşayan bakım vericilerin puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (Tablo 12). Bu sonuç; fiziki ortam koşullarının yetersizliğinin ve evlerde hasta için ayrı bir odanın olamamasının, bakım vericilerin bakım yükünü arttırdığını göstermektedir.

Çalışmada kendi sağlığı ile ilgilenemeyen bakım vericilerin BVY ölçeği puan ortalamaları, kendi sağlığı ile ilgilenen veya ara sıra ilgilenenlere göre yüksek bulundu. Bu sonuçlar bakım vericilerin hastasına bakım verirken kendi sağlığıyla ilgilenemediğini göstermektedir. Ayrıca bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı sağlıklarının bozulacağı bilinmektedir. Duygusal ve fiziksel yük bakım verenlerin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına, sağlıklarının bozulmasına, daha fazla doktora gitmelerine ve daha fazla psikotrop ilaç kullanmalarına neden olmaktadır (Atagün ve ark., 2011).

Çalışmada eşine bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalamalarının, anne-babasına veya kardeşine bakım verenlere göre yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 13). Eşin hastalığı ve bağımlılığı bireyin kendi yaşamını, geleceğini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle eşine bakım veren bireylerin bakım yükleri daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada bakım verme süresi 2 yıl ve üzeri olan bireylerin BVY ölçeği puan ortalamalarının, diğer bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre yüksek olduğu saptandı (Tablo 15). Çetinkaya ve Karadakovan (2012) demanslı hastaya bakım

verenlerin bakım yüklerinin incelendiği araştırmalarında bakım verme süresi arttıkça hasta yakınlarının bakım yüklerinin arttığı belirlenmiştir. Mollaoğlu ve ark. (2011) araştırmalarında bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün arttığı saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, bakım verme süresi arttıkça yatağa bağımlı hastaya bakım verenlerin bakım yüklerinin arttığını söyleyebiliriz. Bakım veren bireylerin bakım verdikleri süre arttıkça, sağlıklarının bozulduğu, tükenmişlik yaşadıkları ve bunların sonucu olarak ta bakım yüklerinin arttığı düşünölebilir.

Çalışmada hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılayan bakım vericilerin BVY ölçeği puan ortalamaları, yalnızca maddi veya psikolojik destek verenlerin puan ortalamalarına göre yüksek bulundu. Ayrıca, hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılarken zorluk yaşayan bakım vericilerin puan ortalamaları, maddi destek konusunda zorluk yaşayan bakım vericilerin puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (Tablo 15). Mollaoğlu ve ark. (2011) araştırmalarında hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılayan bakım vericilerin bakım yüklerinin daha fazla olduğu görölmüştür. Buna göre hastalara sadece maddi ya da sadece psikolojik destek veren bakım vericilerin hastayla sürekli vakit geçirmediklerini veya hastaya bakım verenlerin ailenin diğer üyeleri ya da bakıcının olduğu bundan dolayı bakım yüklerinin hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılayanlara göre daha az olduğu söylenebilir.

Bakım verdikleri hastanın eğitim durumu lise olan bakım vericilerin BVY ölçeği puan ortalaması, diğer bakım vericilerin puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (Tablo 16). Hastanın eğitim durumunun yüksek olmasının, bakım vericiden beklentilerinin yüksek olmasına, bunun sonucunda da bakım verenlerin yükünün artmasına neden olduğu düşünölmektedir.

Bakım verdiği hasta serbest meslek sahibi olan bakım vericilerin BVY ölçeği puan ortalamaları, bakım verdiği hasta işçi olan bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre daha yüksek bulundu (Tablo 16). Bu sonuçta eskiden kendi işini yapan hastaların, davranış ve iletişiminin bakım veren bireyi yorduğu ve aynı zamanda daha fazla beklentilerinin olması bakım verenlerin bakım yükünü arttırabilmektedir.

Giyinmede, kontinansa ve beslenmede kısmen bağımlı hastalara bakım veren bireylerin BVY ölçeği puan ortalamaları, bağımlı hastalara bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (Tablo 18). Hastaların bazı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri bakım veren bireylerde bakımda kolaylık olarak

görülebilmek fakat bu durum aslında düşünöldüğü gibi değildir. Yatağı kısmen bağımlı hastaya bakım veren bireyler hastalarının günlük yaşam aktivitelerini tam olarak yerine getirememelerini kabullenememektedirler. Bu sebeplerden dolayı kısmen bağımlı hastalara bakım veren bireylerin BVY ölçeğı puan ortalamaları, bağımlı hastalara bakım veren bireylerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olabilmektedir.

Bakım veren bireylerin BVY Ölçeğı puan ortalamaları ile; hastaların GYA Ölçeğı yıkanma bağımlılığı, tuvalet bağımlılığı ve transfer bağımlılığı puanları arasında ilişki bulunmadı. BVY Ölçeğı puan ortalamaları ile; giyinme bağımlılığı, kontinans bağımlılığı, beslenme bağımlılığı ve GYA ölçeğı toplam puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde bir ilişki saptandı (Tablo 19). Gürol ve Çapık (2014) çalışmalarında BVY ve GYA ölçekleri arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Yapılan diğler çalışmalarda BVY ve GYA ölçekleri arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Yüksel ve ark., 2007; Mollaoğlu ve ark., 2011). Buna göre; GYA puanı arttıkça BVY artmaktadır.

Araştırmada bakım veren bireylerin eğitim durumlarının, aile gelir durumlarının, doğum yerlerinin, sosyal güvencelerinin, aile tiplerinin, çocuk sahibi olma durumlarının, çocuk sayısının ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin bakım yükünü etkilemediğı saptandı.

Bakım verilen hastanın cinsiyetinin, yaşının, sosyal güvencesinin, kendine ait geliri olup olmasının, hastanın gelir türünün, bakım verdiğı hastanın yıkanma, tuvalet ihtiyacı ve transfer yönünden bağımlılık durumunun ve yatağı bağımlılık süresinin bakım yükünü etkilemediğı saptandı.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin % 65,1'i kadın, % 32,4'ü 46-55 yaş grubunda, % 33'ünün ilköğretim mezunu, % 46,2'sinin ev hanımı, % 72,8 evli, % 73,7'sinin çocuk sahibi % 61,2'sinin aile tipi çekirdek aile, %80,1'nin apartman dairesinde oturduğu, % 69,6'sının bir iş yerinde çalışmadığı, %64,1'inin ile gelirinin orta olduğu, % 42,6 bir sağlık problemi olduğu, % 37,5'inin ilaç kullandığı, % 56,4'ünün düzenli sağlık kontrolüne gitmediği , % 48,1'inin ise kendi sağlığı ile ilgilenemediği belirlendi.

Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin, % 8'inin anne-baba, % 11,9'unun eş, % 68,6'sının çocuk, % 3,2'sinin kardeş, % 3,8'inin ücretli bakıcı, % 4,5'inin ise diğer bir kişi olduğu belirlendi. Bakım veren bireylerin %9,3'ünün 1-6 ay, % 14,1'inin 7-12 ay, % 19,9'unun 1-2 yıl, % 56,7'inin ise 2 yıl ve üzeri süredir bakım verdiği tespit edildi. Bakım veren bireylerin hastaya verdikleri bakım alanları incelendiğinde %85,9'unun hastanın bütün ihtiyaçlarını karşıladığı, %11,5'inin psikolojik destek sağladığı, % 2,6'sının ise maddi destek sağladığı belirlendi. Bakım veren bireylerin % 76,3'ü ile büyük çoğunluğunun hastanın bütün ihtiyaçları karşılamada, % 9,9'unun maddi destek sağlamada, % 9,9'unun hijyenik gereksinimlerde, % 3,8'inin ise diğer alanlarda zorlandığı tespit edildi.

Bakım verilen hastaların % 56,7'si kadın, % 82,4' ü 65 yaş üzeri yaş grubunda, % 31,1'inin okur-yazar olmadığı, % 48,4'ünün SSK' lı, % 56,7'sinin ev hanımı, % 67,3'ünün kendine ait bir geliri olduğu, % 29,8'inin serebrovasküler hastalığı olduğu, % 37,2'sinin herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, % 48,4'ünün ise 2 yıl ve üzeri süredir yatağa bağımlı olduğu saptandı.

GYA ölçeğine göre hastaların % 88,8'inin yıkanma, % 79,2'sinin giyinme, % 84,9'unun tuvalet, % 86,2'sinin transfer, % 84,9'unun kontinans ihtiyacını karşılamada bağımlı olduğu saptandı. GYA Ölçeği puan ortalaması $7,64 \pm 2,948$ olarak bulunarak hastaların kısmen bağımlı olduğu belirlendi.

BVY Ölçeği toplam puan ortalaması $43,56 \pm 15,05$ bulundu. BVY Ölçeği puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, bir iş yerinde çalışma durumu, konut tipi, sağlık problemi olma durumu, kendi sağlığı ile ilgilenebilme durumu, bakım verilen hastaya yakınlık düzeyi, bakım verme süresi, hastaya verilen bakım alanları, bakım

verilirken zorlanılan alanlar, bakım veren bireylerin bakım verdikleri hastanın mesleği ve eğitim durumu, hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki giyinme, kontinans ve beslenme bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulundu. Kadınların, 56-65 ve 65 yaş üzeri yaş grubunda olan, dul olan, çalışmayan, gece kondu ve apartman dairesinde yaşayan kendi sağlığıyla ilgilenemeyen, eşine bakım veren, bakım verme süresi 2 yıl ve üzeri olan, hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılayan, giyinmede, kontinansa ve beslenmede kısmen bağımlı hastalara bakım verenlerin, bakım verdiği hastanın eğitim düzeyi lise olan, mesleği serbest meslek olan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükünün, diğer bakım veren bireylere göre yüksek olduğu belirlendi.

BVY Ölçeği puan ortalamaları ile; hastaların giyinme bağımlılığı, kontinans bağımlılığı, beslenme bağımlılığı ve GYA Ölçeği toplam puanı arasında ise pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi.

Araştırma sonuçlarına göre;

- Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin sağlık personeli tarafından aralıklarla değerlendirilmesi ve bakım yükünün azaltılmasına yönelik girişimlerin yapılması,
- Hemşirelerin sadece bakım verdikleri hastanın gereksinimlerini değil bakım veren bireylerin de gereksinimlerinin farkında olmaları ve hastalarına verecekleri bakımı planlarken bakım veren bireylerin ihtiyaçlarını da hemşirelik sürecine dahil etmeleri,
- Yatağa bağımlı hastaya bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü azaltmada evde bakım ve toplum destek hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Evde bakım sistemleri içinde kişilerin bakım gereksinimleri iyi belirlenmeli, standardize bakım sistemlerinin tespit edilmesi ve buna paralel evde bakım sistemlerinin oluşturulması,
- Ülkemizde bakım verme yükünü belirlemeye yönelik yapılmış çalışmaların sınırlı olması nedeni ile yeni çalışmalar yapılarak konu ile ilgili literatürün zenginleştirilmesi önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Açıksöz S., Uzun Ş. (2011) Total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11 (1)

Akalın E., Tanrıöver DM., Sayran F. (2012) Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. TUSİAD

Akgül N. (2013) Periferik Kan Kök Hücre Nakli Yapılmış Kanser Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükü Ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Leyla Özdemir)

Akpınar B. (2009) Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem Küçükgülü)

Aktaş A. (2012) İnme Sonrası Bakım. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 3-16

Aktaş, A. (2013) Spinalkord (Omurilik) Yaralanmalı Hastalar ve Bakım Verenleri: Bakım Alma ve Bakım Verme Sürecindeki Psikososyal Değişkenler Açısından Sosyal Destek Karışıklığının Biçimlendirici Ve Temel Etkileri, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk)

Aktaş, E (2010) Fiziksel Engelli Çocuk Ve Ailesinin Evde Bakım Gereksinimine Işık Tutucu Araştırmaların Sistematik İncelemesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Güler Cimete)

Akyar İ. (2006) Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Nuran Akdemir)

Akyar, İ., Akdemir, N. (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 32-49

Alpteker H. (2008) 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, (Danışman: Prof. Dr. Feray Gökdoğan)

Altındış M. (2013) Yaşlılarda Günce Sağlık Sorunları Ve Bakımı. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, s:249-262, 97-114

Altıok ÖH., Şengün F., Üstün B. (2011) Bakım: kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(3):137-140

Alwan A., MacLean RD., Riley ML., d'Espaignet TE., Mathers DC, Stevens AG., Bettcher D. (2010) Monitoring and surveillance of chronic non-communicable disease: progress and capacity in high-burden countries. *Lanset*, 376:1861-68

Aslan D., Ertem M. (eds), (2012) Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Hasuder, Ankara

Atagün İM., Balaban DÖ., Atagün Z., Elagöz M., Özpolat YA., (2011) Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), S:513-552

Aydın Th., Yıldız Tf., Karagözoğlu Ş., Özden D. (2012) Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3): 177-183

Aydoğan Ü., Onar T., Nergiz P. (2011) Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler. *Gerofam Tıp Dergisi*, 2(3):1-12

Babaoğlu E., Öz F. (2003) Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2

Bahar A., Parlar S. (2007) Yaşlılık ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4)

Bahar G., Bahar A., Savaş AH. (2009) Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12)

Beğer T., Yavuzer H. (2012) Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim, 25: 1-3

Berger G., Bernhardt T., Weimer E et al. (2005) Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. Journal Geriatr Psychiatry Neurol, 18(3): 119-28.

Bilir N. (2006) Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3)

Bozkurt M. (2008) Serebrovasküler Hastalıklarda Metabolik Sendrom. İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. Aysel Kaya Tekeşin)

Camcı Y., Ekşioğlu Y., Karabulut T., Yücel N., Karagöz M. (2010) Demans tanılı yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile MMSE skorları arasındaki ilişki. Akad geriatri, 2: 50-53

Can SÖ., Ünal N. (2008) evde bakım ve tedavisi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 6(4): 6-13

Caner CÖ., Gözün G., Hilwah A., Gökçek M. (2013) Yaşlı Dostu Şehirler: Kavramsal Çerçeve ve Örneklerle Değerlendirmeler. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara

Ceylan B. (2007) Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezli Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri Ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Doç. Dr. Ali Savaş Çilli)

Cingil D. (2013) Bağımlı Yaşlısına Bakım Veren Aile Üyelerine Sunuş Yolu İle Verilen Eğitimin Bakım Verme Yeterliliği Ve Yaşlı Bakımı Bilgi Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. Sebahat Gözüm)

Costa-Requeena G., Val C., Cristofol R. (2014) Caregiver burden in end-of-life care: advanced cancer and final stage of dementia. Palliative and Supportive Care, p:1-7

Çetinkaya F., Karadakovan A. (2012) Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Turkish Journal Of Geriatrics 15(2):171-178

Çiçek Z. (2012) Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç.Dr. Özlem Küçükgüçlü)

Çopuroğlu C., Ünver VK., Özcan M., Çiftdemir M., Turan NF., Çopuroğlu E., (2011) Kalçası kırık hastalarda tespit edilen risk faktörlerinin incelenmesi, Bakırköy Tıp Dergisi; 7: 136-141

Dağ E., Şahin O., Gökçe B., Erdemoğlu KA. (2014) Status epilepticus in a patient with amyotrophic lateral sclerosis. JAEMCR, 5: 5-7

Demir M. (2008). Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar)

Dölek ÖB. (2012) Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım. Klinik Gelişim, 25(3):95-99

Elevli E. (2012) Evde Bakım Hizmetlerine İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Sedat Altın)

Emik G., Cangöz B. (2012) Alzheimer tipi demans ve hafif bilişsel bozukluğu olan hastaların dikkat, bellek ve yönetici işlevler açısından karşılaştırılması. Türk Geriatri Dergisi, 15(3): 306-318

Er F., Mollaoğlu M. (2011) Multiple Sklerozlu hastalarda yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerinin incelenmesi. Journal of Neurological Sciences, 28(2) 27: 190-203

Erbaydar PN. (2012) Evde Bakım. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. (Eds),: Güler Ç., Akın L. Genişletilmiş 2. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s:1870-1888

Erdem M. (2005) Yaşlıya bakım verme. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(3):101-106

Erdil F., Bayraktar N. (2010) Yaşlı bireylerde kas-iskelet sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları. İstanbul Üniversitesi Florence Niğhangale Hemşirelik Dergisi, 18(2): 106-113

Erkoç Y., Yardım N. (Ed) (2011). Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Anıl, Ankara, s:15-16

Ertan S. (2005) Parkinson hastalığının klinik özellikleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi No:42, İstanbul. S: 249-254

Evangelista LS, Dracup K, Doering L, Westloke C, Fenarow GC, Hamiltom M. (2002) Emotional well-being of heart failure patient and their caregivers. [abstract] J C ard Fail, 8(5)

Fadıloğlu Ç., Ertem G., Aykar ŞF. (eds), (2013) Evde Sağlık ve Bakım. Göktuğ Basın Yayın ve Dağıtım, Amasya, S:3-12

Güngörmüş Z., Erdem BE. (2014) Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1)

Gürol, A., Çapık, C. (2014) Yaşlıya evde bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirildiği bir araştırma. STED, 23(2)

İnci F.H. Erdem M. (2008) Bakım verme yükü ölçeğinin türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

İncirkuş K., Nahcivan ÖN. (2011). Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formunun türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. 4(1): 102-109. [Elektronik Dergisi]. http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/102-109_incirkus.pdf

Kara M., Aşti T. (2002) Kronik obstruktif akciğer hastalığının evde bakımı. AÜTD, 34: 75-81

Karabağ H. (2007) Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,

Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu)

Karabulutlu YE., Akyıl R., Karaman S., Karaca M. (2013) Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 28(1):1-9

Karaduman A., Tunca Ö. (2010) Özürlü Çocuğu Olan Aileler İçin Rehber. TUBİTAK

Karahan YA., İslam S. (2013) Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(1)

Karakuş A., Süzek H., Atat EM. (2003) Muğla huzurevinde kalan yalıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11: 39-51

Karakuş G., Özpoyraz N., Zengin M., Tamam L., Vural A., Koç F. (2012) Parkinson hastalığı sırasında ortaya çıkan psikotik özellikli manik atak: olgu sunumu. Klinik Psikiyatri, 15: 248-251

Karataş Z. (2011) Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral Ve Manevi Değerlerinin Başa Çıkmadaki Etkisi, Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Rize, (Danışman: Doç .Dr. Ahmet Albayrak)

Kılıç D. (2009) Yaşlı Sağlığı. İçinde: Halk Sağlığı Hemşireliği. Eds: Erci B, Göktuğ Yayıncılık, Ankara, s:133-155

Kılıç S. (2009) Fiziksel Engelli Çocuğun Evde Bakım Gereksiniminin Aileye Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Güler Cimete)

Liu Y., Insel CK., Reed GP., Crist DJ. (2012) Family caregiving of older Chinese people with dementia. *Nursing Research*, 61(1): 39-50

Lundström E., Terént A., Borg J. (2008) Prevalence of disabling spasticity 1 year after first-ever stroke. *European Journal of Neurology*, 15: 533–539

Malak TA., Dicle A. (2008) Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2): 118-121

Malkoç M., Korkmaz Ö., Sever C., Oltulu İ., Genç Y. (2013) İleri yaş hastalarda kalça kırığı cerrahisi ve sonrası kan transfüzyonu. *Haseki Tıp Bülteni*, 51: 51-5

Maurer FA., Smith CM. (2009). *Community/Public Health Nursing Practice:Health For Families And Population*. 4th ed. Saunders Elsevier, Canada. p: 786-808

Mirza M. (2002) Multipl sklerozun etyolojisi ve epidimiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 24 (1) 40-47

Mollaoğlu M., Tuncay ÖF., Fertelli KT. (2011) İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3): 125-130, http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/125-130_mollaoglu.pdf

Morimoto T., Schreiner SA., (2003) Asono H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 32(2): 218-223

National Institutes of Health (2013), *The Dementias-Hope Through Research*. <http://www.nia.nih.gov/alzheimers>

Öner İÖ. (2012) Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu)

Özer Ö., Şantaş F. (2012) Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2)

Özmen D., Çetinkaya A. (2012) Engelli çocuğa sahip ailelerin yaşadığı sorunlar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28(3): 35-49

Öztop H., Şener A., Güven S. (2008) Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1: 39-49

Pınar R. (2010) Türkiye’de evde bakımda mevcut durum. Akademik Geriatri,153-156

Rice R, (2006) Home care nursing practice:concept of home care nursing. 4th ed. Mosby Elseiver, St Louis, p:3-15

Sosyal Sektörler Ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, (2007) Türkiye’ de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr>, Erişim Tarihi 24/12/2013

Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K (2002). Araştırma Yöntemleri Hatipoğlu Yayınevi, Ankara

T.C. Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10.3.2005, Sayı: 25751 Başbakanlık Basımevi, Ankara

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011 Sayı: 27910, Başbakanlık Basımevi, Ankara

T.C. Resmi Gazete. Özürlüler Ve Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. 1.7.2005, Sayı: 5378, Başbakanlık Basımevi, Ankara

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. 24.02.2011 Sayı: 8751, Başbakanlık Basımevi, Ankara

Tang B., Harary E., Kurzman R., Mould-Quevedo FJ., Pan S., Yang J., Qiao J. (2013) Clinical characterization and the caregiver burden of dementia in China. Value In Health Regional Issues, 2: 118-126

Taş Ş., (2013) İstanbul sağlık müdürlüğü evde sağlık hizmetleri. Evde Sağlık Ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi Sempozyumu, İstanbul, Sempozyum Raporu, Eds: Okullu A.,

Taşdelen p., Ateş M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi, 9(3):22-29

Tel H., Demirkol D., Kara S., Aydın D. (2012) KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. Türk Toraks Dergisi, 13: 87-92

Terakye G. (2011) Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 4(2):78-82. [Elektronik dergi]. http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18451/78-82_terakye.pdf

Tiftik S., Kayış A., İnanır İ. (2012) Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler hastalıklar ve hemşirenin rolü. Akad Geriatri, 4: 1-11

Tuna M., Olgun N. (2010) İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 41-52

Turan SÖ. (2008) Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması. Başkent üniversitesi tıp fakültesi aile hekimli anabilim dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Altuğ Kurt)

Tülüce D. (2012) Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi. Gaziantep üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Doç. Dr. Nimet Ovaoglu)

Türk Toraks Derneği. (2010) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşma raporu. Türk Toraks Dergisi, 11(1)

Uğur Ö. (2006) Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu)

Uluç K., İşak B., Tanrıdağ T., Us Ö. (2008) Als patofizyolojisi: neyi, ne kadar biliyoruz. Marmara Medical Journal ,21(1):102-111

Ünal B., Ergör G.(Ed) (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Çalışması. Anıl Yayıncılık, Ankara

WHO (2011). Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010. Switzerland, (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

WHO. (2012) Dementia: A Public Of Health Priority. Switzerland

Yağcıoğlu R. (2012) Sağlıklı yaşlanma ve sosyal hizmetler. Turkish Family Physician, 3(1)

Yağcıoğlu R., Güçlü KÖ., Tekin N. (2010) Yatağa bağımlı yaşlı hasta gereksinimleri hizmet sunucuları ve Türkiye’ de hizmet çeşitleri. Turkish Family Physician, 1(3): 8-19

Yakar KH., Pınar R. (2013) Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 15(2): 1-16

Yangöz ŞT. (2013) Kanser Ağrısı Olan Hastaların Ve Bakım Verenlerin Ağrıya İlişkin Görüşleri Ve Bakım Yüklerinin Belirlenmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, (Danışman: Yrd. Doç.Dr. Medet Korkmaz)

Yaşar E. (2009). Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Ayla Bayık Temel)

Yaşar F. (2008) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sultan Kav)

Yıldırım A., Aşilar HR., Karakurt P. (2012) Engelli çocukların annelerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi 20(3): 200-209

Yiğitoğlu TG., Öz F. (2009) Çağımızın güncel hastalığı alzheimer: destekleyici hemşirelik bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 25(2): 115-126

Yönt HG., Korhan AE. (2010) İnmeli hastalarda ihmal edilen bir sorun: patolojik gülme ve ağlama. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 58-62

Yüksel G., Varlıbaşı F., Karlıkaya G., Şıpka Y., Tireli H. (2007) Parkinson hastalığında bakıcı yükü. Parkinson Hastalığı Ve Hareket Bozuklukları Dergisi, 10(1-2)

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

Zaybak A., Güneş Ü., İsmailoğlu GE., Ülker E. (2012) Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15:1

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=150:evde-bakm-hizmetlerinden-kimler-faydalanabilir&catid=59:evde-bakm-hizmeti&Itemid=201, Erişim tarihi: 24/01/14

<http://www.cdc.gov>, Erişim tarihi: 15/02/14

<http://www.eyh.gov.tr/tr/8245/Turkiye-Ozurluler-Arastirmasi-Temel-Gostergeleri#temel> erişim tarihi: 29/01/14

<http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/haber/dunya-multipl-skleroz-ms-gunu> erişim tarihi: 14/04/14

http://www.kasder.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=496%3Aals-ve-evde-bakm&catid=27%3Amakaleler&Itemid=45&lang=tr, Erişim tarihi: 14/04/14

<http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/stroke.htm>, Erişim tarihi:06/02/14

<http://www.noroloji.org.tr/page.aspx?menu=507>, Erişim tarihi: 14/04/14

<http://www.saglik.gov.tr/>, Erişim: tarihi 11.04.2014.

<http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/en/index.html> erişim tarihi:29/01/14

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>, Erişim Tarihi: 11/04/14

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.53c04ebce608b2.12613529, Erişim Tarihi:04/01/2014

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.53c04edd05d0b2.16675361, Erişim Tarihi:10/01/201

<http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 15/05/14

10. EKLER

Ek 1.

BAKIM VEREN BİREYİ TANITICI BİLGİ FORMU

Bu araştırma “Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunları” belirlemek amacıyla planlanmış bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Aşağıda bu konuda hazırlanmış bir soru formu bulunmaktadır. Bu formdaki bilgiler sadece araştırma için kullanılacaktır ve verilen tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Soruların değerlendirilebilmesi için eksiksiz doldurulması gerekmektedir. Desteğiniz ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Aysun BEKDEMİR

Haliç Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz 1. Kadın () 2. Erkek ()

2. Yaşınız:

1. 20-25 yaş () 2. 26-35 yaş () 3. 36-45 yaş () 4. 46-55 yaş () 5. 56-65 yaş ()
6. 65 yaş üzeri ()

3. Doğum yeriniz :

1. İl () 2. İlçe () 3. Köy () 4. Yurt dışı (belirtiniz).....

4. Eğitim durumunuz:

1. Okumaz yazma bilmiyor () 2. Okur yazar () 3. İlk öğretim mezunu ()
4. Lise mezun () 5. Üniversite mezun () 6. Diğer:.....

5. Sosyal güvenceniz:

1. Emekli Sandığı () 2. SSK () 3. Bağ-kur ()
4. Yeşil kart () 5. Özel sağlık sigortası () 6. Sağlık güvencesi yok ()

6. Mesleğiniz:.....

7. Medeni Durumunuz: 1. Evli () 2. Bekar () 3. Boşanmış () 4. Dul ()

8. Çocuğunuz var mı? 1. Evet () 2. Hayır ()

Çocuğunuz var ise sayısı:.....

9. Bakmakla yükümlü olduğunuz kişiler:

1. Kendim () 2. Eşim ve Çocuklarım () 3. Eşim () 4. Kardeşlerim ()

10. Aile tipiniz:

1. Çekirdek aile () 2. Geniş aile () 3. Geçiş ailesi () 4. Parçalanmış aile () 5.

Diğer.....

11. Konut tipiniz:

1. Gece kondu () 2. Apartman dairesi () 3. Müstakil ev () 4. Diğer.....

- 12. Şuan çalıştığınız bir iş var mı?** 1. Evet () 2. Hayır () 3.

Diğer.....

13. Ailenizin geliri size göre nasıldır?

1. Kötü () 2. Orta () 3. İyi () 4. Çok iyi ()

- 14. Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?** 1. Evet () 2. Hayır ()

- 15. Sağlık probleminiz var ise ilaç kullanıyor musunuz?.....** 1. Evet () 2.

Hayır ()

16. Düzenli sağlık kontrollerinizi yaptırıyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır () 3. Diğer.....

- 17. Kendi sağlığınızla ilgilenebiliyor musunuz?** 1. Evet () 2. Hayır ()

3. Diğer.....

18. Bakım verdiğiniz hastaya yakınlık düzeyiniz:

1. Anne-babası () 2. Eşi () 3. Çocuğu () 4. Kardeşi () 5. Ücretli bakıcı ()

19. Bakım verme süresi:

1. 1-6 ay () 2. 7-12 ay () 3. 1-2 yıl () 4. 2 yıl ve üzeri ()

20. Hastaya verilen bakım alanları nelerdir?

1. Maddi destek sağlama () 2. Psikolojik destek sağlama () 3. Bütün ihtiyaçları karşılama ()

21. Hastaya bakım verirken zorlanılan alanlar nelerdir?

1. Maddi destek sağlama () 2. Hijyenik gereksinimler ()

3. Bütün ihtiyaçlarını karşılama () 4. Diğer () belirtiniz:.....

Ek 2.

HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

1. Hastanın cinsiyeti

1. Kadın () 2. Erkek ()

2. Hastanın yaşı

1. 20-25 yaş () 2. 26-35 yaş () 3. 36-45 yaş () 4. 46-55 yaş ()
5. 56-65 yaş () 6. 65 yaş üzeri ()

3. Eğitim durumu:

1. Okumaz yazma bilmiyor () 2. Okur yazar () 3. İlk öğretim mezunu ()
4. Lise mezun () 5. Üniversite mezun () 6. Diğer:.....

4. Sosyal güvencesi:

1. Emekli Sandığı () 2. SSK () 3. Bağ-kur ()
4. Yeşil kart () 5. Özel sağlık sigortası () 6. Sağlık güvencesi yok ()

5. Mesleği:.....

4. Hastanın yatağa bağımlılık nedeni.....

5. Hastanın kronik hastalıkları:.....

6. Hastanın yatağa bağımlılık süresi

1. 1-6 ay () 2. 7-12 ay () 3. 1-2 yıl () 4. 2 yıl ve üzeri ()

7. Hastanın kendine ait herhangi bir geliri var mı?

1. Var () belirtiniz..... 2. Yok ()

Ek 3.

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

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

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

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

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

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

3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

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

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

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

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

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

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

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

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

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

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

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

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

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

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

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

12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

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

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

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

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

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

16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

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

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

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

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

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

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

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

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

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

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

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

22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

Ek 4:**KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ**

Temizlik		
Evimi temizlerken v.b temizlik işleri yapamıyorum	Bağımlı	
Evimi temizlerken v.b temizlik işleri yardım alarak yapıyorum	Kısmen bağımlı	
Evimi temizlerken v.b temizlik işleri yardımsız yapabiliyorum	Bağımsız	
Alış Veriş		
Mağazaya gitme, eşyaları taşıma, merdivenleri çıkma v.b. yapamıyorum	Bağımlı	
Mağazaya gitme, eşyaları taşıma, merdivenleri çıkma v.b. yaparken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	
Mağazaya gitme, eşyaları taşıma, merdivenleri çıkma v.b. yapabiliyorum	Bağımsız	
Ulaşım		
Toplu taşıtlara ait duraklara gidemiyorum, otobüs, tren, dolmuş v.b. binemiyorum	Bağımlı	
Toplu taşıtlara ait duraklara giderken yardım alıyorum, otobüs, tren, dolmuş v.b. binerken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	
Toplu taşıtlara ait duraklara gidebiliyorum, otobüs, tren, dolmuş v.b. binebiliyorum	Bağımsız	
Yemek hazırlama		
Mutfağa gidip kendi yemeğimi hazırlayamıyorum	Bağımlı	
Mutfağa gidip kendi yemeğimi hazırlarken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	
Mutfağa gidip kendi yemeğimi hazırlayabiliyorum	Bağımsız	
Yıkama		
Kendi başıma yıkanamıyorum	Bağımlı	
Yıkanırken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	
Kendi başıma yıkanabiliyorum	Bağımsız	
Giyinme		
Kendi başıma giyinemiyorum	Bağımlı	
Giyinirken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	
Kendi başıma giyinebiliyorum	Bağımsız	
Tuvalet ihtiyacı		
Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum	Bağımlı	
Tuvalet ihtiyacımı karşılarken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	
Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	Bağımsız	
Transfer		
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum	Bağımlı	
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	Bağımsız	
Kontinas		
Mesane ve barsak boşaltımını kontrol edemiyorum	Bağımlı	
Mesane ve barsak boşaltımını kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	
Mesane ve barsak boşaltımını kontrol edebiliyorum	Bağımsız	
Beslenme		
Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum	Bağımlı	
Yemeğimi yerken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	
Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	Bağımsız	

Ek 5. Kurum İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ

Taraflar:

Madde 1

Bu protokol Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile *Ayşen KOK* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Sağlık Tesisleri: *Üçkıldız Devlet Hastanesi*

Çalışmanın Adı: *"Yanığa Bağlı Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar"*

Çalışmaya Yürüreceği Kişi / Kişiler: *Ayşen KOK*

Konusu:

Madde – 2

- (a) Bu protokol İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı sağlık tesislerinde verilen hizmetler, yapılan koruyucu önlemler, çalışmalar ya da istatistiksel verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran hastalara yapılacak tıbbi/ölçekli soru içeren çalışmaları kurula bağlılık niteliği ile düzenlenmiştir.
- (b) Yapılacak bilimsel çalışma; araştırmaya öngörülen projeye amaçlanırken İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari İşler Dairesi Başkanlığı tarafından değerlendirilecektir.
- (c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri, bilgi toplanmayacaktır.
- (d) Veri toplama esnasında; sağlık personelinin veri alınacaksa yararlanacaksa ayrıca onay için İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden onay alınacaktır.

Sözleşme Şartlarında Ayrıntılar:

Protokol dâhilinde yapılacak çalışmalar sırasında; çalışmaya devarı ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Çalışmaya; protokol harici kişilerin katılması durumunda İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden onay alınacaktır aksi takdirde protokol iptal edilecektir.

Protokol Süresi:

- (a) Araştırmacı sağlık tesislerimizde **3 (Üç)** ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- (b) Başlangıç *09.12.2023* / Bitiş *09.03.2024*
- (c) Protokol, çalışmaları taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzantılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- (d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği protokolü sonlandırabilir.

İmzaların Çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

Yürürlük:

- (a) Çalışma yayını, tez halinde getirilmeden önce ilgili sağlık tesisinin etik kurulu tarafından değerlendirilerek İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Daire Başkanlığı'na gönderilecektir. Toplum sağlığı ve kamuyu bilinci için sakıncalı olma riski bulunan verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.
- (b) Çalışma, sağlık tesisi, Genel Sekreterlik ve ilgili eğitim kurumu tarafından kabul edildiğinden sonra basılı birer nüshası ve CD halinde ilgili sağlık tesisi ve İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Daire Başkanlığı'na sunulacaktır.
- (c) Yürürlük (a) ve (b) maddeleri yerine getirilmediği takdirde kurumunuzu ait veriler yayını / proje / tez vb. bimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- (d) Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler ayrıca sağlık tesislerinde görevlendirilecekse Valilik Oluru alınacaktır.
- (e) Her çalışmaya bir İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Tesisleri personeli olmak üzere en az iki yürütmecisi olacaktır.
- (f) Yapılacak çalışmalarla protokole ek olarak Valilik Oluru alınacaktır.
- (g) Çalışma esnasında herhangi bir ilaç uygulaması veya girişim, müdahale için hastanın kendisi, gerekiyorsa yasal vasisi, hekimi, sağlık tesisinin etik kurulu ve İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı onay alınacaktır.
- (h) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili sağlık tesislerinin ismi zikredilmeyecek, çalışmaya eklenmeyecektir. Aksi takdirde adli koruma ve inceleme makamlarına dosya aktarılacak, cezai müeyyide uygulanması hususunda işlem başlatılacaktır.

Bk Bilgi:

Taraffar:

01/04/2013

Aysun KOÇ

İzazisi



01/04/2013

Uz. Dr. Mehmet Emin BRTENLİ

İdari Hizmetler Başkanı



OLUR

01/04/2013

Dr. Şeyda BİKİNCİ

Genel Sekreter

BİLMSEL ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ

EK 6: Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 47
KONU:

09/09/2013

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Aysun KOÇ'un "Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar" isimli araştırması kurulumuzun 09.09.2013 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANCI
Etik Kurul Başkanı

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : AYSUN BEKDEMİR
Doğum Yeri ve Tarihi : KASTAMONU / 12.11.1986
Medeni Hali : EVLİ
Yabancı Dil : İNGİLİZCE
E-posta Adresi : aysunkoc9@hotmail.com
Tel : 0530 700 78 49

Eğitim ve Akademik Durumu

	<u>Mezun Olduğu Kurumun Adı</u>	<u>Mezuniyet Yılı</u>
LİSE	Abdurrahmanpaşa Lisesi	2004
LİSANS	Trakya Üniversitesi	2009

İş Tecrübesi

<u>Görev</u>	<u>Süre</u>
Clinix	1 Yıl
Özel Avicenna Hastanesi	4 Ay
Evia	6 Ay
Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	3 Yıl
Üsküdar Devlet Hastanesi	2011-Halen

Mesleki Dernek/Kurum Üveliği

Türk Kardiyoloji Derneği
Evde Bakım Derneği