

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YAŞLI HASTALARA EVDE BAKIM VEREN
BİREYLERİN SOSYAL DESTEK ALGILARI,
BAKIM YÜKLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜL KILIÇ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ERSİN

ŞANLIURFA

2018

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YAŞLI HASTALARA EVDE BAKIM VEREN
BİREYLERİN SOSYAL DESTEK ALGILARI,
BAKIM YÜKLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜL KILIÇ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ERSİN

Bu tez, HÜBAK Tarafından 17108 proje numarası ile
desteklenmiştir.

ŞANLIURFA

2018

T. C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Gül KILIÇ'ın hazırladığı “Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” başlıklı çalışması 12/07/2018 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ERSİN

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

ÜYE

Prof. Dr. Zuhale BAHAR

Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Mert KARTAL

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 10./08/2018 tarih ve 2018/10/02... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa DENİZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim ve tez aşamam boyunca yardımını ve desteğini benden esirgemeyen, bilgisi ve deneyimlerinden yararlanırken bana hoşgörü ve sabır gösteren, beni her konuda cesaretlendiren, daima sevgi ve saygı duyacağım değerli hocam **Dr. Öğr. Üyesi Fatma ERSİN**'e, yüksek lisans eğitimim boyunca her konuda benden sabrını ve desteğini esirgemeyen eşim **İsmail DEDEOĞLU**'na, beni ellerinden gelen en iyi şekilde yetiştiren, desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen hayattaki en değerli varlığım olan **annem** ve **babama**, ayrıca beni destekleyen çalışma arkadaşlarıma ve çalışmaya gönüllü katılan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Gül KILIÇ

2018

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
TEŞEKKÜRLER	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık.....	4
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık.....	4
2.3. Yaşlılık Çeşitleri.....	5
2.4. Yaşlılık Dönemi Sorunları.....	6
2.5. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek.....	9
2.5.1. Sosyal Destek Algısını Etkileyen Faktörler.....	10
2.5.2. Bakım Veren Sosyal Destek Algısında Hemşirenin Rolü.....	11
2.6. Bakım Yüğü.....	12
2.7. Bakım Verme Yüğü.....	13
2.7.1. Evde Bakım Hizmeti Sunan Bakım Verici Bireyler.....	15
2.7.2. Bakım Verme Yüğü Etkileyen Faktörler.....	18
2.7.2.1. Bakım Veren Bireylere Ait Etmenler.....	18

2.7.2.2. Yaşlı Hastalara Ait Etmenler.....	19
2.7.3. Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Güçlükler.....	21
2.7.4. Bakım Veren Bakım Verme Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları.....	27
3.4.1. Hasta ve Bakım Veren Bireyi Tanılama Formu.....	27
3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	28
3.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği.....	28
3.5. Verilerin Toplanması.....	29
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	52
5.1. Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	52
5.2. Yaşlı Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53

5.3. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
5.4. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
5.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
6.1. Sonuçlar.....	62
6.2. Öneriler.....	63
7. KAYNAKLAR.....	65

EKLER

EK I. Hasta ve Bakım Veren Bireyi Tanılama Formu

EK II. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK III. Bakım Verme Yükü Ölçeği

EK IV. Bilgilendirilmiş Olur Formu

EK V. Hastane İzinleri

EK VI. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni Türkçe'ye Uyarlayanlardan Haluk Akardan Alınan İzin Belgesi

EK VII. Bakım Verme Yükü Ölçeği Türkçe'ye Uyarlayanlardan Fadime Hatice İnci'den Alınan İzin Belgesi

EK VIII. Etik Kurul Onayı

EK IX. İntihal Formu

EK X. Tez İntihal Raporu

EK XI. Tez Veri Giriş Formu



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Örneklem Alınan Yaşlı Bireylerin Hastanelere Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.1. Yaşlı Hastalara Ait Sosyo-demografik Özelliklerin Dağılımı.....	31
Tablo 4.2. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı...	34
Tablo 4.4. Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları.....	36
Tablo 4.5. Yaşlı Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.6. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.7. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	51

KISALTMALAR LİSTESİ

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TDK: Türk Dil Kurumu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu



ÖZET

YAŞLI HASTALARA EVDE BAKIM VEREN BİREYLERİN SOSYAL DESTEK ALGILARI, BAKIM YÜKLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Gül KILIÇ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışma yaşlı hastalara bakım veren bireylerin sosyal destek algıları, bakım yükleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte olan çalışma Şanlıurfa ili Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi ve Balıklıgöl Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimlerinin hizmet verdiği bölgelerde Ekim 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini yaşlı hastaya evde bakım veren 258 birey oluşturmuştur. Verileri Hasta ve Bakım Veren Bireyi Tanılama Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans analizi, Kruskal Wallis analizi, Korelasyon analizi ve Tukey testi yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan, ilgili kurumlardan ve çalışmaya katılacak olan bireylerden izin alınmıştır. Çalışmada evde bakım veren bireylerin orta düzeyde bakım yüküne sahip oldukları (54.30 ± 9.43), çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel bir insan alt boyutundan en yüksek puanı (17.97 ± 5.56), arkadaş alt boyutundan en düşük puanı (8.96 ± 4.61) aldıkları saptanmıştır. Bakım veren bireylerin cinsiyete, eğitim durumuna, birlikte yaşanan bireylere, başka bakım verenin bulunma durumuna, sağlığın olumsuz etkilenme durumuna, evlilik ve aile ilişkisinde sorun yaşama durumuna göre bakım verme yükü arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca algılanan sosyal desteğin bakım verme yükünü etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$). Eğitim durumu ve birlikte yaşanan bireylere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu, medeni durum ve eğitim durumuna göre özel bir insan alt boyutu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre arkadaş alt boyutu arasında

anlamalı bir fark belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bakım veren bireylerin önceden başka bir yakınına bakım verme durumuna, sağlığın olumsuz etkilenme durumuna, evlilik ve aile ilişkisinde sorun yaşama durumuna, sorumluluklarını yerine getirme durumuna, bakım verme ile ilgili eğitim alma durumuna, evde bakım hizmetinin bakım verme yükünü hafiflettiği düşüncesine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Algılanan sosyal desteğin ve bakım verme yükünün birçok faktörden etkilendiği düşünüldüğünde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler tarafından yaşlıya bakım veren bireylerin bakım verme yükünü azaltacak, algılanan sosyal desteği arttıracak faktörler değerlendirilerek, bu konuda eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Sosyal Destek, Bakım verme yükü, Hemşirelik.

ABSTRACT

EXAMINATION OF SOCIAL SUPPORT PERCEPTIONS, CARE BURDENS AND INFLUENCING FACTORS OF HOME CAREGIVERS WHO PROVIDE CARE FOR ELDERLY PATIENTS

Gül KILIÇ

Department of Nursery, Master Thesis

This study was conducted with the purpose of social care support perception, care burden and influencing factors of home caregivers who provide care for elderly patients. The study that was conducted in the form of descriptive research was carried out in the areas that Mehmet Akif İnan Training and Research Hospital Homecare Units, located in Şanlıurfa, is providing care on the dates between October 2016 and May 2017. The sample of the study consisted of 258 individuals who provide home care for an elderly patient. The data were collected through Patient and Caregiver Identification Form, Multi-Dimensional Perceived Social Support Scale and Care Burden Scale. In terms of data analysis, SPSS 16.0 package program was used. In terms of data analyses, descriptive statistics (number, percentage, mean), independent samples t-test Mann Whitney U test, One Way ANOVA, Kruskal-Wallis test, Bivariate Correlation analysis and Tukey HSD Post Hoc tests were employed. In order to conduct the Study, a permission was taken from Harran University Medical Faculty Ethics Committee, related institutions and individuals who participate in the study. In the study, it was determined that individual who provide homecare have medium-level care burden (54.30 ± 9.43) and the 'human' sub-dimension of the multi-dimensional perceived social support scale was calculated as (17.97 ± 5.56) as the highest score and the lowest score was calculated as (8.96 ± 4.61) for the sub-dimension 'friend'. A significant difference was identified between the care burden of the individuals who provide homecare and the gender, education status, individuals that caregivers live together, condition that whether there is another caregiver or not, and family and marriage problematic situations ($p < 0.05$). In addition, it was determined that perceived

social support affected the burden of care ($p < 0.05$). A significant difference was determined between the special individual sub-dimension and the family sub-dimension of the multi-dimensional perceived social support scale, marital status and education status; and between friend sub-dimension and gender, marital status, education status and working status ($p < 0.05$). A statistically significant difference was identified between the point averages of multi-dimensional perceived social support scale according to the condition that whether the caregiver provided care for another family member previously or not, condition that the health of the caregiver is affected negatively, having problems in marriage and relationships, fulfilling relationships, and the perception that providing homecare is alleviating the burden of providing care ($p < 0.05$). Given that perceived social support and caregiving burden are influenced by many factors, it can be suggested to organize education and consultancy programs by means of evaluating the factors that will alleviate the care burden of individuals who provide care for an elderly patient and increase the perceived social support by nurses who are employed in preventive and remedial health services.

Key words: Elderly, Social Support, Care Burdens, Nursing.

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlılık; insanın doğduğu andan itibaren başlayıp yaşamın sonlanmasına kadar devam eden, fiziksel, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ele alınması gereken bir süreçtir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemini “ 65 yaş ve üzeri ”olarak kabul etmektedir (1, 2, 3). Dünya genelinde gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır (4, 5). Birleşmiş Milletlerin 2010 yılında yayınladığı rapor sonuçları incelendiğinde dünya çapında 65 yaş ve üzeri 523 milyon yaşlı birey yaşamını sürdürürken, bu sayının 2020 yılında 714 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (6). Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK)'nun 2016 yılında yayınladığı veriler sonucunda Türkiye’de 65 yaş ve üzeri yaşayan birey sayısı; toplam nüfusun %8.3’ünü oluşturmaktadır (7). Yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2’ye, 2050 yılında %20.8’e ve 2075 yılında ise %27.7’ye ulaşacağı düşünülmektedir (8).

Her yaşlı birey, herhangi bir hastalığa sahip veya bakıma muhtaç değildir. Ancak yaşlılıkla birlikte, kişinin öz bakımında bazı sınırlamalar görülmektedir. Çünkü yaş ilerledikçe hastalanma riski artmakta ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle yaşlı bireyler yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Ayrıca yaşlı bireylerin birçoğu yaşlılık veya kronik hastalıklar nedeniyle bağımlı bir şekilde hayatlarını devam ettirirken, bir kısmı da kendi bakımlarında kısıtlanmalar yaşamaktadırlar (9). Bu nedenle yaşlı bireyler gereksinimlerinin karşılanması aşamasında yardıma ihtiyaç duyabilmektedirler.

Gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde, toplumsal yapının değişmesine rağmen aile ilişkilerinin güçlü olma durumu hala varlığını devam ettirmektedir. Yaşlı bireylerin bakım görevinin büyük bir kısmını (yaklaşık olarak %60-80’ini) aile üyeleri yerine getirmektedir. Çünkü yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçları aile üyeleri tarafından yapılması gereken bir görev olarak düşünülmektedir. Bunun yanında bakım veren bireyin görev alanları arttıkça bakım verme sıkıntılı bir sürece dönüşerek, bakım veren bireyin üzerindeki bakım verme yükünü artırabilmektedir (10-13).

Bakım verme süreci bakım veren bireylerin fiziksel, ruhsal ve duygusal sağlıklarını etkilemektedir (12). Bu nedenle, bakım veren bireylerin yüklerinin hafifletilmesinde, bakım verme yükü ile baş etmelerinde algıladıkları sosyal destek

önemli bir yere sahiptir (14). Bakım veren bireylerin duygusal olarak yakın hissettikleri kişilerden, aile üyelerinden, arkadaş çevresinden, algıladıkları sosyal desteğin bakım veren bireyleri yük hissinden uzaklaştırdığı öne sürülmektedir (15). Ayrıca yapılan çalışmalar da bakım verenlere, hasta bireyin hastalığı süresince sağlanan sosyal desteğin, bakım veren bireyler üzerinde oluşan bakım verme yükü ve psikolojik sorunların daha az yaşanmasına neden olduğunu göstermektedir (16-18). Dökmen'in (16) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin yüklerinin hafifletilmesinde sosyal desteğe ihtiyaç duydukları ve sosyal destek alan bireylerin kendilerini daha iyi hissettikleri ve bakım verme yüklerinin hafifletilmesinde de olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir. Türkmen'in (17) çalışmasında da ailelerin sosyal desteği arttıkça bakım yükünün azaldığı ifade edilmiştir.

Yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerin hem sosyal destek algılarını hem de bakım verme yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Sosyal destek algısı ve bakım verme yükü bakım alan ve bakım verenin sosyo-demografik özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Özellikle yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültür gibi değişkenler ve bireylerin sahip olduğu kişilik gibi kalıcı özelliklerinin yanı sıra tutum ve mizaç gibi özelliklerinin de algılanan sosyal desteği etkilediği belirtilmektedir (19-21). Bakım veren ya da bakım alan bireye sağlanan sosyal desteğin, çoğunlukla olumlu etkileri olmasına rağmen, bakım veren veya alanın kişisel özellikleri, kişisel becerileri ve sosyal desteğin verilme şekli, zamanı gibi nedenlerden dolayı olumsuz etkiler de meydana gelebilmektedir (22). Ayrıca yapılan çalışmalarda; algılanan sosyal desteğin (23-26), bakım alan bireye ait sosyo-demografik özelliklerin (2,10,27-29), bakım veren bireye ait sosyo-demografik özelliklerin (2,10,26,30-33) ve bakım verme ile ilgili özelliklerin (31,34-39) bakım verme yükünü etkilediği belirtilmektedir.

Bakım veren bireyler için sosyal destek sağlanarak bakım verme yükünün hafifletilmesinde yaşadığı bireylerin yanı sıra profesyonel sağlık ekibinden aldığı destek de önemlidir. Hemşire, danışmanlık ve eğitici rolünü kullanarak, bakım veren bireylerin sosyal destek kaynaklarını belirlemeli, bu kaynakları kullanmalarını sağlamalıdır. Ayrıca bakım veren bireylerin bakım sorumluluğunu yaşadığı bireyler ile paylaşımlarını sağlamalı, bilgi ve yardım için kaynak oluşturmalı ve streslerini azaltma, motivasyonlarını yükseltmeye yardımcı olma sorumluluklarını yerine getirerek bakım

verme yükünün hafifletilmesine yardımcı olmalıdır (37,40,41). Yaşlı bireye bakımda, bakım veren bireylerin sosyal destek algı kaynaklarının harekete geçirilmesi ve bakım verme yüklerinin hafifletilmesi aşamasında hemşirelik çalışmaları oldukça önemlidir (42-44). Ayrıca literatürde bakım veren bireylerin sosyal destek algılarının incelendiği (16,45,46) ve sosyal destek algısının bakım verme yükünü etkilediği düşünüldüğünde yaşlı hastalara bakım verenlerde sosyal destek algısının ve bakım verme yükünün birlikte çalışıldığı araştırmalar oldukça sınırlıdır (45). Ayrıca çalışmadan elde edilen sonuçlar bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek ve bakım verme yüküne yönelik yapılacak çalışmalara ve hemşirelik girişimlerine ışık tutacaktır.

Bu nedenle çalışma, yaşlı hastalara bakım veren bireylerin sosyal destek algıları, bakım verme yükleri ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlılık; sözlükte ‘‘artan yaşın etkilerini gösterme hali, yaşlı olma durumu’’ olarak anlamlandırılmaktadır (47).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık döneminin başlangıcının, 65 yaş olduğunu bildirmektedir (3,9). Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı gruplandırmada; 45-65 yaş arası orta yaş, 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arası ileri yaşlılık, 85 ve üstü yaş grubu ise çok ileri yaşlılık/ihtiyarlık olarak gruplandırılmıştır (3,48).

Yaşlılık, bireyin toplum içinde bulunduğu konum, fiziksel görünüm, rol ve güç açısından yetersizliklerinin başladığı, psikolojik ve fiziksel yetersizliklerin artarak çevresindeki bireylere bağımlı hale geldiği bir dönemdir (49).

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık

Dünya genelinde doğum oranındaki azalmaya eşdeğer olarak, yaşam standartlarının iyileşmesi ve insan yaşamının uzaması yaşlı nüfus oranının giderek artmasına neden olmaktadır (47). Yaşlı birey sayısının toplam nüfus içerisindeki sayısal büyüklüğünün kademeli olarak artış göstereceğinin bir göstergesi de, doğurganlıkta azalmanın devam etmesi ve yaşam kalitesinin sürekli bir biçimde ilerleyiş göstermesidir (50).

Günümüzde dünya nüfusunun %10’nunu oluşturan 65 ve üzeri yaş grubu bireylerin sayısının 2025 yılında 1.2 milyar, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı düşünölmektedir (51). Dünya nüfusunun 2016 yılında % 8.7’sini yaşlı nüfus oluştururken, en fazla yaşlı nüfusa sahip ilk üç ölke sırasıyla %31.3 ile Monako, %27.3 ile Japonya ve %21.8 ile Almanya olurken, Türkiye bu araştırmada 167 ölke arasından 66. sırada bulunmaktadır (7).

Türkiye’deki yaşlı nüfus (65 ve üzeri yaş grubu) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişiyken son beş yılda %17.1 artış göstererek 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi olmuştur. Toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı 2012 yılında %7.5’lerdeyken,

2016'da bu oran %8.3'e yükselmiştir. Yaşlı nüfus oranlarına bakıldığında erkek nüfus %43.9'unu, kadın nüfus %56.1'ini oluşturmaktadır (7).

Ülkemizde, 2000'li yıllarda yapılan araştırmalar, gelir dağılımının bozulması sonucunda akrabalık ve komşuluk ilişkilerinin zayıflaması, ailevi değerlerin değişime uğraması, yalnızlaşan, yoksullaşan ve yaşam standartları kötüye giden, yaşlı bir nüfusun bulunduğunu belirtmektedir (52,53). TÜİK 2016 verilerine göre, çalışma çağındaki olan yüz kişiye düşen yaşlı birey sayısını gösteren yaşlı bağımlılık oranı, 2012 yılında %11.1'lerdeyken bu oran 2016 yılında %12.3'e yükselmiştir. Bu verilere bakıldığında bir milyonu aşkın yaşlı, başka bir bireye bağımlı olarak yaşamaktadır (7,48).

Başka bir bireye bağımlı olarak yaşayan ve sayıları her geçen gün artış gösteren yaşlı bireylere sağlanan sağlık hizmetlerinde en önemli sorumluluk hemşirelerindir (54,55). Hemşireler, yaşlı bireyin bağımsızlığını sürdürmesine yardımcı olmak, yaşam kalitesini yükseltmek, yaşlı birey ve bakım verenlere eğitim vermek, yaşlı birey ve bakım verenlere danışmanlık yapmak, yaşlı birey ile ailesinin savunucusu olmak, yaşlı bireyinde ailesi ile bakıma katılmasını kolaylaştıracak profesyonel ilişki kurmasını sağlamak gibi rol ve sorumluluklara sahiptir (56,57). Ayrıca hemşire yaşlıyı sadece fizyolojik olarak değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutuyla da değerlendirmelidir.

2.3. Yaşlılık Çeşitleri

Yaşlılık; doğduğu andan itibaren başlayıp yaşamın sonlanmasına kadar devam eden, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ele alınması gereken süreçlerden oluşur.

Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, yapısal, fonksiyonel ve kronolojik yaşın etkisiyle oluşan değişiklikleri ifade eder, insan vücudundaki yıpranmalar sonucunda, insanın benlik saygısında ve davranışlarında meydana gelen değişikliklerdir (48,58,59).

Psikolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşın ilerlemesiyle birlikte, bireyin öğrenme, problem çözme, psikomotor, algı ve kişilik özelliklerine göre bireyin uyum sağlama kapasitesindeki değişiklikleri ifade etmektedir. Yaşlılıkta depresyon, stres, ölüm korkusu bu süreçte karşılaşılan psikolojik değişikliklerdendir. Bu değişikliklerin kaynağını; vücudun fiziksel yetersizliği, statü kaybı ve kronolojik yaştan, yaşamın

kısalığından ve dini inançlara bağlılıktan dolayı ölüme yaklaştığını düşünerek ölüm korkusunu yaşamayı oluşturmaktadır (48,58,59).

Ayrıca psikolojik yaşlılık, duygusal yaşlanma ve sosyal yaşlanma ile de bağlantılıdır. Duygusal Yaşlanma; bireyin kendisini hangi yaşta hissettiği belirlenerek saptanan yaşdır. Duygusal yaşlanmada bireyin yaşlanmaya uyum sağlaması ve bu durumu kabullenmesi oldukça önemlidir (58). Sosyal Psikolojik Yaşlanma ise; bireyin çevresindeki insanlar ile karşılıklı oluşturduğu ilişkiler, inançlar, değerler, tutumlar, sosyal roller ve yaşlılığa uyum aşamasında oluşan değişiklikleri değerlendirir. Örneğin, gençken diğer insanlarla ilişki kurmakta sorun yaşamayan birey, yaşlanınca kendi dünyasına kapanarak çevresindeki insanlarla ilişki kurmak istemeyebilir, inanç ve değerleri değiştiği için eski arkadaş çevresiyle görüşmek istemeyebilir, kalabalık ortamlarda bulunmak istemeyebilir (60).

Sosyolojik olarak yaşlılık ise toplum içindeki belirli yaş grubundan yapması istenen davranışlar ve bu yaş grubuna toplumun verdiği değerleri ele alır. Bireylerin hayatları boyunca baba, anne, büyükbaba, büyükanne, emekli gibi sosyal yaşamdaki rolleriyle ortaya koydukları olaylar ve beklentileridir (58,59).

Yaşlılıkta, bireyler yaşlanma süreci ile gelen bazı sorunlarla baş etmek zorunda kalırlar. Bu aşamada hem yaşlıya bakım verenlere hem de hemşirelere büyük sorumluluklar düşmekte ve yaşlılık döneminde yaşanan sorunlar konusunda donanımlı olmak zorundadırlar.

2.4. Yaşlılık Dönemi Sorunları

Yaşın artmasıyla birlikte, yalnızlık, beslenme, öz bakım, gelir düzeyinde azalma, ayrımcılık, ihmal ve istismar gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bunların beraberinde statü kaybı, ekonomik yetersizlikler, yalnızlığa terk edilme, fiziksel yetersizliklerin ve kronik hastalıkların ortaya çıkması da yaşlılık döneminde karşılaşılan problemler arasındadır (61).

Dünya genelindeki çalışmalar incelendiğinde yaşlı bireylerde her iki cinsiyette de morbidite, mortalite ve engellilik halinin en büyük etkeni bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Yaşlılık döneminde en çok ortaya çıkan hastalıklar, fiziksel ve ruhsal

(bilişsel, zihinsel) sağlık alanında olmak üzere iki grupta değerlendirilmektedir. Fiziksel sağlık alanında en sık karşılaşılan hastalıkların başında %60-70 oranıyla hipertansiyon gelirken, gelişmiş olan ülkelerde mortalite sonuçlarına göre ise yaşlı bireylerin %21'i kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedirler (47). Türkiye genelindeki çalışmalarda ise yaşlı bireylerde en çok ortaya çıkan uzun süreli yani kronikleşen hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon %30.7, osteoartrit %13.7, kronik kalp yetersizliği %13.7, diyabetes mellitus %10.2, koroner arter hastalığı %9.8 ve osteoporoz %8.2 olarak belirlenmiştir (62). Ruhsal sağlık alanında öne çıkan sorunlar ise demans, depresyon, alkol kullanımı ve intihar girişimidir. Yaşlı sağlığını olumsuz yönde etkileyen en önemli davranışsal belirleyiciler de madde kullanımı, obezite, malnütrisyon, immobilitedir (47).

Cangöz (63) ve Cornett (64) de, normal bir yaşlanma sürecinin yaşanmasıyla meydana gelen, ancak bireyin genetik ve çevresel özelliklerine göre değişen sıklıkta ortaya çıkan bilişsel, fiziksel ve psikolojik değişikliklerin bazılarını şöyle özetlemektedir;

- ❖ Dokunma, işitme ve görme duyularındaki yetersizlik
- ❖ Reflekslerde zayıflama ve motor koordinasyonunda yetersizlik
- ❖ Öğrenme sürecinin uzaması ve yeni bilgi öğrenilmesinde oluşan zorlanma
- ❖ Dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon bozukluğu
- ❖ Uzun süreli bellekte ve hatırlama performansındaki yetersizlik
- ❖ Sözel akıcılık sağlayan dil becerilerinde bozulma
- ❖ Sürekli depresyon ve hüzünlü ruh hali

Yaşlılardaki, biyolojik ve psikolojik değişiklikler belirli görevlerin yerine getirilmesi için gereken yeteneğin azalmasına, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ise, yaşlıların yeni bilgileri öğrenme sürecinde günlük yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşlıların sosyal ve psikolojik etkenler nedeniyle sınırlı bir çevrede yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaları, sosyal izolasyon yaşamalarına neden olmaktadır (65). Yaşlıların emeklilikleriyle birlikte üretkenliklerinin sona ermesi, maddi sorunlar yaşamaları ve kişiler arası ilişkilerinin sınırlı olması sonucu ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal değişiklikler sosyal sorunların artmasına olanak sağlamaktadır. Toplumun, yaşlıları yavaş yavaş toplumsal ortamlardan soyutlamaları, yaşlıların kendilerine karşı

gösterilen saygının azaldığını hissetmesine, kendilerini değersiz hissederek, işe yaramaz biri olarak değerlendirmesine neden olmaktadır (48).

Yaşlı bireylerde yaşın artmasıyla birlikte ortaya çıkan fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler sonucu yaşlı bireyin fonksiyonel kapasitesinde azalma meydana gelerek, yaşlı bireyin yardıma muhtaç hale gelmesine neden olmaktadır. Yaşlılıktan dolayı artan bakım gereksinimlerinin büyük çoğunluğu yaşlı bireylerin aileleri, akrabaları veya çevrelerindeki insanlar tarafından karşılanırsa da düzenli ve uzun süreli yardımlar, sağlık ve sosyal hizmetlere bağlı kurumlar tarafından sağlanabilmektedir (66).

Yaşlanma sürecinde, yaşlı bireylerin ve ailelerinin yaşamlarını zorlayan, toplumsal ve ekonomik şartlarında yaşadıkları zor durumlar, kamusal destek gerektiren kritik durumları ortaya çıkarmaktadır. Öncelikli olarak emeklilik ve işsizlik, yaşlı bireylerin gelirinde büyük kayıplara yol açarak, yaşam standartlarında azalmaya neden olan en önemli faktörlerdendir (52).

Bireyin gençlik dönemindeki yaşantı ve deneyimleri, yaşlılık döneminde psikolojik bozuklukların yaşanmasına yol açabilirken, yaşlanma sürecinde ortaya çıkan stres kaynakları da özgün sorunların meydana gelmesine neden olabilir. Yaşlılığa özgü stres kaynaklarını örneklendirecek olursak; emeklilik, kronik hastalıklar, eş ve yakınların ölümü, andropoz veya menapoz, başkalarına bağımlı kalma ve ölüm korkusu gibi nedenleri sıralayabiliriz. Bu stres kaynaklarının, uyku bozukluklarının, kaygı bozukluklarının, duyu durum bozukluklarının, şiddetli depresyonun, demansın ve kronik ağrıların tetiklenmesinde önemli bir etkisi vardır (63). Bu durum yaşlı ve bakım veren bireylerin farklı sosyal sorunlar ile karşılaşmasına neden olmaktadır.

Yaşlılıkta ortaya çıkan en önemli sosyal problemlerden birisi yaşlı bakımıdır. 65 yaş ve üzeri her yaşlı hasta, her ne kadar bakıma ihtiyaç duymasa da, hastalanma riski ve fiziksel yetersizlikleri sebebiyle yardıma ihtiyaç duyma ihtimali yüksektir. Yaşlı bireylerin bakım gereksinimleri ya aile ve akrabaları tarafından ya da kurumlar tarafından karşılanmaktadır (67). Yaşlı bakımında sağlık bakım hizmetlerinin amacı, yaşlı sağlığını korumak, yükseltmek ve yeniden sağlığına kavuşturmasıdır. Ayrıca sağlık bakım hizmetleri, yaşlı bireyin kendi evinde aile bireyleri veya sosyal hizmetlerin profesyonel desteği ile bakımının sağlanmasıyla sunulmaktadır (68). Sağlık hizmetleri

sunumunda hemşirelik hizmetleri önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sunumu aşamasında hemşireler, bakım veren bireylerin sosyal destek kaynaklarını belirlemeli, kaynakların harekete geçirilmesi için elde ettiği veriler doğrultusunda girişimlerde bulunarak bakım veren üzerindeki bakım verme yükünü ortadan kaldırmalı ya da var olan yükü azaltmalıdır.

2.5. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, bireylerin yerine getirmekle yükümlü oldukları sorumlulukları paylaşan, onlara maddi, manevi destek sağlayarak bilgi ve beceri edinmelerine yardımcı olan, duygusal sorunları ile baş edebilmelerinde psikolojik kaynaklarının harekete geçirilmesini sağlayarak, bireylerin yaşadığı stresli durumlar ile başa çıkabilmelerine yardımcı olan önemli kişilerin oluşturduğu bir mekanizmadır (69).

Pearson (1986) sosyal desteği, bireyin başka bir birey ya da grup tarafından kabullenilmesi olarak tanımlamaktadır (70). Sosyal destek, bireyin çevresindeki diğer insanlardan sağladığı psikolojik ve sosyal destek olarak da tanımlanabilmektedir (31).

Literatür incelendiğinde sosyal desteğin teorik tanımı beş kategoriden oluşmaktadır. Bunları incelediğimizde; 1. Sağlanan sosyal desteğin tipi: Başka kişiler tarafından sağlanan destek, 2. Desteği alan bireyin algısı: Bireyin destek gereksinimleri, ihtiyaç duyulan bilgi ve geri bildirimler, inançları ve değerleri doğrultusunda bireylere sağlanan yardım, 3. Destekte bulunan bireyin niyet ve davranışları: Destek kişinin, desteğe ihtiyacı olan bireyin iyilik halini artırmak için sergileyeceği davranışlar, 4. Karşılıklı destek: Desteğin karşılıklı olarak en az iki birey arasında verilmesi, 5. Sosyal ağ: Bireylerin diğer kişilerden, gruplardan, toplumdaki sosyal destek sağlamak için kullandığı bir araçtır (45).

Sosyal destek işlevleri açısından bakım veren, kişilere farklı yardımlar sağlamakta ve bunlar göz önünde bulundurularak; Duygusal Destek, Araçsal Destek (Yardım Desteği), Bilişsel Destek (Bilgi Desteği), Onay Veren Destek (Güven Desteği) olarak sınıflandırılmıştır (31,45).

Algılanan sosyal destek, bireylerin çevrelerindeki sosyal destek ağından ne kadar haberdar olduklarını ve sağlanan bu sosyal destekten ne kadar memnun

kaldıklarını ele almaktadır (71). Bir bakıma bireyin kendine biçtiği genel değerler bütünüdür. Başka insanlar tarafından sevilme, saygı duyulma, gerektiğinde yardım edeceğini bilme, ilişkilerine anlam yükleyen bireyin algıladığı destek daha yüksektir (40,45). Algılanan sosyal destek psikolojik değişkenler üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (14,22). Özellikle aile üyeleri ve diğer önemli kişiler tarafından sağlanan sosyal destek bakım veren bireyin psikolojik iyilik hali için önemli bir faktördür (14). Bireylerin algıladıkları sosyal desteği etkileyen birçok faktör vardır. Yaşlı bireye bakım verenlerin ve hemşirelerin bu faktörlerin farkında olması oldukça önemlidir.

2.5.1. Sosyal Destek Algısını Etkileyen Faktörler

Sosyal destek; eş, anne, baba, çocuk, akraba ve sevgili gibi aile bireylerinden; komşu, arkadaş, sağlık personeli veya sosyal ve toplumsal destek sağlamak amacıyla oluşturulmuş kuruluşlardan sağlanabilmektedir. Bakım alan ve bakım veren bireylere güven ve ait olma duygusu vererek onların inançlarına ve kültürel değerlerine göre yol gösteren kişi ve kuruluşlar sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Burada önemli olan konu, bireyin sosyal destek kaynaklarına verdiği değerdir (72). Krause'a (1987) göre bireyin kendisine biçtiği değeri, önemi ve güven hissini artıran en önemli faktörlerden birisi bireyin kendisi için değerli olduğunu hissettiği kişilerin desteğini algılamasıdır (19).

Sosyal destek algısı, bakım alan ve bakım verenin sosyo-demografik özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Özellikle yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültür gibi değişkenlerin etkisi de tartışılmaktadır. Bireylerin sahip olduğu kişilik gibi kalıcı özelliklerinin yanı sıra tutum ve mizaç gibi özelliklerinin de algılanan sosyal desteği etkilediği belirtilmektedir. Örneğin; tüm destek çeşitlerinin özellikle de duygusal desteğin, kadınlar tarafından erkeklere oranla daha fazla alındığı ve verildiği görülmüştür (19-21).

Bakım veren ya da bakım alan bireye sağlanan sosyal desteğin, çoğunlukla olumlu etkileri olmasına rağmen, bakım veren veya alanın kişisel özellikleri, kişisel becerileri ve sosyal desteğin verilme şekli, zamanı gibi nedenlerden dolayı olumsuz etkiler de meydana gelebilmektedir (73). Örneğin, yapılan birçok çalışmada, bireyin sosyal çevresi tarafından zaman ve nitelik olarak uygunsuz şartlarda sağlanan sosyal

destek, birey üzerinde zorlayıcı etki oluşturarak, kişinin stresini artıracakını ya da sağlanan sosyal desteğin bireyin gereksinimlerinden farklı olabileceğini, bu durumun da yararlı olamayacağını belirtmişlerdir (19).

2.5.2. Bakım Veren Sosyal Destek Algısında Hemşirenin Rolü

Hemşirelerin, bireyin sosyal destek ihtiyacını uygun, istenilen nitelikte ve zamanında tanımlayabilmeleri önemlidir. Çünkü sosyal destek ihtiyaç duyulduğu an karşılanabiliyorsa etkilidir (40). Bu nedenle yapılan çalışmalarda bakım verenlerin, psikososyal yönden ele alınıp, problem çözme becerileri ve stres ile başa çıkma yetilerini geliştirmeye yönelik destek olduğunda, yaşam kalitesinin pozitif yönde etkilendiği ve ihtiyacına yönelik verilen sürekli destek ile oluşabilecek minör sağlık problemlerinin majör sağlık krizlerine dönüşmeden engelleneceği ortaya çıkmıştır (74,75).

Dayanışma, bilgi sağlama ve normallik duygusunu destekleme gibi sosyal desteğin birçok fonksiyonu vardır. Bireyin kendisine değer verildiğini hissederek rahatlamasında, ailesinden ve yakın arkadaşlarından algıladığı duygusal desteğin önemi büyüktür (76). Bu nedenle öncelikle hemşire, bireyin çevresindeki insanları, bu insanlar ile görüşme sıklığını, görüşme şeklini (telefon veya yüz yüze), kişilerle olan yakınlığını, bu kişilerden nasıl bir destek aldığını (araçsal, bilgisel, duygusal) doğru belirlemelidir (45).

Aile bireyin yaşamındaki en önemli destek kaynağıdır (45). Bakım verme sorumluluğunun bir kişi üzerinde olmasının ve bakım verenin tükenmişlik yaşammasının önlenmesi için, öncelikle aile üyeleri arasında iş bölümü yapılması önemlidir (77,78). Hemşire, bakım veren birey ile diğer aile üyelerinin birbirlerine karşı duygu ve düşüncelerini paylaşmalarını sağlamalı ve birlikte daha fazla zaman geçirebilmeleri için değişik etkinlik ortamları hazırlamalıdır. Bakım veren bireylerin, bakım alan yaşlı ve çevresindeki diğer bireyler ile ilişkileri, herhangi bir problemleri olduğunda yardım alacaklarını bilmeleri, yakınları için değerli olduklarının farkında olmaları ve kendilerini değerli hissettiklerinde daha olumlu sonuçlar doğuracaktır. Bakım veren birey ve ailesine eğitim verilerek, bireyin sosyal destek kaynaklarını fark etmesi ve kullanabilmesi sağlanmalıdır. Eğitim verilmesi, bakım veren ve destek sağlayan

bireylerin sahip oldukları kaynaklarını ve yeteneklerini kullanmalarına, duygusal zorlukların üstesinden gelmelerine, çevresel değişimlere ve strese adaptasyon sağlamalarına yardımcı olacaktır (45). Ayrıca bakım veren kişilerin, kendileri gibi bakım verme sorumluluğu olan kişilerle bir arada olabilecekleri kuruluşların var olması, ihtiyaç duyulduğunda destek alabilecekleri kurumlar hakkında bilgilendirilmeleri ve bireylerin bu hizmetlerden yararlanmalarının sağlanması, bakım verme sürecinin daha sağlıklı ve nitelikli ilerlemesine olanak sağlayacaktır. Hemşirelerin, bakım veren bireylerin ihtiyaç duyduklarında gereken yardım ve rehberlik hizmetlerini hangi kurumlardan ve hangi zaman aralıklarında faydalanabilecekleri konusunda verecekleri danışmanlık hizmeti, bakım veren bireyin yardım arama gayretini artırarak onun için yarar sağlayan bir durum olabilir. Bakım veren bireyin ara verdiği hobilerine yeniden başlaması ve destek gruplarına üye olması bakım verme güçlüğü ile başa çıkmasına yardımcı olabilir (12,77).

Sosyal destek danışmanlığı sunan hemşireler, ilk olarak bireyin yaşadığı güçlükleri tanımlandırmalıdır. Birey merkezli ya da dışardan kaynaklı engeller sosyal desteğin etkisini azaltabilir. Sosyal desteğin etkisinin artırılması için bireyi etkileyen tüm engellerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması gerekmektedir. Sağlanan sosyal desteğin, karşılaşılan zorluklar üzerindeki etkisi dikkate alınmalı eğer sosyal destek sorunun ortadan kalkması üzerinde etkili değilse, bakım veren bireyin karakteri belirlenerek sosyal desteğin neden yetersiz kaldığı ortaya konmalıdır. Ayrıca hemşirenin, danışmanlık yaptığı süre boyunca, bireye güven vermesi, sabırlı olması ve empati yapabilmesi son derece önemlidir (40).

Hemşirenin bakım veren bireylere karşı duyarlı olması, bakım verme rollerini anlamlandırması, yaptıkları işe saygı duyması, onları desteklemesi, değişen durumlara adaptasyon becerilerini belirlemesi sunulan bakımın etkisini ve kalitesini artırarak, bakım yükünü hafifletecektir (2,79)

2.6. Bakım Yüğü

Türk Dil Kurumu (80), bakım kelimesinin anlamını; “bir insanın beslenme, giyinme vb. ihtiyaçlarını sahiplenme işi, bakma görevi, bir işin iyi ilerlemesi, iyi bir durumda olması için harcanan emek” olarak açıklamaktadır.

Literatürde yük kavramı, “bakım vericinin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar” olarak tanımlanmaktadır (81). Objektif yük, fiziksel işler ve bakımın meydana getirdiği zorluklardır. Objektif yük somut olup, bakım verenin deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması), yaptığı işleri (yardım, kontrol, ödemeler vb.) ve yapamadığı etkinlikleri (hobiler, kariyer, meslek) içermektedir. Objektif yük boyutları, bakımı karşılanan bireyin maddi bağımlılığı, bakım veren ailenin kendi düzenlerinin bozulması, bakım verenin sosyal aktivitelerini yapamaması, diğer aile bireyelerine eskisi kadar ilgi gösterememesi, çalışma hayatının etkilenmesi, uygun bir bakım ortamı bulamaması olarak ele alınmaktadır. Subjektif yük, bakım veren bireyin, bakıma kişisel yaklaşımı ve bakım verme görevini yük olarak algılaması ya da objektif yükle savaşıırken karşılaştığı sorunlardır. Bazı araştırmacılar subjektif yükü, bakım veren bireyin yaşadığı durum nedeniyle duygularında meydana gelen değişimler, bu durum karşısında sergilediği tutum ve duygusal tepki olarak tanımlamaktadır. Çoğunlukla hissedilen suçluluk duygusu, utanma, keder, sıkıntı gibi duygusal tepkiler bu durumu ifade etmektedir (10,30).

2.7. Bakım Verme Yüğü

Fiziksel veya zihinsel rahatsızlıklar sonucunda günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bağımlı bireyin bakım sorumluluğunu alan kişi ‘bakım veren’ olarak adlandırılabilir (82). Bakım veren “hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere ücretsiz olarak yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler” şeklinde de tanımlanmaktadır (83).

Bakım verme, fiziksel, emosyonel veya maddi destek vermeyi de içine alan, tek bir yardım alanıyla sınırlandırılmayan ve bakım vericiler tarafından çok boyutlu algılanan bir durumdur (84).

Bakım verme, bireyin çevresindeki insanlardan sosyal destek sağlama, benliğine saygı duyma, yaşantısından yetinme, yakın ilişkilerinin gelişimi ve kişisel gelişimini sağlama gibi olumlu özellikleri kazandırmasının yanında birçok zorluğunda yaşanmasına neden olabilmektedir (85,86).

Bakım verme formal ve informal olarak iki şekilde gruplandırılmıştır. Formal bakım verme; belirli bir ücret karşılığında, profesyonel düzeyde sağlık ve kişisel bakım hizmeti veren meslek grupları tarafından, hasta bireyin evinde veya kurumda sunulan bakımdır. Evde verilen formal bakım, en çok hemşire, diyetisyen, terapist, sosyal hizmet uzmanı, evde bakım yardımcıları gibi meslek grupları tarafından sağlanmaktadır. Uzmanlık gerektirmeyen veya informal bakım verme; belirli bir ücret almadan bakım vermenin aile, akraba veya komşular tarafından üstlenilmesidir (87).

Bakım verenlerin yaşadığı yük kavramı ilk olarak Grad ve Sainburg tarafından 1960'lı yılların başında açıklanmış ve bu kavramı mental rahatsızlığı olan bireylere evde bakım verme görevini üstlenen kişilerin karşılaştıkları zorlukları ortaya çıkarmak için tanımlamışlardır (10,88).

Bakım verme yükü, yaşlı, çocuk, kronik hastalığı veya yetersizliği bulunan, aile üyesi veya bir yakınının bakımını üstlenen kişinin, bakım verme ile ilgili fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal sorunlar karşısında geliştirdiği tepkidir (84,89).

Gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde toplumsal yapının değişmesine karşın güçlü aile ilişkilerinin varlığı sürmekte, yaşlı bireylere bakma sorumluluğu daha çok (%60-80) aile üyeleri tarafından yerine getirilmektedir (10,90). Yaşlının bakımı sosyal ve kültürel normlara bağlı olarak değişmekle birlikte çoğu ülkede örgütsel ve yapısal eksiklikler kız çocuklarını ebeveyne bakım vermeye iter (91). Ayrıca ülkemizde de hasta bireyin bakımını genellikle aileden biri veya hastanın eşi üstlenmekte iken, bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir (16,92,93). Ele alınan bu problemler sadece bakımı sağlanan hasta bireyi değil, bakım veren aile bireylerini ve yakınlarını da etkisi altına alarak bakımı üstlenen bireylerin rollerini, bakım verme alanına doğru kaydırmaktadır (94-96).

Bakım verenin, ulaşım, evin onarımı, sağlık sorunları ile baş etme, mali yönetim, alışveriş, temizlik, yıkama, ilaç verme, duygusal destek sağlama gibi günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili çok sayıda görevleri bulunmaktadır (97). Bakım veren tarafından sağlanan bu yardımların tümü zaman alıcı olduğu gibi, duygusal, fiziksel ve psikolojik olarak tükenmeye neden olan aktivitelerdir ve zamanla bakım veren üzerinde çok fazla baskı oluşturmaktadır. Literatürlere bakıldığında da, ailede bakım verenlerin çoğunluğu,

yaşlı için uygun bakım ve destekleyici bir çevre sağlarken, bakım vermenin bakıcı yükü ve stresini artırdığını belirtmektedir (38,98). Stres artışı, bakım verenin sağlığının bozulmasına ve depresyona neden olabilir (38). Yapılan çalışmalar yaşlılara bakım veren bireylerin, yalnızca yaşlının bakım işlevini yerine getirmede zorlanmadıkları, bununla birlikte yorgunluk, uyku bozuklukları, kişilik değişiklikleri gibi fiziksel ve duygusal sorunlar yaşadıklarını göstermekte ve bu durumda bakım verme de güçlükler nedeniyle bakım yükünü artırmaktadır (99-101). Bakım verme güçlüğü; yaşlı, kronik yetersizliği ve hastalığı bulunan aile bireyi veya başka bir bireye bakım veren bireyin bakım yükü altına girmesi, baskı altında hissetmesi, gerilmesi ve zorlanması ile meydana gelmektedir (84).

2.7.1. Evde Bakım Hizmeti Sunan Bakım Verici Bireyler

Bakım veren aile bireyi, bakım hizmeti olarak adlandırılan uygulamaları sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenen kişidir (102). Verilecek bakım hizmetinin nitelikli ve etkin olması için, evde bakım hizmeti sunulacak kişinin çevresi ile birlikte ele alınması oldukça önemlidir (103).

Türkiye'deki sosyokültürel yapı nedeniyle yaşlı bireylerin bakım ihtiyacı ev ortamında karşılanmaktadır. Bu durumun ana kaynağı sadece maddi yetersizlikler değil aynı andaki sosyal ve kültürel etkenlerden dolayı evde bakımın "ailenin temel görevi" olarak kabullenilmesidir (68). Modernleşme ve kentleşme gibi sosyal durumların etkisi gözönüne alındığında; yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan huzurevi gibi kuruluşların sayılarının gün geçtikçe çoğalması dikkate alındığında, gerek yaşlı birey gerekse yetişkin çocukları tarafından aile ortamında bakım anlayışı kabul edilen bir durumdur. Fakat sağlığı etkilenen ileri yaştaki yaşlı bireylerin bakımının sadece oğul/kız veya oğulları/kızları tarafından karşılanması yetişkin oğul/kızın da sosyopsikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (104). Gelişmiş ülkeler bakım verme yükünün, sosyal ve ekonomik gerekçelerle üstesinden gelinemeyecek durumlarla sonuçlanacağını anlayabildiklerinden, bakım veren aile bireylerinin desteklenmesini hedef alan bakım sigortasının içeriğinde yasal düzenlemelerin yer almasını da sağlamışlardır. Gelişmiş ülkelerden, sosyal güvenlik sistemi kapsamında " bakım sigortası " uygulamaları bulunan ülkeler Avusturya, İsrail, Japonya, Almanya ve Hollanda'dır (68).

Yaşlı bireyin bakımı genellikle aile içerisinde, yaşlı bireyin eşi ve çocukları üzerinde kalmakta ve bakımdan primer olarak eşler, gelinler, kız çocukları olarak kadınlar sorumlu olarak görülmektedir. Yaşlı bakımının, kadının diğer sorumluluklarının üstüne eklenmesiyle kadınlar fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz şekilde etkilenebilmektedir (105). Kadının, toplumun biçtiği roller çerçevesinde aile bireylerinin bakımından primer olarak sorumlu tutulmasının nedeni, ev işlerini yapan, aile üyelerinin bakımını, beslenmesini sağlayan, para kazanma ve karar verme yetkisi olmayan, ekonomik ve duygusal açıdan erkeğe bağımlı kişi olarak değerlendirilmesidir. Erkek ise araçsal rolleri olan; otorite kaynağı, ailenin korunma ve güvenini sağlayan, ailenin geçimi için para kazanma sorumluluğu verilen kişidir (67).

Yaşlılara bakım resmi ve gayri resmi bakım sistemi olmak üzere iki şekilde sağlanmaktadır. Yaşlı bakımı, resmi olarak kurumlar ya da gayri resmi olarak aile ve akrabalar aracılığıyla sağlanmaktadır (67).

Baran ve arkadaşları (104) tarafından yaşlı birey ve aile ilişkilerini ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmada; yaşlıya bakım veren aile üyelerinden (kızı, oğlu, gelini, damadı, torunu vb.) yaşlıların bakımının belirli bir ücret karşılığında (%3.5) ya da kamu kuruluşları (%5.5) tarafından sağlanması gerektiğini savunanların oranı oldukça düşükken, %69.5'i oğlu/gelini ya da kızı/damadının bakım vermesi gerektiğini düşünmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğu da %93.8'i evlatlarıyla yaşamlarını sürdürmekten memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Türkiye'de yapılan evde bakım ile ilgili bir çalışmada bakım verenlerin %56.0'nın eş, %89.0'nın da kadın olduğu belirtilmektedir (106). Yaşlıya bakım verme sorumluluğunu üstlenen kadınlar hem yaşlı bireyin hem de çocuklarının bakım verme sorumluluğunu karşılarken ilerleyen zamanlarda kendi yaşlılık tecrübelerini deneyimlemekte, yaşlılık sürecindeki hastalıklar ve sorunlar ile uğraşmakta ve kendisi de bakıma ve desteğe ihtiyaç duyabilmektedir (107). Feldman ve arkadaşları (108) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, bakım veren bireylerin %36.0'nın bakım verme işinde yetersiz olduklarını belirlemişlerdir. Bakım veren bireylerin kronik hastalığa sahip kişilerle yaşamlarını sürdürmelerinin bir sonucu olarak kendi işlevselliklerinde bazı sorunlar yaşamaları kaçınılmazdır (109). Baran ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada yaşlı bireye bakım veren bireylerin

%68.2'si yaşlı ebeveynle bir arada yaşamının hayatlarına fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan çeşitli sınırlamalar getirdiğini aktarmışlardır (104). Bilgili'nin (107) yaptığı bir çalışmada da yaşlı bireylerin bakımını sağlayan bireylerin %63.3'ünün yaşlı bireyin ruhsal değişimleri sebebiyle yaşlı ile bir arada yaşamlarını sürdürmeye yönelik olumsuz düşüncelere sahip olduklarını, %31.6'sının yaşlı bireyin sürekli beddua etmek, söylenmek ve diğer aile üyelerinin özel hayatlarına karışmak gibi davranışlar sergilemeleri nedeniyle yaşlı birey ile ilişkilerinin iyi olmadığını, %51.6'sının yaşlı bireyin bakımını üstlendikleri günden bu yana kendi hayatlarının kısıtlandığını ve kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını, %28.3'ü de bakım verme sürecinde ruhsal sağlıklarının etkilendiğini belirtmişlerdir (110).

Türkiye'de (2006) yürürlükte olan “ Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmetleri Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik”te bakım hizmetini üstlenmesi durumunda kimlerin bakım yardımı alabileceğinden “akraba” kelimesinin tanımı içerisinde bahsedilmiştir. Tanıma göre, bakıma ihtiyaç duyan özürünün eşi, çocukları, annesi, babası, torunları, annesinin ve babasının anne ve babası, kardeşi, kardeşinin çocukları, amcası, halası, dayısı, teyzesi ile kardeşinin, amcasının, halasının, dayısının, teyzesinin eşleri ve çocuklarının hepsi bakım hizmetini üstlenebilecek kişiler olarak belirtilmiştir (111). Bakıma ihtiyacı olan kişinin bütün bakımından sorumlu aile üyesi, birinci derece (primer, birincil) sorumlu olan kişidir. İkinci derece (sekonder) bakım veren birey ise arkadaş, komşu, akraba ya da yabancı başka biri olabileceği gibi çoğunlukla aile üyesi olan, primer bakım verene bakım verme süresince yardımda bulunan kişidir. Örneğin; bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireye birincil (primer) bakım veren, yaşlının kızı veya oğlu ise, ikincil (sekonder) bakım veren de damadı, gelini ya da torunudur. Bakım hizmeti sunulan bireyin bakımının kontrolü daha çok primer bakım verende olduğu için, sekonder bakım verenin bakım yönetimindeki etkisi kısıtlı olup, sekonder bakım veren alışveriş, taşıma, evdeki tamirat gibi işlerden sorumludur (79). Ayrıca sekonder bakım vericiler, birinci derece bakım veren bireylerin sosyal destek kaynaklarıdır. Bakım verme yükü nedeniyle zor durumda kalan bireye sağlanan bu sosyal destek bakım veren bireyin, bakım verme yükünü azaltarak kişisel kontrol duygusunu artırdığı ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (17,112).

Son yıllarda yapılan araştırmalar göstermiştir ki, bakım verme stresli bir süreç olup bakım vericilerin yaşam kalitelerini önemli oranda düşüren ve bakım verme yükünün yüksek algılanmasına neden olarak bakım veren bireylerin sağlıklarını önemli oranda etkileyen bir durumdur (5,69,113,114).

2.7.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verme yükü bireyden bireye farklılık gösterdiği gibi, toplumdaki topluma da farklılıklar gösterir. Yaşlıya bakım veren bireylerin tamamının bakım verme glği yaşamadığı ve gclk yaşayan bireylerin ise, gclk yaşama seviyelerinin birbirinden farklı olduğu ortaya çıkmıştır (37). Yaşlı bireylerin bakım sorumluluklarını üstlenme şekli ve bu sorumluluğun algılanışı, farklı sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (69,115). Nijboer ve arkadaşları (116) bakım verme yükünü etkileyen faktörleri gruplandırmışlardır. Bu faktörler; bakım veren bireye ait özellikler (kişilik özellikleri, sosyo-demografik özellikler), bakım alan bireye ait özellikler (sosyo-demografik özellikler, hastalıkla ilgili özellikler ve depresyon) ve bakım verme ile ilgili özellikler (bakım verme görevleri, bakım verme yoğunluğu ve süresi) olmak üzere belirtilmektedir.

Bakım veren ve bakım alan kişilerin yaşam kalitelerinin arttırılmasına katkı sağlayacak etmenlerden en önemlisi, bakım verenin yükünün bilinmesi ve ortaya çıkarılmasıdır (13). Bu çalışmada bakım vericiye ve bakım alıcıya ait faktörler incelenecektir.

2.7.2.1. Bakım Veren Bireylere Ait Etmenler

Bakım veren bireylere ait etmenler, bakım veren yükünün belirlenmesinde önemli bir ölçüt olmasının yanı sıra, hastanın hastalık seyrinin ilerleyişindeki önemli bir belirleyicidir (69,115). Hastalara bakım veren aile yeleri, bakım verme kaynaklı oluşan yük ve bu yükün olumsuz etkileri nedeniyle risk altındaki topluluklar ve gizli hastalar olarak tanımlanmaktadır (117).

Bakım verme yükünü etkileyen bakım verene ait etmenler (27,30,45,89,115,117-122);

- ❖ Bakım verenin kişisel özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, ırk, kültür, sosyo-ekonomik durumu, çocuk sahibi olma durumu, meslek durumu, yaşadığı yer (kent-kır), çalışma durumu),
- ❖ Bakım verenin ileri yaşta ve bakım alan bireyin eşi olması,
- ❖ Bakım verenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık durumu ve kendi sağlığını algılama durumu,
- ❖ Bakım verme nedeniyle bakım verenin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik güçlük yaşaması, günlük yaşamının etkilenmesi ve başa çıkma mekanizmaları,
- ❖ Bakım verenin yaşlı birey ile yakınlık derecesi,
- ❖ Bakım verme aktivitelerinin boyutu ve bakım verme süresi,
- ❖ Bakım verenin yaşlı birey ile gün içerisinde geçirdiği zaman (saat),
- ❖ Bakım verenin yaşlı bireyle iletişim durumu,
- ❖ Bakım verenin yaşlı birey ile aynı evde yaşama kararına katılmaması, yaşlı birey ile birlikte yaşama kararında fikrinin alınmaması,
- ❖ Bakım verme ile ilgili psikolojik faktörler (yükümlülük ve sorumluluk duygusu, sevgi, karşılıklılık, ego gelişimi),
- ❖ Bakım verenin yaşlı bakımı dışında da sorumluluklarının olması,
- ❖ Bakım verenin sosyal ve duygusal destek durumu
- ❖ Bakımla ilgili bilgi alma durumu olarak sıralanmaktadır.

2.7.2.2. Yaşlı Hastalara Ait Etmenler

Yapılan araştırmalar neticesinde ortaya çıkan bilgiler dikkate alınarak bakım verme yükünü etkileyen yaşlı hasta bireylere ait özellikler; fonksiyonel yetersizlikler (günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe), bilişsel yetersizlikler (zihinsel fonksiyonlarda yetersizlikler, unutkanlığın artması), davranışsal ve nöropsikiyatrik yetersizlikler olarak gruplandırılmıştır (86). Yaşlı hastalara ait etmenlerin, bakım veren yüküne etkisi incelendiğinde en çok nöropsikiyatrik problemlerin bakım veren bireyleri etkilediği ortaya çıkmıştır. Robinson ve arkadaşları tarafından yapılan bakım veren bireylerin hasta ile ilişkili sorunlarını ve hastaların problemleri davranışlarını inceleyen çalışmalarında, bakım veren yükü ile hastanın problemleri davranışları arasında güçlü bir

ilişki olduğunu ve hastaların problemlili davranışlarının bakım veren bireyin yaşam şartlarında pek çok kısıtlama yarattığını saptamışlardır (45,86).

Hastalara ait bu etkenleri detaylandırarak olursak;

- ❖ Yaşlı bireye ait özellikler (yaş grubu, cinsiyet, hastalık tanısı, hastalık süresi, hastalık evresi, semptom sayısı),
- ❖ Yaşlı bireyin sağlık sorunlarının artması,
- ❖ Yaşlının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu,
- ❖ Yaşlının bilişsel, davranışsal bozukluğunun olması,
- ❖ Yaşlının, bakım veren bireyin yaşamına müdahale etmeye çalışması,
- ❖ Yaşlının, bakım veren bireyden aşırı oranda ilgi beklemesi,
- ❖ Yaşlı bireyin bakım veren bireye düşmanymışçasına davranması,
- ❖ Yaşlı bireyin çocukça hareketler sergilemesi,
- ❖ Yaşlının çevresindeki ortamlardan kendini soyutlamasıdır (10,37).

Bakım verme yükünü etkileyen bu faktörlerin yanında algılanan sosyal desteğinde bakım verme yükünü etkilediği literatürde belirtilmektedir (23,24,25,31,45). Bakım, bakım verenin çevresindeki bireylerden sosyal destek sağlama, benlik saygısını geliştirme, kişisel doyum sağlama, kişisel gelişimini gerçekleştirme ve diğer bireylerle yakın ilişkilerini geliştirme gibi olumlu özelliklerinin yanı sıra birçok zorluğunda yaşanmasına neden olabilmektedir (123). Stres yaşayan bakım veren bireyin, bakım verme sürecindeki zorluklarla başa çıkabilmesinde, bakım verme yükünü etkileyen etmenlerden biri olan sosyal destek önemli bir yere sahiptir (14). Yakınlarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek, sağlık durumları ve aile yaşantıları üzerinde olumlu etkiye sahiptir (16,124). Bakım veren bireyin algılanan sosyal desteğinin azalması, bakım verme rolünde terk edilmiş hissetmesi ve sosyal dışlanma yaşama olasılığının artmasının en önemli nedeni bakım verme sorumluluğunu tamamen üstlenen bakım verenin aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal aktivitelerden fedakarlık etme, eğlenme, dinlenme ve boş zaman etkinliklerinde kısıtlanmalar yaşamasıdır (17,84). Çalışmalarda sosyal desteği yüksek olan bakım veren bireylerin daha az bakım verme yükü, daha az depresyon ve daha az sağlık problemi yaşadıkları ve yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (115).

Bakım veren bireylerin bakım verme yüklerinin azaltılmasında sosyal destek algısının etkisi göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin sosyal destek algısını etkileyen faktörleri belirleyip bu doğrultuda girişimlerini planlaması oldukça önemlidir.

Zimet ve arkadaşlarının (15) yaptığı çalışmada, bakım veren bireylerin ailelerinden, arkadaşlardan ve duygusal olarak yakın hissettikleri kişilerden algıladıkları sosyal desteğin, bakım veren bireyleri bakım verme yükü hissinden koruduğu savunulmaktadır. Magliano (125), çalışmasında bakım veren bireyin sahip olduğu sosyal çevrenin büyüklüğü ve sosyal ilişkilerinin kaliteli olması, bakım verme sürecinde karşılaşılan güçlükleri azaltabildiğini ortaya koymuştur.

Bakım veren bireyler bakım verme sürecinde birçok güçlükle karşılaşabilmektedir.

2.7.3. Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Güçlükler

Bakım verme güçlüğü, bakım verme sürecinde ortaya çıkan fiziksel, ekonomik, psikolojik, duygusal ve sosyal sorunlar açısından çok boyutlu olarak ele alınabileceği gibi yaşlıya bakım veren bireyin zorlanma hissi, aşırı bakım yükü altına girmesi, bakım vermenin aile üzerinde oluşturduğu etki, ailenin olumsuz çıkarım veya değerlendirmeleri, etkileşim süreci ve büyük oranda kadın bakım verenlerin ödediği duygusal karşılık olarak da açıklanmaktadır (84,85,120,126).

Bakım verme, tek bir yardım alanıyla sınırlı kalmayan, kişisel bakım, sağlık bakımı, alışveriş, ev işlerini yapma, maddi gelirin yönetimi, bakım verdiği birey ile aynı evde yaşamını sürdürme ve bazı sosyal hizmetlerin koordinasyonunu sağlama gibi fiziksel, duygusal veya maddi olarak desteğin sağlanması gibi konuları içermektedir (11,85). Yaşlının bakım sorumluluğunu üstlenen birincil (primer) bakım veren bireyler bu görevlerini yerine getirirken fiziksel, duygusal, ekonomik, sosyal ve iş alanında birçok güçlükle karşılaşabilmektedir (85,127).

Bakım veren bireylerde bakım verme nedeniyle uykusuzluk, huzursuzluk, iğneleyici davranışlar, ilaç kullanımında artış, benlik saygısında azalma ve sosyal izolasyonla kendini gösteren emosyonel değişiklikler, kronik yorgunluk, kas ağrısı, baş ağrısı, kilosundaki artma ya da azalma, iştahta değişim, hazımsızlık, düzensiz yemek

yeme, konsantrasyon güçlüğü, giyimindeki dağınıklık gibi fiziksel değişiklikler ortaya çıkabilmektedir (121,128,129).

Bakım veren bireyler beklentileri karşılayamadıkları için suçluluk, kendi yaşamının kontrolünü kaybettiği düşüncesiyle güçsüzlük duygusuna kapılabilirler (84). Bunun yanında, eğer bakım verdiği yaşlı birey ile aynı evi paylaşıyorsa mahremiyet kaybı, keder, zorlanma, umutsuzluk, kendini ayıplama, hayal kırıklığı, kızgınlık, aile bireyleri ve yaşlı bireye karşı dürüst davranmadığı düşüncesiyle suçluluk yaşaması gibi emosyonel sorunlar ortaya çıkabilir (85). Bakım veren birey bakım kaynaklı anksiyete duygusunu yaşamının her alanına yansıtabilir. Depresyon belirtilerine, yaşadığı stres veya engellenmişlik duygusunu sözel olarak ifade edemeyen bireylerde daha fazla rastlanabilir (122).

Yaşlıya sürekli bakma, kişilerarası ve sosyal güçlükler neden olmaktadır. Özellikle primer bakım verenler, sosyal faaliyetlere katılamamakta, aile ve arkadaş ilişkileri bozulmaktadır. Bakım veren bireyler, ailesiyle yalnız kalamama, misafir kabul edememe, geçmişte boş zamanlarında gerçekleştirdikleri aktiviteleri gerçekleştirememeye, hafta sonu ve uzun süre tatile çıkamama gibi sorunlar ile karşı karşıya kalmaktadır. Karşılaşılan bu sorunlar bakım verenin bakım verme rolünde kendini yalnız hissetme, sosyal destekte azalma ve sosyal izolasyon yaşama riskini artırmaktadır. Yaşlıya yaşadığı ortamda bakım sağlama, informal bakım verenin ekonomik güçlükler yaşamasına da neden olabilmektedir. Bunlardan en önemlileri, yaşlının sağlık güvencesinin olmaması ya da sağlık güvencesi kapsamı dışında ek masraflarının getirdiği yüküdür (11). Monygomery ve arkadaşlarının (130) çalışmasında da sosyoekonomik statüleri düşük bakım verenlerin daha fazla bakım yükü hissettiği ve aşırı bakım yükünden kaynaklı sağlık sorunlarında da artış olduğu belirtilmiştir.

Yaşlı bireylerin, yaşlılık ve hastalıkları ilerledikçe fiziksel, duygusal ve bilişsel sayısız değişken ve belirtiler aile üyeleri ya da diğerleri için bakım sağlama ihtiyacını ortaya çıkarabilir. Bu sorumluluk genellikle eş veya çocuklara yüklenmiş olup (131), genellikle aile içi sorumluluk olarak algılanmaktadır (99). Kültürümüzde genellikle aile üyelerinin sorumluluğunda olan bakım hizmetleri, kişisel gelişim, benlik saygısı, kişisel ve psikolojik doyuma ulaşma, yaşlı birey ile duygusal alışverişin çoğalması, yakın ilişkilerin gelişimi ve çevresindeki bireylerden sosyal destek alma gibi sağladığı olumlu

katkılarının yanında birçok zorluk ve olumsuzluğun da yaşanmasına neden olmaktadır (16,92). Bakım veren aile üyelerinin çoğu bakım veren olmanın yanında kendi sosyal rollerini ve mesleklerini yerine getirme zorunluluklarının bulunması; bakım verenin sorumluluk alanının genişlemesine, yaşam kalitesinin azalmasına, boş zaman ve iş alanındaki değişikliklerden dolayı tükenmişlik yaşamasına neden olmaktadır (49,132-134). Yaşlıya bakım veren bireyin yaptıkları ve gösterdiği çabanın takdir edilmemesi, başkalarından yardım alamaması tükenmişlik duygusunu ve bireyin yalnızlığını artırmaktadır (135).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Küçükgüçlü ve arkadaşlarının (136) çalışmasında bakım veren bireylerin %78.7'si kendisini yorgun hissettiğini, %84.8'i hasta birey ile iletişimde problemler yaşadığını, %56.9'u maddi güçlükler yaşadığını ve %60.6'sı bakım verme sorumluluğu nedeniyle kendine zaman ayıramadığını ifade etmişlerdir. Sales (137) çalışmasında, 34 bakım veren bireyi 816 bakım verme günü sonunda değerlendirerek, bakım verenlerde %42.0 oranında depresyon ve %76.0 oranında anksiyete geliştiğini belirtmiştir. Başka bir çalışmada da, aile üyeleri bakım verme nedeniyle, stres, hayal kırıklığı ve aşırı yorgunluk yaşadığını, dörtte biri umutsuz olduğunu, üçte ikisi bakım verme sorumluluğunun evlilikleri üzerinde baskı yarattığına inandığını, üç bakım veren bireyden ikisi sağlık sorunları yaşadığını, iki bakım verenden birinin ise maddi zorluklar yaşadığını belirtmişlerdir (84).

2.7.4. Bakım Vereninin Bakım Verme Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü

Bakım verme hemşirelik mesleğinin en önemli görevidir. Toplumda uzun süre bakıma ihtiyaç duyulduğundan bu görev aile üyeleri tarafından yerine getirilmektedir (107). Hemşirelerin rolü primer bakım veren olmaktan bakım sağlayan aile üyelerine eğitim verme ve onlara yardımcı olmaya kadar uzanmaktadır (138).

Sağlık hizmetinin aktarılmasında sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin, bakım veren hasta yakınının bakım konusunda doğru kararlar alabilmesi ve sorumlulukların birlikte üstlenilmesi için etkin plan ve uygulamalar yapması, hasta bireyin hastalığa uyumunun ve bakımının sürekliliğinin sağlanması açısından önemlidir (139). Bakım veren bireylerin bakım verme yüklerini, bu yükü etkileyen faktörleri belirleyen ve uygun girişimlerde bulunan hemşire, hasta bakımının nitelikli devam

etmesine ve bakım verenin iyilik halinin sürdürülmesine katkı sağlayacaktır (96). Hemşire, evde bakım veren bireyin bakım verme güçlüğünün farkında olmalı, değişen duruma adaptasyon becerilerini belirlemeli ve bakım verme rolünü tanımlamalıdır (139,140). Bakım veren bireyin karşılaştığı sorunları açığa çıkarmak için veri toplamak, bakım planında bakım veren bireyi ve diğer aile bireylerini holistik (bütüncül) bir yaklaşımla ele alarak uygun girişimlerde bulunmak, hemşirelerin profesyonel sorumlulukları arasındadır (139).

Halk sağlığı hemşiresi, bakım verenlerin bakım verme görevinin yönetimini başarılı bir şekilde yerine getirebilmesi için bakım veren bireylere uygun yaklaşımlarda bulunarak yardım edebilir (127). Yaşlı ve bakım veren aile üyelerine yönelik hemşireler, savunucu, bakım verici, eğitici, araştırmacı, danışman ve bakım koordinatörü rollerini üstlenmektedirler (127,141). Ayrıca halk sağlığı hemşiresi, yaşlı ve yaşlıya bakım verenler ile ev ziyaretleri sırasında sık sık karşılaşabilmektedir. Hemşirelerin, evde yaşlıya bakma görevini kabullenmiş ailelere karşı hassas davranması, bakım verme rollerini tanımlaması, bakım veren bireylerin karşılaştıkları zorlukların farkında olması, onlara saygı duyması, desteklemesi, değişen duruma adaptasyon yeteneğini belirlemesi, sunulan bakımın etkisini ve kalitesini yükselterek, aile bireylerinin sağlığını ve yaşam kalitesini artıracaktır (44,79). Hemşireler, bakım veren bireylerin olumlu tutum ve davranışlar geliştirmesi için bakım veren bireyin yeteneklerini, hastalık ve bakım vermedeki bilgi, tutum ve davranışlarını, hasta ile iletişimini dikkate alarak bireye yardımcı olmalıdır (123).

Bakım verme sürecinde hemşirelerin, bakım, çalışmaları organize etme, yol gösterme eğitim ve danışmanlık rollerini kullanması gerekmektedir. Hemşireler, bakım veren bireylerin daha az bakım verme yükü yaşaması, bakım verme sorumluluğunu yerine getirirken bireyin kendi fiziksel ve psikolojik sağlığını tehlikeye atmaması için uygun destek gruplarını harekete geçirmeli ve gereken desteği sağlamalıdır (123). Hemşire, bakım veren bireyin yaşadığı sorunları çözülebilir sırayla değerlendirmesine, değişik alternatifler ve kaynaklar belirleyebilmesine, hissettiği duyguların normal olduğu ve elinden gelenin en iyisini ortaya koyduğu konuda geri bildirimler de bulunularak bakım veren bireye yardımcı olmalıdır. Hemşirenin bakım veren bireyle görüşmesi sırasında bazı konulara dikkat etmesi gerekmektedir. Bunlar; bakım veren

bireyde endişe uyandıran konulara ilişkin sorular bireyi yargılamadan açık ve anlaşılır şekilde sorulmalı, düzenli yürütülmesi planlanan görüşmeler, bakım verenin ihtiyaç duyduğu zamanlara göre ayarlanmalı ve sorulan sorulara verilen cevapların doğru olması açısından bakım alan bireyin o alanda olmamasına dikkat edilmelidir. Bakım verenin bakım verme sürecini etkileyeceği için fiziksel ve duygusal sınırlılıkları tanımlanmalı, bakım verenin iş kaybı ve ek masraflar nedeniyle yaşadığı ekonomik güçlükler konusunda konuşmak istemeyebileceğinin farkında olunmalı ve sosyal izolasyon sebebiyle bakım veren depresyon belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir (39,142).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şanlıurfa ili Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi ve Balıklıgöl Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimlerinin hizmet verdiği bölgelerde Ekim 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Şanlıurfa ilinde evde sağlık hizmeti alan 65 yaş üstü 790 yaşlı hastaya primer bakım veren bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklemi oluşturacak kişi sayısını hesaplamak için evreni bilinenden örneklem hesaplama yöntemi kullanılmıştır. Hesaplama sonucunda 258 bakım verenin örneklemi oluşturduğu görülmüştür.

Evreni bilinenden örneklem hesaplama formülü:
$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Balıklıgöl Devlet Hastanesi ve Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi İçin;

N=790 (evrendeki birey sayısı)

t= 1.96 (a=0.05 %95 güven aralığı için)

p=0.5 (olayın görülme sıklığı (bakım verme))

q=0.5 (olayın görülmemeye sıklığı (bakım verme))

d=0.05

$$n = \frac{790 \times 0.96}{0.0025(790-1) + 0.96} = 258 \text{ bakım veren}$$

Araştırmaya alınacak örneklem sayısı belirlendikten sonra tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak evde bakım birimlerinin hizmet verdiği bölgelerden kaç

bakım veren bireyin örnekleme alınacağı hesaplanmıştır (Tablo 1). Öncelikle Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi ve Balıklıgöl Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimlerinin kayıtlarından yararlanılarak 65 yaş ve üstü yaşlı hastalar listelenmiştir. Listeden belirlenen sayıda kişi seçilmiştir.

Tablo 3.1. Örnekleme Alınan Yaşlı Bireylerin Hastanelere Göre Dağılımı

Birim Adı	65 Yaş ve Üstü Birey Sayısı	Örnekleme Sayısı
Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi	325	106
Balıklıgöl Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi	465	152
Toplam	790	258

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta ve Bakım Veren Bireyi Tanılama Formu (Ek I), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) (Ek II) ve Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview) (Ek III) kullanılmıştır.

3.4.1. Hasta ve Bakım Veren Bireyi Tanılama Formu

Hasta Tanılama Formu: Literatür taranarak geliştirilmiş olup yaşlı hastaya ilişkin özellikleri (hastanın cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, hastalık tanısı, sosyal güvencesi ve gelir durumu) içeren 7 sorudan oluşmuştur (Ek I).

Bakım Verenleri Tanılama Formu: Bakım veren bireylere ve bu bireylerin bakım verme ile ilgili özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı, sosyal güvence, çalışma durumu, çalışma hayatında güçlük yaşama durumu, çalışma hayatında yaşanan güçlükler, hasta bireyin hastalık süresi, evde kimler ile yaşadığı, daha önce başka bir yakınına bakım verme durumu, hasta bireye bakma nedeni, bakım verme yılı, ailede hasta bireye başka bakım verenlerin bulunma durumu, hasta bireye yakınlık derecesi, sağlık durumunun olumsuz

etkilenme durumu, sağlık durumu ile ilgili yaşanan sorunlar, evlilik ilişkisinde sorun yaşama durumu, evlilik hayatında yaşanan sorunlar, aile ilişkisinde sorun yaşama durumu, sorumluluklarını yerine getirme durumu, bakım verme ile ilgili eğitim alma durumu, evde bakım hizmetinin bakım yükünü hafifletme durumu) içeren 25 sorudan oluşmuştur (Ek I).

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS)

Zimet ve arkadaşları (143) tarafından 1988’de geliştirilen, Türkçe geçerlik güvenirliği ilk olarak 1995 yılında Eker ve arkadaşları (144) tarafından yapılan bir ölçektir. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenirlik ęalıřması, 2001 yılında Eker ve arkadaşları (71) tarafından tekrar yapılmıştır. Ölçek 12 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ve alt boyutların güvenirlik puanları, toplam:0.89, aile:0.85, arkadaş:0.88, özel bir insan:0.92 şeklinde dir. Yedili likert tipi bir ölçektir. Uygulayıcı katılmadığı cümleye en az 1 katıldığı cümleye de en fazla 7 puan verebilmektedir. Her bir maddeye verilen puan artıkça algılanan sosyal destek de artmaktadır. Her alt boyutta dört madde puanları toplanarak, alt boyut puanı ve bütün alt boyut puanlarının toplanmasıyla da ölçeğin toplam puanı ortaya ęıkmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür (145). Ortaya ęıkan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (71) (Ek II). Bu ęalıřmanın Chronbach alfa değeri 0.86 olarak saptanmıştır.

3.4.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Burden Interview)

Bakım Verme Yüğü Ölçeği, 1980 yılında Zarit, Reeve ve Bach-Peterson (146) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenirliği İnci (147) tarafından yapılmıştır. 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”, “her zaman” şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen 5’li likert

tipi değerlendirmeye sahiptir (148). Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Elde edilen puanlar (0-20) az/hiç yk olmaması, (21-40) hafif/orta derecede yk, (41-60) orta/ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (11,148) (Ek III). Bu alışmada Chronbach Alpha değeri 0.76 olarak saptanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Hasta ve bakım verenleri tanılama formunun uygunluğunu belirlemek amacıyla beş uzmandan görüş alınmış ve alınan görüşler doğrultusunda form yeniden yapılandırılmıştır. Ayrıca anket formlarının anlaşılabilirliğini belirlemek için örneklem dışındaki 10 bakım verene n uygulama yapılmıştır. Uygulama sonrasında gerek görülen değişiklikler yapılarak anket formuna son hali verilmiştir.

Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından evde bakım alan yaşlı hastaların evleri ziyaret edilerek, hastalar ve bakım veren bireylerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme öncesinde bakım veren bireylere çalışma amacı açıklanmış olup, görüşmeler ortalama 20-30 dk sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bağımlı değişkenleri, çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği ve Bakım Verme Yükü leği puan ortalamaları oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Bağımsız değişkenleri hasta ve bakım vereni tanılamaya yönelik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, ocuk sahibi olma durumu ve ocuk sayısı, sosyal güvence, çalışma durumu, çalışma hayatında güçlük yaşama durumu, çalışma hayatında yaşanan güçlükler, hasta bireyin hastalık

süresi, evde kimler ile yaşadığı, daha önce başka bir yakınına bakım verme durumu, hasta bireye bakma nedeni, bakım verme yılı, ailede hasta bireye başka bakım verenlerin bulunma durumu, hasta bireye yakınlık derecesi, sağlık durumunun olumsuz etkilenme durumu, sağlık durumu ile ilgili yaşanan sorunlar, evlilik ilişkisinde sorun yaşama durumu, evlilik hayatında yaşanan sorunlar, aile ilişkisinde sorun yaşama durumu, sorumluluklarını yerine getirme durumu, bakım verme ile ilgili eğitim alma durumu, evde bakım hizmetinin bakım yükünü hafifletme durumu) oluşturmaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi), Mann Whitney U testi ve Tek Yönlü Varyans analizi, Kruskal Wallis analizi, Korelasyon analizi yapılmıştır. Tek Yönlü Varyans analizi ve Kruskal Wallis analizleri sonucunda saptanan farklılıkların nereden kaynaklandığını bulmak için ileri analizlerden Tukey testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (01.09.2016 tarihli 16/07/04 sayılı karar), Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi ve Balıklıgöl Devlet Hastanesi Genel Sekreterliği'nden ve çalışmaya katılacak olan bireylerden izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de bakım verilen yaşlı hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Yaşlı hastaların %68.6’sı 77 ve üzeri yaş aralığında, %65.1’i kadın, %53.1’i bekar ve %68.6’sı okuryazar değildir. Yaşlı hastaların hastalık tanıları incelendiğinde, %18.6’sının inme, %18.6’sının hipertansiyon ve diyabet, %18.2’sinin hipertansiyon ve inme hastalıklarının ilk sıralarda olduğu, %87.2’sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %63.2 sinin de 4 yıldan fazla süredir hastalık tanısı aldığı saptanmıştır.

Tablo 4.1. Yaşlı Hastalara Ait Sosyo-demografik Özelliklerin Dağılımı (n=258)

Değişkenler	n	%
Yaş		
65-68	20	7.8
69-72	31	12.0
73-76	30	11.6
77 ve Üzeri	177	68.6
Cinsiyet		
Erkek	90	34.9
Kadın	168	65.1
Medeni Durum		
Evli	121	46.9
Bekar	137	53.1
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	177	68.6
Okur Yazar	59	22.9
İlkokul	14	5.4
Ortaokul	2	0.8
Lise ve Üzeri	6	2.3
Sosyal Güvence		
Var	225	87.2
Yok	33	12.8

Tablo 4.1. (Devam) Yaşlı Hastalara Ait Sosyo-demografik Özelliklerin Dağılımı (n=258)

Değişkenler	n	%
Hastalık Tanısı		
İnme	48	18.6
Hipertansiyon ve Diyabet	48	18.6
Hipertansiyon ve İnme	47	18.2
Demans	35	13.6
Hipertansiyon	23	8.8
Hipertansiyon ve Alzheimer	21	8.1
Alzheimer	20	7.8
KOAH	12	4.7
Diyabet	4	1.6
Tanı Alma Süresi		
0-2 yıl arası	29	11.2
3-4 yıl arası	66	25.6
4 yıldan fazla	163	63.2
Toplam	258	100

Tablo 4.2’de bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Bakım veren bireylerin %50.0’ı 40-59 yaş aralığında, %82.2’si kadın, %79.5’i evli, %31.0’ı okuryazar, %80.6’sı çocuk sahibi ve çocuk sayısı ortalamaları 4.41 ± 3.10 olup, %77.5’i ev hanımıdır. Çalışma kapsamındaki bakım veren bireylerin, %68.2’sinin sosyal güvencesi bulunurken, %92.6’sı herhangi bir işte çalışmamakta, %69.0’ı da akrabaları (eş, çocuk, tanıdık, gelin vb.) ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 4.2. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=258)

Değişkenler	n	%
Yaş		
20-39	77	29.8
40-59	129	50.0
60 ve Üstü	52	20.2
Cinsiyet		
Kadın	212	82.2
Erkek	46	17.8
Medeni Durum		
Evli	205	79.5
Bekar	53	20.5
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	77	29.8
Okur Yazar	80	31.0
İlkokul	49	19.0
Ortaokul	16	6.2
Lise	18	7.0
Üniversite	18	7.0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	208	80.6
Yok	50	19.4
Mesleğiniz		
Ev Hanımı	200	77.5
İşçi	6	2.3
Memur	5	1.9
Serbest	8	3.1
İşsiz	19	7.4
Emekli	20	7.8
Sosyal Güvence		
Var	176	68.2
Yok	82	31.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	19	7.4
Çalışmıyor	239	92.6
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	80	31.0
Akrabalar İle	178	69.0
Toplam	258	100

Tablo 4.3'te bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Bakım veren bireylerin %7.4'ü çalışma hayatında güçlük yaşadığı, yaşanan güçlüklerden %3.1'inin iş ile ilgili problemlerden kaynaklandığı, %65.9'unun daha önce başka bir hasta bireye bakım vermediği, %54.3'ünün ailevi sorumluluk / aile bağı olduğu için bakım verdiği, %56.2'sinin bakım verme sürelerinin 6 yıl ve altında olduğu, %53.9'u ailede hastaya başka bakım verenlerin bulunduğunu belirtmişlerdir. Bakım veren bireylerin %94.2'si bakım verirken sağlığının olumsuz etkilendiğini, %57.0'ı mental sağlık durumunda bozulma yaşadığını, %56.2'si bakım verdiği sürece evlilik ilişkilerinde sorun yaşadığını, bu sorunlardan %19.8'inin iletişim problemlerinden kaynaklandığını, %69.8'i ailedeki diğer bireyler ile ilişkilerinde sorunlar yaşadığını, %73.3'ü sorumluluklarını yerine getiremediğini, %97.3'ünün bakım verme konusunda eğitim almadığını ve %69.4'ü evde bakım hizmetinin bakım verme yükünü hafiflettiğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
Çalışma Hayatında Güçlük Yaşama Durumu (n=19)		
Evet	19	7.4
Hayır	0	0.0
Çalışma Hayatında Yaşanan Güçlükler (n=19)		
İş ile İlgili Problemler	8	3.1
Psikolojik Problemler	5	1.9
Maddi Sıkıntı	6	2.3
Daha Önce Başka Bir Yakınına Bakım Verme Durumu		
Evet	88	34.1
Hayır	170	65.9
Hasta Bireye Bakma Nedeni		
Ailevi Sorumluluk/Aile Bağı	140	54.3
Bakacak Kimse Olmadığı İçin	83	32.1
Ekonomik Katkısı Var	35	13.6
Bakım Verme Süresi (Yıl olarak)		
6 yıl ve altı	145	56.2
7-12 yıl	74	28.7
13 yıl ve üstü	39	15.1
Ailede Hastaya Başka Bakım Verenlerin Varlığı		
Var	139	53.9
Yok	119	46.1

Tablo 4.3. (Devam) Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
Sağlığın Olumsuz Etkilenme Durumu		
Evet	243	94.2
Hayır	15	5.8
Yaşanan Sağlık Sorunları (n=243)		
Mental Sağlıkta Bozulma	147	57.0
Fiziksel Sağlıkta Bozulma	96	37.2
Bakım Verilen Süreçte Evlilik İlişkisinde Sorun Yaşama Durumu (n=205)		
Evet	145	56.2
Hayır	60	23.3
Bakım Verilen Süreçte Evlilik İlişkisinde Yaşanan Sorunlar (n=145)		
Psikolojik Problemler	25	9.7
İletişim Problemi	51	19.8
Aileye Zaman Ayıramama	20	7.7
Eşle Anlaşamama	49	19.0
Bakım Verilen Süreçte Aile İlişkisinde Sorun Yaşama Durumu		
Evet	180	69.8
Hayır	78	30.2
Sorumlulukları Yerine Getirme Durumu		
Evet	69	26.7
Hayır	189	73.3
Bakım Verme İle İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	7	2.7
Hayır	251	97.3
Evde Bakım Hizmetinin Bakım Verme Yükünü Hafifletme Durumu		
Evet	179	69.4
Hayır	79	30.6

Tablo 4.4’de bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları bulunmaktadır. Bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları 42.77 ± 12.95 iken, bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları ise 54.30 ± 9.43 ’dür.

Tablo 4.4. Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler	X ± SS	Min-Max Puanlar
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		
Aile	15.83 ± 8.30	4.00 - 28.00
Özel Bir İnsan	17.97 ± 5.56	4.00 - 28.00
Arkadaş	8.96 ± 4.61	4.00 - 27.00
Toplam Puan	42.77 ± 12.95	17.00 - 75.00
Bakım Verme Yükü Ölçeği		
Toplam Puan	54.30 ± 9.43	31.00 - 73.00

Tablo 4.5’de bakım verilen yaşlı hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması bulunmaktadır. Yaşlı hastaların yaşına göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu (K-W=13.203 p=.004) ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (K-W=11.249 p=.010). Farkın hangi yaş grubundan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucuna göre, 65-68 yaş grubunun puan ortalaması 73-76 yaş grubu ile 77 ve üzeri yaş gruplarının puan ortalamasından daha yüksektir. Ayrıca yaşlı hastaların yaşına göre bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (K-W= 9.639 p=.022). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; 77 ve üzeri yaş grubu puan ortalamasının, 73-76 yaş grubundan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması (t=.701 p=.484) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=.108 p=.914). Yaşlı hastaların medeni durumuna göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup (t=-2.078 p=.039), bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=1.144 p=.254). Yaşlı hastaların eğitim durumuna göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları (K-W=5.354 p=.253) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (K-W=3.461 p=.484). Sosyal güvencenin olma durumuna göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları (t=.826 p=.410) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=-.217 p=.828). Yaşlı hastaların hastalık tanısı alma sürelerine göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları (K-W=.716 p=.699) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (K-W=.905 p=.636).



Tablo 4.5. Yaşlı Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikleri	Ölçekler					Bakım Verme Yükü Ölçeği
	n	Aile X±SS	Özel Bir İnsan X±SS	Arkadaş X±SS	Toplam X±SS	
Yaş						
65-68 ¹	20	21.60 ± 6.62	19.75 ± 5.47	10.05 ± 5.12	51.40 ± 11.61	52.45 ± 9.19
69-72 ²	31	17.74 ± 8.56	19.09 ± 6.32	8.00 ± 3.82	44.83 ± 13.30	51.96 ± 10.37
73-76 ³	30	15.53 ± 8.56	17.60 ± 4.73	8.90 ± 4.13	42.03 ± 13.17	50.63 ± 9.26
77 ve Üzeri ⁴	177	14.89 ± 8.13	17.64 ± 5.55	9.01 ± 4.75	41.55 ± 12.69	55.54 ± 9.11
İstatistiki Değer		K-W=13.203 p=.004 Fark:1-3, 1-4	K-W=6.567 p=.087	K-W=2.070 p=.558	K-W=11.249 p=.010 Fark:1-3, 1-4	K-W= 9.639 p=.022 Fark:3-4
Cinsiyet						
Erkek	90	16.07 ± 8.37	18.48 ± 5.82	8.97 ± 4.74	43.54 ± 13.41	54.38 ± 9.12
Kadın	168	15.70 ± 8.29	17.70 ± 5.42	8.95 ± 4.55	42.35 ± 12.72	54.25 ± 9.62
İstatistiki Değer		t=.345 p=.730	t=1.082 p=.280	t= .042 p=.966	t=.701 p=.484	t=.108 p=.914
Medeni Durum						
Evli	121	16.56 ± 8.11	17.26 ± 5.87	8.33 ± 4.31	42.15 ± 12.91	55.01 ± 9.18
Bekar	137	15.18 ± 8.45	18.60 ± 5.22	9.51 ± 4.80	43.31 ± 13.02	53.67 ± 9.63
İstatistiki Değer		t=1.326 p=.186	t=-1.941 p=.053	t=-2.078 p=.039	t=-.715 p=.475	t=1.144 p=.254
Eğitim Durumu						
Okur Yazar Değil	177	16.02 ± 8.26	17.80 ± 5.82	8.97 ± 4.80	42.81 ± 13.23	54.56 ± 9.47
Okur Yazar	59	14.59 ± 8.08	18.03 ± 4.66	8.67 ± 3.72	41.30 ± 10.72	54.57 ± 9.19
İlkokul	14	14.78 ± 9.32	19.28 ± 6.01	8.71 ± 3.85	42.78 ± 15.58	51.14 ± 8.55
Ortaokul	2	15.00 ± 8.48	18.00 ± 7.07	15.50 ± 16.26	48.50 ± 31.81	45.00 ± 11.31
Lise ve üzeri	6	25.00 ± 4.69	19.33 ± 5.71	9.66 ± 3.14	54.00 ± 10.52	54.33 ± 12.19
İstatistiki Değer		K-W=8.828 p=.066	K-W=1.556 p=.817	K-W=.856 p=.931	K-W=5.354 p=.253	K-W=3.461 p=.484

Tablo 4.5. (Devam) Yaşlı Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikleri	n	Ölçekler				Bakım Verme Yükü Ölçeği
		Aile X±SS	Özel Bir İnsan X±SS	Arkadaş X±SS	Toplam X±SS	
Sosyal Güvence						
Var	225	16.03 ± 8.20	17.97 ± 5.60	9.01 ± 4.55	43.02 ± 12.90	54.25 ± 9.45
Yok	33	14.45 ± 8.95	18.00 ± 5.43	8.57 ± 5.01	41.03 ± 13.42	54.63 ± 9.42
İstatistiki Değer		t=1.021 p=.308	t=-.026 p=.980	t=.513 p=.608	t=.826 p=.410	t=-.217 p=.828
Tanı Alma Süresi						
0-2 yıl arası	29	17.96 ± 8.12	17.89 ± 5.55	8.06 ± 4.16	43.93 ± 13.90	53.27 ± 9.22
3-4 yıl arası	66	15.74 ± 8.76	18.65 ± 5.21	9.22 ± 4.46	43.62 ± 12.86	54.22 ± 9.54
4 yıldan fazla	163	15.49 ± 8.14	17.71 ± 5.71	9.01 ± 4.74	42.22 ± 12.87	54.51 ± 9.46
İstatistiki Değer		K-W=.716 p=.305	K-W=1.598 p=.450	K-W=1.377 p=.502	K-W=.716 p=.699	K-W=.905 p=.636

Tablo 4.6’da bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yaşa göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu ($F=3.677$ $p=.027$), arkadaş alt boyutu ($F=4.843$ $p=.009$) ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($F=5.828$ $p=.003$). Farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde; 20-39 yaş grubunun puan ortalaması 40-59 ve 60 ve üzeri yaş gruplarının puan ortalamasından daha yüksektir. Ancak yaşa göre bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=1.468$ $p=.232$). Bakım veren bireylerin cinsiyete göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu ($t=-3.426$ $p=.001$) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=3.192$ $p=.002$). Medeni durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel insan alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ($t= -3.457$ $p=.001$), bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1.872$ $p=.062$). Bakım veren bireylerin eğitim durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (K-W=31.650 $p=.000$). Farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda; lise ve üniversite eğitimi almış grubun puan ortalamaları, okuryazar değil, okuryazar, ilkokul eğitimi almış grupların puan ortalamalarından daha yüksektir. Ayrıca yaşa göre bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (K-W=15.483 $p=.008$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; okuryazar değil, okuryazar, ilkokul eğitimi puan ortalamaları, ortaokul, lise ve üniversite puan ortalamalarından daha yüksektir. Sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ($t= -.028$ $p=.977$) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-1.725$ $p=.086$). Çalışma durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanırken (MU=-3.282 $p=.001$), bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (MU= -1.694 $p=.090$). Bakım veren bireylerin yalnız veya akrabaları ile

birlikte yaşama durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları ($t=-2.998$ $p=.003$) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=2.892$ $p=.004$).



Tablo 4.6. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikleri	n	Ölçekler				Bakım Verme Yükü Ölçeği
		Aile X±SS	Özel Bir İnsan X±SS	Arkadaş X±SS	Toplam X±SS	
Yaş						
20-39 ¹	77	17.96 ± 8.04	18.74 ± 6.03	10.06 ± 5.26	46.76 ± 13.55	53.20 ± 9.63
40-59 ²	129	14.95 ± 8.58	17.79 ± 5.17	8.87 ± 4.47	41.62 ± 12.44	54.23 ± 8.91
60 ve üzeri ³	52	14.86 ± 7.53	17.30 ± 5.78	7.53 ± 3.43	39.71 ± 12.10	56.09 ± 10.27
İstatistiki Değer		F = 3.677 p=.027 Fark (Tukey):1-2	F = 1.173 p=.311	F = 4.843 p=.009 Fark (Tukey):1-3	F = 5.828 p=.003 Fark (Tukey): 1-2, 1-3	F = 1.468 p=.232
Cinsiyet						
Kadın	212	15.72 ± 8.41	17.86 ± 5.60	8.42 ± 4.20	42.01 ± 12.82	55.16 ± 9.09
Erkek	46	16.32 ± 7.85	18.50 ± 5.41	11.41 ± 5.57	46.23 ± 13.13	50.34 ± 10.03
İstatistiki Değer		t= -.443 p=.658	t= -.702 p=.483	t= -3.426 p=.001	t= -2.014 p= .045	t= 3.192 p=.002
Medeni Durum						
Evli	205	15.60 ± 8.27	17.42 ± 5.62	8.46 ± 4.36	41.50 ± 12.95	54.85 ± 9.60
Bekar	53	16.69 ± 8.47	20.09 ± 4.82	10.86 ± 5.06	47.66 ± 11.88	52.15 ± 8.49
İstatistiki Değer		t= -850 p=.396	t= -3.457 p=.001	t= -3.448 p=.001	t= -3.134 p=.002	t= 1.872 p=.062
Eğitim Durumu						
Okuryazar değil ¹	77	15.89 ± 7.99	16.59 ± 5.58	7.44 ± 3.81	39.93 ± 11.26	56.90 ± 8.96
Okur yazar ²	80	13.73 ± 8.09	18.12 ± 5.34	8.45 ± 4.06	40.31 ± 11.58	54.13 ± 9.05
İlkokul ³	49	15.14 ± 8.18	18.20 ± 5.85	9.30 ± 4.92	42.65 ± 13.11	54.42 ± 9.77
Ortaokul ⁴	16	14.68 ± 8.67	19.12 ± 5.09	12.18 ± 7.27	46.00 ± 18.67	51.50 ± 8.39
Lise ⁵	18	20.38 ± 7.20	17.88 ± 5.80	10.50 ± 4.51	48.77 ± 11.64	51.94 ± 9.29
Üniversite ⁶	18	23.22 ± 6.51	21.66 ± 4.27	12.38 ± 2.63	57.27 ± 9.11	48.38 ± 10.25
İstatistiki Değer		K-W=26.448 p=.000	K-W=14.762 p=.011	K-W=30.183 p=.000	K-W=31.650 p=.000 Fark:1-5, 2-5, 1-6, 2-6, 3-6	K-W=15.483 p=.008 Fark:1-4, 1-5, 1-6, 2-6, 3-6

Tablo 4.6. (Devam) Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikleri	n	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				Bakım Verme Yüğü Ölçeği
		Aile X±SS	Özel Bir İnsan X±SS	Arkadaş X±SS	Toplam X±SS	X±SS
Sosyal Güvence						
Var	176	16.39 ± 8.38	17.73 ± 5.62	8.63 ± 4.33	42.75 ± 12.83	53.61 ± 9.72
Yok	82	14.63 ± 8.05	18.50 ± 5.44	9.67 ± 5.10	42.80 ± 13.29	55.78 ± 8.64
İstatistiki Değer		t=1.587 p=.114	t=-1.030 p=.304	t=-1.596 p=.113	t= -.028 p=.977	t=-1.725 p=.086
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	19	16.63 ± 8.11	18.63 ± 5.72	12.78 ± 5.78	48.05 ± 12.98	50.36 ± 11.07
Çalışmıyor	239	15.76 ± 8.33	17.92 ± 5.56	8.65 ± 4.37	42.35 ± 12.89	54.61 ± 9.24
İstatistiki Değer		MU=-.755 p=.450	MU=-.485 p=.628	MU=-3.282 p=.001	MU= -1.703 p=.089	MU= -1.694 p=.090
Birlikte Yaşanan Bireyler						
Yalnız	80	13.00 ± 7.71	17.38 ± 5.91	9.02 ± 4.62	39.41 ± 11.44	56.80 ± 8.53
Akrabalar İle	178	17.10 ± 8.27	18.24 ± 5.40	8.93 ± 4.61	44.28 ± 13.34	53.17 ± 9.62
İstatistiki Değer		t=-3.765 p=.000	t=-1.140 p=.255	t=.149 p=.882	t=-2.998 p=.003	t=2.892 p=.004

Tablo 4.7’de bakım veren bireylerin bakım verme özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bakım veren bireylerin bakım sürelerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması ($F=.186$ $p=.830$) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=.697$ $p=.499$).

Bakım veren bireylerin daha önceden başka bir yakınına bakım verme durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ($t=-2.079$ $p=.039$), bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-.120$ $p=.905$).

Hasta bireye bakma nedenine göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu ($F=16.909$ $p=.000$), arkadaş alt boyutu ($F=3.504$ $p=.032$) ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($F=15.881$ $p=.000$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda; “aile ve arkadaş” alt boyutunda ailevi sorumluluk / aile bağı puan ortalaması, bakacak kimsenin olmaması ve ekonomik katkısının bulunması puan ortalamalarından daha yüksektir. Ayrıca bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($F=5.981$ $p=.003$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; bakacak kimsenin olmaması puan ortalaması, ailevi sorumluluk / aile bağı puan ortalamasından daha yüksektir.

Ailede başka bakım vereninin bulunma durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması ($t=4.743$ $p=.000$) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-3.264$ $p=.001$).

Bakım veren bireyin sağlığının olumsuz etkilenme durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması ($MU= 530.000$ $p=.000$) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($MU=410.500$ $p=.000$).

Yaşanan sağlık sorunlarına göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ($t=2.138$ $p=.033$), bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-.815$ $p=.416$).

Bakım veren bireyin evlilik ilişkisinde sorun yaşama durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması ($t=-8.654$ $p=.000$) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=8.359$ $p=.000$).

Evlilik ilişkisinde yaşadığı sorunlara göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu ($K-W=12.453$ $p=.006$) ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($K-W=9.745$ $p=.021$). Farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamasında ve aile alt boyutunda eşle anlaşamama puan ortalaması, psikolojik problemler, iletişim problemi ve aileye zaman ayıramama puan ortalamalarından daha düşüktür. Ayrıca bakım veren bireylerin evlilik ilişkisinde yaşadığı sorunlara göre bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($K-W=11.483$ $p=.009$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; eşle anlaşamama puan ortalamasının, iletişim problemi puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Aile ilişkisinde sorun yaşama durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması ($t=-8.482$ $p=.000$) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=8.681$ $p=.000$).

Bakım veren bireyin sorumlulukları yerine getirme durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması ($t=7.883$ $p=.000$) ve bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-8.085$ $p=.000$).

Bakım verme ile ilgili eğitim alma durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

saptanmış olup (MU=418.500 p=.018), bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (MU=505.500 p=.055).

Evde bakım hizmetinin bakım verenin bakım yükünü hafifletmesi durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup (t=2.226 p=.027), bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=-1.062 p=.289).



Tablo 4.7. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikleri	n	Ölçekler				Bakım Verme Yükü Ölçeği
		Aile X±SS	Özel Bir İnsan X±SS	Arkadaş X±SS	Toplam X±SS	
Bakım Verme Süresi						
6 yıl ve altı	145	15.82 ± 8.45	18.63 ± 5.43	8.66 ± 4.20	43.12 ± 12.87	53.86 ± 9.41
7-12 yıl	74	15.81 ± 7.81	17.22 ± 5.76	8.95 ± 4.93	42.00 ± 13.50	54.33 ± 9.34
13 yıl ve üstü	39	15.89 ± 8.87	16.94 ± 5.48	10.07 ± 5.32	42.92 ± 12.48	55.87 ± 9.71
İstatistiki Değer		F = .001 p=.999	F = 2.367 p=.096	F = 1.452 p=.236	F = .186 p=.830	F = .697 p=.499
Çalışma Hayatında Yaşanan Güçlükler						
İş İle İlgili Problemler	8	17.75 ± 8.81	18.00 ± 5.18	11.87 ± 3.83	47.62 ± 13.22	49.12 ± 12.08
Psikolojik Problemler	5	19.00 ± 8.12	21.40 ± 3.36	13.40 ± 3.71	53.80 ± 9.73	46.40 ± 10.08
Maddi Sıkıntı	6	13.16 ± 7.30	17.16 ± 7.78	13.50 ± 9.31	43.83 ± 15.23	55.33 ± 10.36
İstatistiki Değer		K-W=2.831 p=.243	K-W=1.388 p=.500	K-W=1.068 p=.586	K-W=1.819 p=.403	K-W=2.265 p=.322
Önceden Başka Bir Yakına Bakım Verme Durumu						
Evet	88	14.38 ± 8.37	17.78 ± 4.82	8.28 ± 3.93	40.45 ± 12.54	54.20 ± 9.76
Hayır	170	16.58 ± 8.19	18.07 ± 5.92	9.31 ± 4.90	43.97 ± 13.04	54.35 ± 9.28
İstatistiki Değer		t=-2.025 p=.044	t= -.399 p=.690	t=-1.826 p=.069	t=-2.079 p=.039	t=-.120 p=.905
Hasta Bireye Bakma Nedeni						
Ailevi Sorumluluk / Aile Bağı ¹	140	18.42 ± 8.03	18.64 ± 5.69	9.65 ± 4.97	46.72 ± 13.12	52.65 ± 9.87
Bakacak Kimse Olmadığı İçin ²	83	12.98 ± 7.61	17.13 ± 5.48	8.08 ± 4.11	38.20 ± 11.23	57.08 ± 8.48
Ekonomik Katkısı Var ³	35	12.20 ± 7.52	17.31 ± 5.03	8.28 ± 3.79	37.80 ± 10.95	54.31 ± 8.38
İstatistiki Değer		F = 16.909 p=.000 Fark(Tukey):1-2, 1-3	F = 2.224 p=.110	F = 3.504 p=.032 Fark(Tukey):1-2	F = 15.881 p=.000 Fark(Tukey):1-2, 1-3	F = 5.981 p=.003 Fark(Tukey):1-2

Tablo 4.7. (Devam) Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikleri	Ölçekler					Bakım Verme Yükü Ölçeği
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				Toplam	
n	Aile X±SS	Özel Bir İnsan X±SS	Arkadaş X±SS			X±SS
Ailede Başka Bakım Verenin Bulunma Durumu						
Var	139	17.90 ± 7.91	18.94 ± 5.02	9.32 ± 4.51	46.17 ± 12.18	52.56 ± 9.67
Yok	119	13.41 ± 8.12	16.84 ± 5.96	8.53 ± 4.70	38.79 ± 12.75	56.33 ± 8.75
İstatistiki Değer		t=4.491 p=.000	t=3.019 p=.003	t=1.367 p=.173	t=4.743 p=.000	t=-3.264 p=.001
Sağlığın Olumsuz Etkilenme Durumu						
Evet	243	15.30 ± 8.18	17.72 ± 5.60	8.78 ± 4.43	41.80 ± 12.57	55.19 ± 8.75
Hayır	15	24.46 ± 4.80	22.06 ± 2.60	11.86 ± 6.41	58.40 ± 8.45	39.86 ± 8.39
İstatistiki Değer		MU=624.000 p=.000	MU=926.500 p=.001	MU=1269.500 p=.047	MU=530.000 p=.000	MU=410.500 p=.000
Yaşanan Sağlık Sorunları						
Mental Sağlıkta Bozulma	147	15.53 ± 8.22	18.46 ± 5.60	9.19 ± 4.63	43.19 ± 12.95	54.82 ± 9.13
Fiziksel Sağlıkta Bozulma	96	14.93 ± 8.16	16.59 ± 5.45	8.15 ± 4.04	39.68 ± 11.72	55.76 ± 8.15
İstatistiki Değer		t=.558 p=.578	t=2.569 p=.011	t=1.786 p=.075	t=2.138 p=.033	t=-.815 p=.416
Evlilik İlişkisinde Sorun Yaşama Durumu						
Evet	145	12.35 ± 6.94	16.96 ± 5.56	7.86 ± 4.08	37.19 ± 10.84	58.17 ± 7.55
Hayır	60	23.46 ± 5.47	18.55 ± 5.65	9.91 ± 4.71	51.93 ± 11.69	46.83 ± 9.32
İstatistiki Değer		t=-12.171 p=.000	t=-1.845 p=.066	t=-3.120 p=.002	t=-8.654 p=.000	t=-8.359 p=.000

Tablo 4.7. (Devam) Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikleri	n	Ölçekler				Bakım Verme Yükü Ölçeği
		Aile X±SS	Özel Bir İnsan X±SS	Arkadaş X±SS	Toplam X±SS	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği						
Evlilik İlişkisinde Yaşanan Sorunlar						
Psikolojik Problemler ¹	25	13.56 ± 7.63	17.84 ± 5.37	8.60 ± 4.31	40.00 ± 12.88	57.00 ± 9.92
İletişim Problemi ²	52	13.31 ± 6.78	17.49 ± 5.04	7.31 ± 3.80	38.11 ± 9.91	56.03 ± 7.09
Aileye Zaman Ayıramama ³	20	15.25 ± 8.23	17.70 ± 5.76	8.25 ± 3.79	41.20 ± 12.09	58.45 ± 6.66
Eşle Anlaşamama ⁴	49	9.57 ± 5.25	15.67 ± 6.01	7.91 ± 4.38	33.16 ± 9.00	60.89 ± 6.22
İstatistiki Değer		K-W=12.453 p=.006 Fark:1-4, 2-4, 3-4	K-W=4.188 p=.242	K-W=2.371 p=.499	K-W=9.745 p=.021 Fark:2-4, 3-4	K-W=11.483 p=.009 Fark:2-4
Aile İlişkisinde Sorun Yaşama Durumu						
Evet	180	13.17 ± 7.31	17.38 ± 5.57	8.22 ± 4.25	38.78 ± 11.42	57.43 ± 7.63
Hayır	78	21.97 ± 7.16	19.34 ± 5.33	10.65 ± 4.98	51.97 ± 11.58	47.07 ± 9.26
İstatistiki Değer		t=-8.934 p=.000	t= -2.630p=.009	t=-3.992 p=.000	t=-8.482 p=.000	t=8.681 p=.000
Sorumlulukları Yerine Getirme Durumu						
Evet	69	21.49 ± 7.34	19.73 ± 4.51	11.00 ± 5.11	52.23 ± 10.83	46.79 ± 9.40
Hayır	189	13.76 ± 7.66	17.33 ± 5.78	8.21 ± 4.18	39.31 ± 11.92	57.04 ± 7.83
İstatistiki Değer		t= 7.243 p=.000	t=3.499 p=.001	t=4.049 p=.000	t=7.883 p=.000	t=-8.085 p=.000

Tablo 4.7. (Devam) Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikleri	n	Ölçekler				Bakım Verme Yükü Ölçeği
		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				
		Aile X±SS	Özel Bir İnsan X±SS	Arkadaş X±SS	Toplam X±SS	X±SS
Bakım Verme İle İlgili Eğitim Alma Durumu						
Evet	7	23.57 ± 7.06	21.00 ± 2.58	9.14 ± 3.71	53.71 ± 8.19	47.85 ± 9.85
Hayır	251	15.61 ± 8.24	17.89 ± 5.60	8.95 ± 4.64	42.46 ± 12.94	54.48 ± 9.37
İstatistiki Değer		MU=416.500 p=.017	MU=619.000 p=.182	MU=808.500 p=.717	MU=418.500 p=.018	MU=505.500 p=.055
Evde Bakım Hizmetinin Bakım Yükünü Hafifletmesi						
Evet	179	16.49 ± 8.27	18.28 ± 5.67	9.17 ± 4.71	43.95 ± 12.86	53.88 ± 9.93
Hayır	79	14.32 ± 8.23	17.27 ± 5.29	8.48 ± 4.36	40.08 ± 12.84	55.24 ± 8.17
İstatistiki Değer		t=1.942 p=.053	t=1.340 p=.181	t=1.112 p=.267	t=2.226 p=.027	t=-1.062 p=.289

Tablo 4.8’de çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları ile bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları ile bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.400$, $p = .000$)

Tablo 4.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları	
	r	p
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları	- .400	.000

5. TARTIŞMA

5.1. Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışmada, bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamalarının istenen düzeyde olmadığı görülmektedir (42.77 ± 12.95) (Tablo 4.4). Chiou ve arkadaşlarının (149) sosyal desteğin bakım vericiler üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında bakım vericilerin algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda; ruhsal hastalığı olanlara bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları (63.81 ± 19.02) (17), parkinson hastalığı olan bireylere bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları (57.01 ± 11.62) (45) bu çalışmadan daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada algılanan sosyal desteğin istenen düzeyde olmaması bakım veren bireylerin çoğunun kadın olması ve toplumun kültürel yapısı doğrultusunda bu sorumluluğun kadınlar tarafından yapılması gerektiğinin düşünülmesinden kaynaklanmış olabilir. Çünkü kadın bakım veren sorumluluğu gereği sosyal destek ağlarını istediği gibi kullanamamaktadır.

Çalışmada, bakım veren bireylerin bakım verme yükünün orta düzeyde (54.30 ± 9.43) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Dünyada ABD, Brezilya, Mısır gibi ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda yaşlı hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükleri düşük saptanmıştır (34,150,151). Ülkemizde ise yapılan çalışmalarda yaşlı hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yüklerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (10,49). Ancak Mollaoğlu ve arkadaşlarının (96) inmeli hastaların bakım vericilerinin bakım verme yükü üzerine yaptığı çalışmada bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması (33.02 ± 15.92) bu çalışmadan daha düşük olarak saptanmıştır. Bu çalışmada bakım verme yükünün orta düzeyde olmasının nedeni, bakım verenlerin çoğunun kadın olmasından dolayı evde çocuk bakma, ev işlerini yürütme gibi sorumlulukları üstlenmesi, aynı zamanda bakım verdiği yaşlının en az bir tane kronik hastalığının olması olabilir.

5.2. Yaşlı Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışmada yaşlı hastanın cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve tanı alma süresine göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamış olup, yaşa göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** aile alt boyutu puan ortalamaları ve medeni duruma göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.5). Kaçan Softa ve arkadaşları (152) tarafından yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer olarak yaşlı bireyin cinsiyeti ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı, yaşlı bireyin yaşı, eğitim durumu ve medeni durumu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada yaşlı bireylerin eğitim durumu arttıkça bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin arttığı görülmektedir (Tablo 4.5). Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin farkındalıkları artmakta, hastalık oluşumunda etkili faktörleri bilmekte, bu konuda kendilerini korumak için destek alabilmektedirler (153). Çalışmada yaşlı bireylerin yaşı arttıkça bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir (Tablo 4.5). Yaşın ilerlemesi ile bireyler bağımlı hale gelerek bakıma ihtiyaç duymakta, bu durum bakım verenin desteğe ihtiyacını arttırmaktadır. Bu nedenle ailede bağımlı/bakıma muhtaç bir bireyin varlığı aile ilişkilerini ve destek sistemlerini olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca çalışmada yaşlı bireylerin medeni durumunun bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilemesi bekar olan yaşlı bireylerin sosyal yaşantılarında arkadaşları tarafından desteklendiğinin bir göstergesi olabilir.

Çalışmada yaşlı bireylerin yaşına göre bakım verenlerin **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4.5). Yaşlı bireylerin yaşı arttıkça bakım verme yükü artmaktadır. Bu çalışmadan farklı olarak Çetinkaya ve arkadaşlarının (27) yaptığı çalışmada yaş azaldıkça bakım verme yükü artmaktadır.

Bu çalışmada, yaşlı hastaların cinsiyetine göre bakım veren bireylerin **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.5). Benzer olarak Kim ve arkadaşlarının (28) ve Kumamoto ve arkadaşlarının (29) çalışmasında yaşlı bireylerin cinsiyeti ile bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Çalışmada, yaşlı hastaların eğitim durumuna göre bakım veren bireylerin **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.5). Bu çalışmaya benzer olarak Or'un (37) çalışmasında da yaşlıların öğrenim durumları ile bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca bu çalışmadan farklı olarak Selçuk ve Avcı'nın (26) çalışmasında yaşlı hastaların eğitim durumunun bakım verme yükünü etkilediği belirtilmektedir. Yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (2,10,96). Çalışmadan elde edilen sonuç, eğitim düzeyi düştükçe yaşlı hastaların farkındalık düzeylerinin düşmesinden ve uyum sürecinin uzun olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada, yaşlı hastaların sosyal güvencesine göre bakım veren bireylerin **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca sosyal güvencesi olmayan yaşlı hastaların bakım verme yüklerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Benzer olarak Or'un (37) çalışmasında da yaşlıların sosyal güvence durumları ile bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sosyal güvencesi olmayan yaşlı hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yüklerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

5.3. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım veren bireylerin yaşa göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** aile, arkadaş ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanırken, özel bir insan alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.6). Bu çalışmaya benzer olarak Tuna ve Olgun'un (46) yaptığı

çalışmada bakım verenin yaşı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Karaaslan'ın (31) yaptığı çalışmada bakım verenin yaşı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bakım veren bireylerin yaşı arttıkça yaşlı bireyin bakımı ve üstlenilen sorumluluklar nedeniyle çevredeki bireylerle olan iletişim sınırlanmaktadır. Bunun sonucunda bakım veren bireylerin yaşı arttıkça algıladıkları sosyal destek düzeyleri azalabilmektedir. Bakım veren bireylerin yaşına göre **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup, bakım verme yükünün yaş arttıkça daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Işık'ın (10) yaptığı çalışmada da yaş ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup en yüksek bakım verme yükünün 20-29 yaş grubu arasında olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bakım verenin yaşının bakım verme yükünü etkilediğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (154,155). Yaş arttıkça bakım veren bireylerin kendi sağlık sorunları ortaya çıkmakta bakım verme bir yük haline dönüşebilmektedir.

Evde bakım veren bireylerin cinsiyetine göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** arkadaş alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmış olup, aile, özel bir insan alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca erkeklerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.6). Benzer olarak yapılan bir çalışmada da erkeklerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (31). Bu sonuç bakım vermenin kadının bir rolü olarak görülmesinden dolayı kadınların bakım verme konusunda daha az desteklenmesinin bir göstergesi olabilir. Çalışmada bakım veren bireylerin cinsiyete göre **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Ayrıca kadınların bakım verme yükleri daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.6). Bu çalışmaya benzer olarak yapılan çalışmalarda kadınların bakım verme yüklerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (10,32,156,157,158). Ancak bu çalışmanın aksine bazı çalışmalarda cinsiyet ile bakım verme yükleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmektedir (33,109,159,160). Bakım verme genellikle kadının rolü olarak görülmektedir (99). Kadının bu rolleri yerine getirirken, toplum tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların kadının doğal

iş i olarak görülmesi, kadının ruhsal ve fiziksel açıdan tükenmişliğ e girmesine neden olmakta ve bakım verme yükünü arttırmaktadır.

Bakım veren bireylerin medeni duruma göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğ i** özel bir insan, arkadaş alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bekar olan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksektir (Tablo 4.6). Karaaslan'ın (31) çalışmasında bu çalışmadan farklı olarak bekar olanların algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha düşük çıkmıştır. Çalışmada evli bakım verenlerin daha düşük algılanan sosyal destek düzeyine sahip olması yaşlı hastaya bakım vermenin yanında evdeki sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. Bekar bakım verenlerin evli bireylere göre sorumlulukları gereğ i sosyal yaşantıya ayırdıkları zaman daha fazla olacağından bu beklenen bir sonuçtur. Bakım veren bireylerin medeni durumuna göre **bakım verme yükü ölçeğ i** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup, bakım verme yükünün evli olanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Bu çalışmaya benzer Iş ık'ın (10) ve Selçuk ve Avcı'nın (26) çalışmalarında da evli bireylerin bakım verme yükleri anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni evli bireylerin bakım sorumluluğ unu daha fazla üstlenmesi gerektiğ i algısının bir sonucu olabilir.

Çalışmada bakım veren bireylerin eğitim durumuna göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğ i** aile, özel bir insan, arkadaş ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Eğitim durumu yükseldikçe algılanan sosyal destek düzeyinin arttığı görülmektedir (Tablo 4.6). Çalışmadan elde edilen bu sonuç eğitim durumu yükseldikçe farkındalık düzeyinin arttığı nın bir göstergesidir. Bu çalışmada bakım veren bireylerin eğitim durumları ile **bakım verme yükü ölçeğ i** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmış olup, eğitim durumu yükseldikçe bakım verme yükünün düştüğü görülmektedir (Tablo 4.6). Yapılan birçok çalışma bu çalışmanın sonucunu desteklemektedir (2,34,39,96,150,160-166). Ancak Iş ık'ın (10), Selçuk ve Avcı'nın (26) ve Malak ve Dicle'nin (33) çalışmalarında eğitim düzeyinin bakım verme yükünü etkilemediğ i belirtilmektedir. Çalışmadan elde edilen bu sonuç bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek çıkması ile ilişkili olabilir.

Çalışmada bakım veren bireylerin çalışma durumuna göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** arkadaş alt boyutu puan ortalamasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ayrıca çalışan bakım verenlerde algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.6). Bu çalışmaya benzer olarak yapılan bir çalışmada da çalışan bakım verenlerin algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir (31). Çalışan bakım verenler arkadaşları ile bir araya gelerek paylaşımlarda bulunabilmekte, sosyal anlamda destek görebilmektedir. Bu nedenle çalışan bakım verenlerde algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Bakım veren bireylerin çalışma durumlarına göre **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak çalışmayan bakım verenlerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Benzer olarak Işık'ın (10) çalışmasında çalışma durumunun bakım verme yükünü etkilemediği belirtilmektedir. Bu çalışmadan farklı olarak yapılan çalışmalarda çalışma durumunun bakım verme yükünü etkilediği belirtilmektedir (26,53,121,167). Ayrıca Malak ve arkadaşlarının (33) çalışmasında da çalışma durumunun bakım verme yükünü etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada çalışmayan bakım verenlerin bakım verme yüklerinin yüksek olması zamanlarının çoğunu yaşlı hasta ile geçiriyor olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Bakım veren bireylerin başkalarıyla birlikte yaşama durumlarına göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** aile alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Akrabaları ile birlikte yaşayan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ölçeği puanları daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.6). Bu çalışmadan farklı olarak, Tuna'nın (46) çalışmasında hasta yakınının beraber yaşadığı kişilere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bakım veren bireylerin akrabaları ile birlikte yaşaması bakım sürecinde destek görmelerini sağlamış olabilir ve sonuç olarak akrabaları ile birlikte yaşayan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek çıkması normaldir. Bakım veren bireylerin başkalarıyla birlikte yaşama durumlarına göre **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup yalnız yaşayan bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.6). Selen ve arkadaşlarının (168) çalışmasında da yalnız yaşayan bakım verenlerin bakım verme

yükünün daha fazla olduğu belirtilmiştir. Çalışmada yalnız yaşayan bireylerin bakım verme yüklerinin yüksek, bakım verme konusunda yeterince destek görmediklerinin bir göstergesi olabilir.

5.4. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu çalışmada bakım verenlerin bakım verme sürelerine göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.7). Bu çalışmadan farklı olarak Karaaslan'ın (31) çalışmasında bakım verme süresi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada bakım veren bireylerin bakım verme süresi arttıkça bakım verme yüklerinin arttığı saptanmıştır (Tablo 4.7). Benzer olarak Karaaslan'ın (31) çalışmasında da bakım verme süresinin bakım verme yükünü etkilediği saptanmıştır. Salama ve El-Soud (34) tarafından yapılan çalışmada ise günlük bakım verilen süre arttıkça bakım verme yükünün arttığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda bakım verme süresinin uzaması bakım verene yaşattığı maddi ve manevi sıkıntılar nedeniyle bakım verme yükünün artmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmada bakım veren bireylerin hasta bireye bakma nedenine göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ailevi sorumluluk / aile bağı nedeni ile bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin tamamına yakını (%90.9) ailevi sorumluluk ve aile bağı nedeni ile bakım verdiklerini belirtmişlerdir (99). Taşdelen ve arkadaşlarının (35) yaptıkları çalışmada da aile bağı / hasta bireyi sevmeye nedeni ile bakım verdikleri saptanmıştır. Ailevi sorumluluk / aile bağı nedeni ile bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek çıkması aile desteğinin güçlü olduğunun bir göstergesi olabilir. Çalışmada bakım veren bireylerin hasta bireye bakma nedenine göre **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları incelendiğinde, ailevi sorumluluk / aile bağı nedeni ile bakım verenlerin bakım verme yükü daha düşük çıkmıştır (Tablo 4.7). Alpteker ve arkadaşının

(36) çalışmasında ailevi sorumluluk nedeniyle bakım veren bireylerin daha fazla bakım verme yükü yaşadığı belirtilmektedir. Türk aile yapısında toplumsal normlar nedeniyle yaşlıya bakmanın ailevi sorumluluk olarak görülmesi bakım verme yükünü düşürmüş olabilir ve bu durum bakım verme yükünü etkilemiş olabilir.

Bakım veren bireylerin ailede başka bakım verenlerin bulunma durumuna göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4.7). Bakıma yardım edecek başka bir bireyin varlığı bakım sorumluluğunun paylaşılmasını ve algılanan sosyal desteğin yüksek çıkmasını sağlamış olabilir. Bakım veren bireylerin ailede başka bakım verenlerin bulunma durumuna göre **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.7). Bu çalışmadan farklı olarak Selçuk ve Avcı'nın (26) çalışmasında ailede bakıma destek olan bir kişinin varlığı ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmaya göre ailede başka bakım verenlerin bulunması, bakım sorumluluğunun paylaşılmasını sağlamış ve bakım verme yükünü düşürmüş olabilir.

Bakım veren bireylerin sağlığının olumsuz etkilenme durumuna göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Sağlığı olumsuz etkilenen bireylerde algılanan sosyal destek daha düşük çıkmıştır (Tablo 4.7). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yarıya yakının sağlığının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (37,84,169). Bunun sonucu olarak çalışmada sağlığı olumsuz etkilenen bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin düşük olmaktadır. Bu çalışmada bakım veren bireylerin sağlığının olumsuz etkilenme durumuna göre **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Sağlığı olumsuz etkilenen bireylerde bakım verme yükü yüksek çıkmıştır (Tablo 4.7). Yapılan çalışmalarda sağlığın olumsuz etkilenmesinin bakım verme yükünü etkilediğini kanıtlar durumdadır (39,147,160). Çetinkaya ve Duman'ın (169) çalışmasında bakım veren bireylerin sağlığının olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Benzer olarak Eğilli ve Sunal'ın (39) çalışmasında da sağlık sorununun olmasının bakım verme yükünü olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir. Çalışmada sağlığı olumsuz etkilenen bakım verenlerin bakım verme yüklerinin yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada bakım verenlerin evlilik ilişkisinde sorun yaşama durumuna göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4.7). Evlilik ilişkisinde en çok yaşanan sorunlar içinde psikolojik problemler yer almaktadır. Sorun yaşamayan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek beklenen bir şekilde yüksek çıkmıştır. Çalışmada bakım verenlerin evlilik ilişkisinde sorun yaşama durumuna göre **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4.7). Kasuya ve arkadaşlarının (84) çalışmasında da bakım vermenin evlilik ilişkilerinde sıkıntı oluşturduğu belirtilmektedir. Okoye ve Asa'nın (38) çalışmasında da bakım vermenin evlilik ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği ve yük getirdiği ifade edilmektedir.

Çalışmada bakım veren bireylerin aile ilişkisinde sorun yaşama durumuna göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Sorun yaşayan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.7). Bakım veren sorumlulukları gereği ailesine yeteri kadar vakit ayıramamakta, aile bakım verenden ilgi beklemektedir. Böyle bir durumda sorun yaşayan birey sosyal destek sistemlerini kullanmakta sorun yaşar ve bu bireyin algılanan sosyal desteği de düşük olmaktadır. Çalışmada bakım veren bireylerin aile ilişkisinde sorun yaşama durumuna göre **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Sorunu olan bakım verenlerin bakım verme yükü daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.7). Aile içinde sorun yaşayan bireylerde algılanan sosyal desteğin düşük olması, bakım verme yükünü yükseltmiş olabilir.

Bu çalışmada bakım veren bireylerin sorumluluklarını yerine getirme durumuna göre **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği** ve **bakım verme yükü ölçeği** puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Sorumluluklarını yerine getiremeyen bireylerin algıladıkları sosyal destek puan ortalaması düşük, bakım verme yükü puan ortalaması yüksek çıkmıştır (Tablo 4.7). Bakım veren bireyler bakım süresince sorumluluklarını yerine getirirken güçlük yaşamakta, bu durum aile, eş, arkadaş ile iletişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle algılanan sosyal destek puan ortalamasının düşük, bakım verme yükünün yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili eğitim alma ve evde bakım hizmetinin bakım verme yükünü hafifletme durumuna ile **çok boyutlu algılanan sosyal**

destek ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4.7). Bu çalışmada bakım verenlerin %97.3'ü bakım verme konusunda eğitim almadığını ifade etmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Alpteker ve arkadaşının (36) çalışmasında bakım konusunda eğitim alma durumu ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Taşdelen ve Ateş'in (35) çalışmasında, bakım verme yükü fazla olanların eğitim gereksinimlerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu çalışmada bakım verme konusunda eğitim almayan bakım verenlerin bakım verme yükü yüksek çıkmıştır (Tablo 4.7). Bu sonuçlar doğrultusunda eğitimin hem algılanan sosyal desteği arttırdığı hem de bakım verme yükünü azalttığı düşünülebilir.

5.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları ile bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Bu çalışmaya benzer olarak algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça bakım vermenin olumsuz etkilerinin azaldığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (23-26). Ancak Smerglia ve arkadaşlarının (170), çalışmasında bakım verenlerin önemli bölümünde sosyal desteğin olumlu bir etkisi olmadığı, verilen sosyal desteğin bakım verenin ihtiyacını karşılamadığı da bildirilmektedir. Algılanan sosyal desteğin yüksek olmasının yaşanan sorunları azaltacağı düşünüldüğünde bakım verme yükünü etkilemesi beklenmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerde algılanan sosyal desteği, bakım verme yükünü ve etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmada evde bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel bir insan alt boyutundan en yüksek puanı (17.97 ± 5.56), arkadaş alt boyutundan en düşük puanı (8.96 ± 4.61) aldıkları ve orta düzeyde bakım verme yüküne sahip oldukları (54.30 ± 9.43) saptanmıştır.

Yaşlı hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre bakım veren bireylerin;

- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutunun yaştan, arkadaş alt boyutunun medeni durumdan etkilendiği, bakım verme yükünün yaştan etkilendiği belirlenmiştir.

Bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre;

- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutunun yaş, eğitim durumu ve birlikte yaşanan bireylerden, özel bir insan alt boyutunun medeni durum ve eğitim durumundan, arkadaş alt boyutunun yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumundan etkilendiği belirlenmiştir.
- Ayrıca cinsiyet, eğitim durumu ve birlikte yaşanan bireylerin bakım verme yükünü etkilediği saptanmıştır.

Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre;

- Bakım veren bireylerin önceden başka bir yakınına bakım verme durumunun, ailede başka bakım verenin bulunma durumunun, sağlığın olumsuz etkilenme durumunun ve yaşanan sağlık sorunlarının, evlilik ilişkisinde sorun yaşama ve yaşanan sorunların, aile ilişkisinde sorun yaşama durumunun, sorumlulukları yerine getirme durumunun, bakım verme ile ilgili eğitim alma durumunun, evde

bakım hizmetinin bakım verme yükünü hafiflettiği ifadesinin çok boyutlu algılanan sosyal desteği etkilediği belirlenmiştir.

- Ailede başka bakım verenin bulunma durumunun, sağlığın olumsuz etkilenme durumunun, evlilik ilişkisinde sorun yaşama durumu ve yaşanan sorunların, aile ilişkisinde sorun yaşama durumunun, sorumluluklarını yerine getirme durumunun bakım verme yükünü etkilediği saptanmıştır.
- Ayrıca algılanan sosyal desteğin bakım verme yükünü etkilediği belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

6.2. Öneriler

- Algılanan sosyal desteğin ve bakım verme yükünün istenen düzeyde olmadığı düşünüldüğünde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler tarafından yaşlıya bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal desteği arttıracak ve bakım verme yükünü azaltacak eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi,
- Bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal desteğin ve bakım verme yüklerinin birçok faktörden etkilendiği düşünüldüğünde, bütün bu faktörler göz önünde bulundurularak bakım veren bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını destekleyecek eğitim programlarının geliştirilmesi,
- Ayrıca bakım veren bireylere destek olacak kişilerin varlığının algılanan sosyal desteği arttırdığı ve bakım verme yükünü azalttığı düşünüldüğünde, aileden bir destek grubunun oluşturulması, bunun için bakım verici destek programlarının organize edilmesi, bu programlarda iletişim teknikleri, rahatlama etkinlikleri, baş etme yöntemleri gibi konulara yer verilmesi,
- Aileden bir destek grubunun oluşturulmasının bakım verenlerde aile, eş ile ilgili sorunlarda, sağlığın olumsuz etkilendiği durumlarda önemli olduğu

düşünüldüğünde, bu grubun sürekliliğinin sağlanması, sürekliliğin sağlanması için gerekli eğitimlerin planlanması,

- Algılanan sosyal desteğin, bakım verme yükünü etkilediği düşünüldüğünde, bakım veren bireylere bu konuda farkındalık düzeyini arttıracak hemşirelik eğitim programlarının düzenlenmesi, ulusal düzeyde sosyal destek ağlarının geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması önerilebilir.

Araştırmacılara Öneriler:

- Yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerin algılanan sosyal desteğini ölçen çalışmalar sınırlı sayıda bulunurken, bakım verme yükünü ölçen birçok çalışma mevcuttur. Düzenlenecek olan eğitim programlarının yapılandırılmasına yeterli katkıyı sağlaması açısından algılanan sosyal desteği ölçen çalışmaların sayısının artırılması,
- Uygun yaşlı bakım destek programlarını oluşturabilmek için algılanan sosyal desteğin ve bakım verme yükünün birbirini etkilediği düşünüldüğünde, algılanan sosyal destek ve bakım verme yükünün birlikte incelendiği geniş örnekleme daha fazla hemşirelik araştırmalarının yapılması,
- Araştırma sonuçları doğrultusunda ihtiyaç değerlendirmesinin yapılması ve entegre bakım programlarının oluşturulması için girişimsel hemşirelik çalışmalarının planlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk-Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014;15:39-44.
2. Yaşar E. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2009.
3. The World Health Report. Life in the 21st Century. A Vision for All Report of the Director-General World Health Organization, Geneva, 1998.
4. World Health Organization Global Health and Ageing, 2011.
5. Yeşil T, Çetinkaya Ulusoy E, Korkmaz M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, GÜSBD 2016; 5(4):54-66.
6. Aslan D, Ertem M. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Palme Yayıncılık. 2012.
7. Türkiye İstatistik Kurumu (2016). <http://www.tuik.gov.tr/> (Erişim Tarihi:05.04.2018).
8. Türkiye İstatistik Kurumu (2014). Nüfus Projeksiyonları, 2014-2075. <http://www.tuik.gov.tr/> (Erişim Tarihi:03.10.2017).
9. Oluk Baltayan A. Yaşlı Hasta Yakınlarına Bakım Veren Kadınların Bakım Yüklerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2012.
10. Işık K. Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya, 2013.
11. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008;11(4):85-95.
12. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. *Geriatric Dergisi*, 2002;5(4):155-159.
13. Yıldırım S, Engin E, Aycan Başkaya V. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013;50(2):169-174.
14. Kuscu K, Dural U, Önen P, Yayla M. The Association Between Individual Attachment Patterns, the Perceived Social Support, and the Psychological Well-Being of Turkish Informal Caregivers. *M. Psycho-Oncology*. Oct 2009;18(9):927-935.

15. Zimet GD, Powel SS, Farley GK. ve ark. Psychometric Characteristics of the Multidimensional scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 1990;55:610-617.
16. Dökmen ZY. Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012;3(1).
17. Türkmen SN. Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 2015;04.
18. Bowlby J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Routledge: London, 1988.
19. Karakoç T. Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek ile Yorgunluk Arasındaki İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2008.
20. Cohen S, Syme SL. Issues in The Study and Application of Social Support. In: Cohen S, Syme SL, Editors. *Social Support and Healty*. New York, Academic Press: 1985.
21. Thoits PA. Stress, Coping and Social Support Processes: Where are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, 1995;35:53-79.
22. Demirtepe D, Bozo Ö. Bakıcı İyilik Ölçeği'nin Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2009;12(23):28-37.
23. Shaffer DR, Dooley WK, Williamson GM. Endorsement of Proactively Aggressive Caregiving Strategies Moderates the Relation Between Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior. *Psychology and Aging*, 2007;22(3):494-504. (DOI: 10.1037/0882-7974.22.3.494).
24. Grant JS, Weaver M, Elliott TR, Bartolucci AA, Giger JN. Family Caregivers of Stroke Survivors: Characteristics of Caregivers at Risk for Depression. *Rehabilitation Psychology*, 2004;42(2):172-179.
(<http://www.tandf.co.uk/journalsdoi:10.1080/02699050410001671766/>)
(Erişim Tarihi:03.04.2018)
25. Ergh TC, Hanks RA, Rapport LJ, Coleman RD. Social Support Moderates Caregiver Life Satisfaction Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2003;25(8):1090-1101.
26. Selçuk KT, Avcı D. Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016; 7(1):1-9.

27. Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. *Turkish J Geriatr*, 2012;15(2):171-178.
28. Kumamoto K, Arai Y, Zarit SH. Use of Home Care Services Effectively Reduces Feelings of Burden Among Family Caregivers of Disabled Elderly In Japan: Preliminary Results. *Int. J. Geriatr Psychiatry*, 2006;21:163-170.
29. Kim SW, Kim JM, Stewart R, Bae KL, Yang SJ, Shin IS, Shin HY, Yoon JS. Correlates of Caregiver Burden for Korean Elders According to Cognitive and Functional Status. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2006;21:853-861.
30. Koçak G. İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü. İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
31. Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
32. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Kozubski W. Caregiving Burden and Its Determinants in Polish Caregivers of Stroke Survivors. *Arch Med Sci*, 2014;10:941-50.
33. Malak AT, Dicle A. Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 2008;18(2):118-121.
34. Salama RAA, El-Soud FAA. Caregiver Burden From Caring for İmpaired Elderly: a Cross-Sectional Study in Rural Lower Egypt. *IJPH* 2012; 9(4):1-10.
35. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012;9(3):22-29.
36. Alpteker H, Gökdoğan F. 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2008.
37. Or R. Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükü ve Bakım Vereninin İyilik Hali. Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2013.
38. Okoye UO, Asa SS. Caregiving and Stress: Experience of People Taking Care of Elderly Relations in South-Eastern Nigeria. *Arts and Social Sciences Journal*, 2011;2(1):29-31.
39. Eğilli CS, Sunal N. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren*, İstanbul, 2017;3(2):83-91.
40. Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006;9:68-75.

41. Hurdle DE. Social Support: A Critical Factor in Womens' Health and Health Promotion. *Health and Social Work*, 2001;1.
42. Magnusson L, Hanson E. Supporting Frail Older People and Their Family Carers at Home Usingm Information and Communication Technology: Cost Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2005;51(6):645-57.
43. Hellström Y, Persson G, Hallberg IR. Quality of Life and Symptoms Among Older People Living at Home. *Journal of Advanced Nursing*, 2004;48(6):584-593.
44. Gel KT, Tokur Kesgin M. İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;20(4):267-278.
45. Çiçek Z. Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir*, 2012.
46. Tuna M, Olgun N. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010;41-52.
47. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 2012;25:1-3.
48. Çavuş ÖF. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Ankara*, 2013.
49. Gürol A, Çapık C. Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirildiği Bir Araştırma. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2014;23(2):66.
50. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler, 1968-2008, *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara*, 2010;3333.
51. Keskinoglu P. Yaşlılık ve Yeti Yitimi Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. *Hasuder Yayın No: 2012;1:75*.
52. Danış MZ. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. 2011. <http://gebam.hacettepe.edu.tr/> (Erişim Tarihi: 20.01.2018).
53. Arpacı, F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. *Türkiye İşçi Emeklileri Derneği, Ankara*, 2005.
54. Şahin D, Aydın A, Şimşek N, Cabar1 D. Yaşlılık, Depresyon ve Hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal Of Psychiatric Nursing*, 2012;3(1):38-41.

55. Yıldırım S, Özgür G, Gümüş AB. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Etkenler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;23:93-103.
56. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, 2009.
57. Bulut E, Çilingir D. Yaşlı Ayrımcılığı ve Hemşirelik Bakımına Yansımaları. TAF Prev Med Bull, 2016;15(5).
58. Tuncay C. Geciken Yaşlılık ve Emeklilik Üzerine. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2012;2:84-102.
59. Birren JE. The Psychology of Aging, Prentice Hall, Inc. New Jersey, 1982.
60. Güleç D. Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi. Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
61. Kara GŞ, Duyan V. Yaşlılık ve Anılar. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Ankara, 2010.
62. Çakmur H, Erem T, Koç M. ve ark. Kanser Tanısı Alan Geriatrik Olguların Demografik İncelemesi. Türk Geriatri Dergisi, 2000;3(1):11-14.
63. Cangöz B. (2009). Yaşlılıkta Bilişsel ve Psikolojik Değişim. http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/19.pdf, (ErişimTarihi:03.12.2017).
64. Cornett S. (2011). Teaching The Elderly, Ders Notları ve E-Mail Discussions, <http://lincs.ed.gov/pipermail/healthliteracy/2009/003365.html>,
65. Özkan Y, Purutçuoğlu E. Yaşlılıkta Teknolojik Yeniliklerin Kabulünü Etkileyen Sosyalizasyon Süreci. Aile ve Toplum Dergisi, 2010;6(23):37-47.
66. Kulakçı H, Ayyıldız TK, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz-Yeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi [Elektronik Sürüm]. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2012;5(2):53-64.
67. Adak N. Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları Kadınlar. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 2003;2(6):81-87.
68. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Med J, 2010;11(3):125-32.

69. Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.
70. Pearson JE. The Definition and Measurement of Social Support. *Journal of Counseling and Development*, 1986;64(6):390-395.
71. Eker D, Arkar H, Yaldiz H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001;12(1):17-25
72. Taylor SE, Sherman DK, Kim HS, Jarcho J, Takagi K, Dunagan MS. Culture and Social Support: Who Seeks it and Why? *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004;87(3):354-62.
73. Cassel J. An Epidemiological Perspective of Psychosocial Factors in Disease Etiology. *American Journal of Public Health*, 1974;64:1040-1043.
74. Cheng HY, Chair SY, Chau JPC. The Effectiveness of Psychosocial Interventions for Stroke Family Caregivers and Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Patient Education and Counseling*, 2014;95:30-44.
75. Mohammed S, George C, Priya SS. Caregiver Burden in a Community Mental Health Program-A Cross Sectional Study. *Kerala Journal of Psychiatry*, 2015;28(1):26-33.
76. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Gazi Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
77. Yaşar F. 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, 2008;92.
78. Özcan, M, Kapucu SS. Demanslı Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Akad Geriatri*, 2009;1: 167-172, http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-167-172.htm/ (Erişim Tarihi:05.04.2018).
79. Erdem M. Yaşlıya Bakım Verme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005;8(3):101-106.
80. Tdk.Gov.Tr [İnternet] Türk Dil Kurumu. Sözlükler. Güncelleme:20 Ocak 2018, <http://www.tdk.gov.tr> (Erişim Tarihi:21.03.2018)
81. Özer S. Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2010;1(1):3-7.

82. Zarit S. Family Care and Burden at the End of Life. *Cmaj* 2004;170:1811-1812.
83. Berber K. Akciğer Kanseri Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki. *Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2014.
84. Kasuya RT, Polgar P, Bailey P, Takeuchi R. Caregiver Burden and Burnout: A Guide for Primary Care Physicians. *Postgraduate Medicine*, 2000; 08(7):119-123.
85. Toseland RW, Smith G, Mccallion P. Family Caregivers of the Frail Elderly. Gitterman A, Ed. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*. 3rd Ed. New York: Columbia University Press; 2001;11-18.
86. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2009.
87. Colello KJ. Family Caregiving to the Older Population: Background, Federal Programs, and Issues for Congress. *Cornell University ILR School CRS Report* Newyork, 2007;1-18.
88. Chou K, Chu H, Tseng C, Lu R. The Measurement of Caregiver Burden. *J Med Science*. 2003;23(2):73-82.
89. Chou KR. Caregiver Burden: A Concept Analyses. *J Pediatr Nurs*, 2000;15(6):398-407.
90. Brodsky J, Naon D, Resnizky S, Ben Noon S, Morginstin B, Graa R. Recipients of Long-Term Care Insurance Benefits: Characteristics, Formal and Informal Assistance Patterns and Unmet Needs (Dm-441-04). *Brookdale Institute, Jerusalem, Israel*, 2004.
91. Brenna E, Di Novi C. Is Caring for Elderly Parents Detrimental for Women's Mental Health? The Influence of The European North-South Gradient. *Working Papers. Department of Economics, Ca' Foscari University of Venice*, 2013. No:23/Wp/2011.
92. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2011;3(3):513-52.
93. Karahan AY, İslam S. Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2013;3(1).
94. Hinojosa MS, Rittman M, Hinojosa R, Rodriguez W. Racial/Ethnic Variation in Recovery of Motor Function in Stroke Survivors: Role of Informal Caregivers. *Journal of Rehabilitation Research & Developmen*, 2009;46(2):223-232.

95. Qu Y, Li S. Stroke: Coping Strategies and Depression Among Chinese Caregivers of Survivors During Hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 2008;17:1563–1573.
96. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *DEUHYO ED*, 2011;4(3):125-130.
97. Weng SS, Nguyen PV. Factors Affecting Elder Caregiving in Multigenerational Asian American Families. *Families in Society*, 2011;92(3):329-335.
98. Tao H, Mcroy S. Caring for and Keeping the Elderly in Their Homes. *Chinese Nursing Research*, 2015;2:31-34.
99. Kalinkara V, Kalaycı I. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2017;10(2):19-39.
100. Cöbek Ünalın P, Uzuner A, Dinç D Çifçili S. Bakıcıların Sesi; Yaşlılar ve Bakıcılık Hakkındaki Algı ve Tutumları. *Türk Geriatri Dergisi*, 2009;12(1):18-24.
101. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting Family Caregivers in Providing Care. (ed.) *Patient Safety and Quality: an Evidence-Based Handbook for Nurses*, 2008;14.
102. Uğur Ö. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, Basılmamış Doktora Tezi, İzmir, 2006.
103. Şahbaz M, Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu ile Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006;9(2):85-93.
104. Baran AG, Kalinkara V, Aral N, Baran G, Akın G, Özkan, Y. Yaşlı ve Aile İlişkileri: Ankara Örneği. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları No:127, Ankara, 2005.
105. Arpacı F, Ersoy AF. Aile Ortamında Yaşlı Bakımında Gelin Yaşlı İlişkileri. I.Ulusal Yaşlılık Kongresi, 10-11 Ekim, Ankara, 2001;354-364.
106. Altınbaş A, Cankurtaran M. Yaşlanma Demografisi ve Yaşlıların Bakımı. Arıoğlu S (Editör). *Geriatri Ve Gerontoloji'de. Mn Nobel Kitabevi*, 1.Baskı, Ankara, 2006:11-9.
107. Bilgili N. Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2000;10-60.

108. Feldman FH, Waliser MN, Gould DA, Levine C. "When the Caregivers Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers", American Journal of Public Health, 2002;92(3):409.
109. Sögüta Ç, Erbay Dünder P. Manisa'da Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilere Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. Turk J Public Health, 2017;15(1).
110. Öztop H, Sener A, Güven S. Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008;1:39-49.
111. SHÇEK (2006). Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 30.07.2006 ve Sayısı: 26244.
112. Tel H, Saraç B, Günaydın Y, Medik K, Doğan S. Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing, 2010;1(3):103-107.
113. Foldemo A, Gullberg M, Ek CA, Bogren L. Quality of Life and Burden in Parents of Outpatients with Schizophrenia, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2005;40:133-138.
114. Tanrıverdi D. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoeğitimin Bakım Yüklerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2008.
115. Küçükgüçlü Ö. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2004.
116. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Bos V. Determinants of Caregiving Experiences and Mental Health of Partners of Cancer Patients, Cancer. 1999;86:577-58.
117. Duru Aşiret G. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlıklarının Bakım Yükü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011:104s.
118. Karlıkaya G, Yüksel G, Varlıbaş F, Tireli H. Caregiver Burden in Dementia: a Study in the Turkish Population. The Internet J. Neurology, 2005;4(2).
119. Faison KJ, Faria SH, Frank D. Caregivers of Chronically III Elderly: Perceived Burden. J Community Health Nurs, 1999;16(4):243-253.
120. Akbayrak N. Bakım Verenlerin Sorunları, I. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı. Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. Ankara, 2002.

121. Zaybak A, Güneş Ü, Osmanlıoğlu E, Ülker E. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerrinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;15:1.
122. Robinson MK. Family Caregiving: Who Provides the Care, and at What Cost?. Nursing Economics, 1997;15(5).
123. Duru Aşiret G, Kapucu S. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2012;2(77).
124. Mckeown LP, Porter-Armstrong AP, Baxter GD. The Needs and Experiences of Caregivers of Individuals with Multiple Sclerosis: a Systematic Review. Clinical Rehabilitation, 2003;17:234-248.
125. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C. Family Burden in Longterm Diseases: a Comparative Study İnschizophrenia vs. Physical Disorders. Soc Sci Med, 2005;61:313 322.
126. Lidell E. Family Support-a Burden to Patient and Caregiver. Journal of Cardiovascular Nursing. European, 2002;1:149-152.
127. Allender JA, Spradley BW. Clients in Home Health, Hospice, and Long Term Setting. Community Health Nursing Concepts and Practice. Lippincott, 2001;739-753.
128. Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for the Caregivers: A Review Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden. Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. Journal of Pain and Symptom Management 2003;26(4):922-953.
129. Dew MA, Myaskovsky L, Dimartini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Kormos RL. Onset, Timing and Risk for Depression and Anxiety in Family Caregivers to Heart Transplant Recipients Psychological Medicine. 2004;34:1065–1082.
130. Monygomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. Family Relations, 1985;34:19-26.
131. Sullivan AB, Miller D. Who is Taking Care of the Caregiver? Journal of Patient Experience. 2015;1(2):7-12.
132. Cain CJ, Wicks MN. Caregiver Attributes as Correlates of Burden in Family Caregivers Coping with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Fam Nurs, 2000;6:46-68.
133. Davenport L. COPD İmpact on Caregivers Revealed. Respir Med, 2007;101:2402-8. <http://medwirenews.md/> (Erişim Tarihi:05.04.2018).

134. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. Care Burden and Quality of Life Among the Caregivers of Patients with COPD. *Türk Toraks Dergisi*, 2012;13:87-92.
135. Carter R. *Helping Yourself Help Others: A Book for Caregivers*. New York: Times Books, Random House, 1994;130-133.
136. Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakım verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*, Araştırma Yazısı, 2009;26(1):060-073, <http://www.jns.dergisi.org/> (Erişim Tarihi:05.03.2018).
137. Sales E. Family Burden and Quality of Life. *Qual Life Res*. 2003;2(1):33-41.
138. Schulz R, Sherwood PR. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *Ajn*, 2008;108(9):23-27.
139. Aktaş A. İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin, Hasta ve Yakınının Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2010.
140. Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Understanding the Needs of Families Discharge Planning of Stroke Patients: The Relatives Perceptions of Participation. *Journal of Clinical Nursing*, 2009;18:857–858.
141. Erdil F, Şenol Çelik S. Yaşlının Evde Bakımı. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Gebam Yayınları, 2007. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/> (Erişim Tarihi:06.03.2018).
142. Kesioğlu P, Bilgiç N. ve ark. İzmir Çamdibi-1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarında Yetersizlik ve Kronik Hastalık Prevalansı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2003;6(1):27-30.
143. Zimet, G.D, Dahlem NW, Zimet SG, et all. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 1988;52:30-41.
144. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995b;34:45-55.
145. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004;5:76-84.
146. Zarit S, Reeve K, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feeling of Burden. *Gerontologist*, 1980;20:649-55.
147. İnci H. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. 2006.

148. Zarit SH, Zarit JM. The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center, 1990.
149. Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social Support and Caregiving Circumstances as Predictors of Caregiver Burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2009;48:419-424.
150. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Individuals with Dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 2011; 68(4):846-855.
151. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Marques S, Nobrega MML, Rodrigues RAP. Burden in Family Caregivers of the Elderly: Prevalence and Association with Characteristics of the Elderly and the Caregivers. *Rev Esc Enferm USP*, 2013; 47(5):1129-36.
152. Kaçan Softa H, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*, 2016;9:1-12.
153. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan GG, Çınar Ş. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 2004;7(1):45-50.
154. Mccullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. *Stroke*, 2005;36:2181-2186.
155. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Care Giver Burden and Healthrelated Quality of Life Among Japanese Stroke Caregivers. *Age and Ageing*, 2003;32:218-223.
156. Carey PJ, Oberst MT, McCubin MA, Hughes SH. Appraisal and Caregiving Burden in Family Members Caring for Patients Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* 1991;18:1341-8.
157. Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal PM. Factors Affecting Burden on Caregivers of Stroke Survivors: Population-Based Study in Mumbai (India), *Ann Indian Acad Neurol*, 2012;15:113-9.
158. Kramer BJ, Kipnis S. Eldercare and Work-Role Conflict: Toward an Understanding of Gender Differences in Caregiver Burden. *Gerontologist*, 1995;35(3):340-8.
159. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson Hastalığında Bakıcı Yükü. *Parkinson Hastalıkları Hareket Bozukluğu Dergisi*, 2007;10(1-2):26-34.

160. Scholte Op Reimer WJM, De Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, Van Den Bos GAM. The Burden of Caregiver in Partners of Long- Term Stroke Survivors. *Stroke* 1998;29:1605-1611.
161. Ak M, Yavuz F, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2012;25(4).
162. Ayhan Yavaş AG. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
163. Magana SM, Ramirez Garcia JI, Hernandez MG, Cortez R. Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults with Schizophrenia: the Roles of Burden and Stigma. *Psychiatr Serv*, 2007;58:378-384.
164. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Külfet Düzeyinin Sosyo-demografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 2009;46:10-14.
165. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J. Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia. *Quality of Life Research*, 2006;15:719–724.
166. İnci FH, Kartal A. Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Birlikte Yaşama Güçlüklerinin Belirlenmesi. IV. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Antalya, 2007;196-204.
167. Yılmaz A, Ata EE. Nörolojik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Veren Yükü ile Stresle Başa Çıkma Biçimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2017;8(3):145–149.
168. Selen F, Kav S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2014;16(1):12-22.
169. Çetinkaya F, Duman Z, Bademli K. Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistemantik Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 2013; 5(1):78-94.
170. Smerglia VL, Miller NB, Sotnak DL, Geiss CA. Social Support and Adjustment to Caring for Elder Family Members: a Multi-Study Analysis. *Aging & Mental Health*. 2007;11(2):205–217.

EKLER

EK I. Hasta ve Bakım Veren Bireyi Tanılama Formu

Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi		
Anket No:		
A. HASTA TANILAMA FORMU		
1. Hastanızın cinsiyeti	1. Erkek	2. Kadın
2. Hastanızın Yaşı	1.65-68 yaş aralığı 2.69-72 yaş aralığı 3.73-76 yaş aralığı 4.77 ve üzeri	
1. Hastanızın medeni durumu	1.Evli	2. Bekar
2. Hastanızın Eğitim Durumu	1. Okur – yazar değil 3. İlkokul 5. Lise ve üzeri	2. Okur-yazar 4. Ortaokul
3. Hastanızın hastalık tanısı		
4. Hastanızın sosyal güvencesi	1. Var	2. Yok
5. Hastanızın herhangi bir geliri var mı?	1.Evet (Ne kadar)	2. Hayır
B. BAKIM VERENLERİ TANILAMA FORMU		
8. Cinsiyetiniz	1. Kadın	2. Erkek
9. Kaç yaşındasınız?	1. 20-29 yaş aralığı 2.40-59 yaş aralığı 3.60 ve üstü	
10. Öğrenim durumunuz nedir?	1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite	
11. Medeni durumunuz nedir?	1. Evli	2. Bekar
12. Çocuğunuz var mı? Var ise kaç tane?	1. Var.....	2. Yok
13. Mesleğiniz	1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest	5. İşsiz 6. Emekli 7. diğer
14. Sosyal güvenceniz var mı?	1. Var	2. Yok
15. Çalışıyor musunuz?	1. Evet	2. Hayır

16. Çalışma hayatında güçlük yaşıyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır
17. Yaşadığınız güçlükler nelerdir?	1. İş ile ilgili problemler 2. Psikolojik problemler 3. Maddi sıkıntı 4. Diğer.....
18. Hasta bireyin Hastalık Süresi (yıl olarak belirtiniz)	1. 0-2 2. 3-4 3. 4'ten daha fazla
19. Kiminle / kimlerle yaşıyorsunuz?	1. Yalnız 2. Akrabaları ile
20. Daha önce başka bir yakınınıza bakım verdiniz mi?	1. Evet 2. Hayır
21. Hasta bireye bakma nedeniniz nedir?	1. Ailevi sorumluk/aile bağı olduğu için 2. Bakacak başka kimse olmadığı için 3. Ekonomik katkısı olduğu için 4. Diğer (Açıklayınız)
22. Kaç yıldır bakım veriyorsunuz ?	1. 6 yıl ve altı 2. 7-12 yıl 3. 13 ve üstü yıl
23. Ailede hastaya başka bakım verenler var mı?	1. Var 2. Yok
24. Hastaya yakınlık dereceniz?	1. Aile üyesi 2. Bakıcı
25. Hastanıza bakım verdiğiniz süreçte sağlığınız olumsuz yönde etkilendi mi?	1. Evet 2. Hayır
26. Yaşadığınız sağlık sorunları aşağıdaki guruplardan hangisine giriyor?	1. Mental sağlıkta bozulma (bunaltı yaşama, kederli, ağlamaklı hissetme, endişe yaşama, yaşam sevincini ve enerjisini kaybetme, dikkati toplayamama) 2. Fiziksel sağlıkta bozulma (hipertansiyon, uykusuzluk, ağrı ve farklı nedenlerle hekime başvurma sıklığında artış)
27. Hastanıza bakım verdiğiniz süreçte evlilik ilişkinizde sorun yaşadınız mı?	1. Evet 2. Hayır
28. Hastanıza bakım verdiğiniz süreçte evlilik ilişkinizde ne tür sorunlar yaşıyorsunuz?	1. Psikolojik problemler. 2. İletişim problemi 3. Aileye zaman ayıramama 4. Eşle anlaşamama
29. Hastanıza bakım verdiğiniz süreçte aile ilişkilerinizde sorunlar yaşıyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır

30. Sorumluluklarınızı yerine getirebildiğinizi düşünüyor musunuz?	1. Evet	2. Hayır
31. Bakım verme ile ilgili eğitim aldınız mı?	1. Evet	2. Hayır
32. Evde bakım hizmeti sizin bakım yükünüzü hafifletiyor mu?	1. Evet	2. Hayır



EK II. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

EK III. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Burden Interview)

Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken neler hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Siz de, yaşlı ile birlikte yaşayan ve dolayısıyla onların bakımında sorumluluk alan bir birey olarak bu konu ile ilgili hissettiklerini ‘‘hiçbir zaman’’, ‘‘nadiren’’, ‘‘bazen’’, ‘‘oldukça sık’’ ve ‘‘hemen her zaman’’ sıklık ifadesi ile aşağıdaki soruları cevaplayarak lütfen belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	0	1	2	3	4
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	0	1	2	3	4
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0	1	2	3	4

EK IV. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Çalışmanın Başlığı: Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Görüşülen Kişinin Adı: _____

Bu çalışma bir tez çalışması olup, yaşlı hastalara bakım veren bireylerin sosyal destek algıları, bakım yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırmada katılımcılara anket formu, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, bakım verme yükü ölçeği kullanılacaktır. Bu çalışmada katılımcı için ek riskler söz konusu değildir. Katılımcıdan kan örneği alınmayacaktır. Katılımcıya araştırma amaçlı tedavi uygulanmayacak ve tanısal bir işlem yapılmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Çalışmaya katılım araştırmacının ve katılımcının isteğine bağlıdır. Katılımcı araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Araştırmanın sonucu bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımcıya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışmanın Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma tatminkar cevaplar aldım.

Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacılar, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Ayrıca, bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde

hiçbir sorumluluk altına girmediğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesi, katılımcı olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Fatma ERSİN, Tel: 05056706650

Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

Hastanın Adı-İmzası
(Veli veya vasisinin)

Tarih

Sorumlu Araştırmacının Adı-İmzası

Tarih

Fatma ERSİN

Tanığın Adı-İmzası

Tarih

EK V. Hastane İzinleri

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/11/2016-E.38154

ŞANLIURFA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
08/11/2016 18:59 63460149 - 806.01.03 - E.380
00032993554

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

TC Sağlık Bakanlığı

Sayı : 93460149/806.01.03
Konu : Tez Çalışması

HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 10.10.2016 tarihli ve 78521740-300 sayılı yazımız

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN denetiminde, yüksek lisans öğrencisi Gül KILIÇ'ın tez çalışması kapsamında "Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörün İncelenmesi" konulu anket çalışmasının, birliğimize bağlı Bahıklıgöl Devlet Hastanesi ve Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Uz.Dr.Mehmet Cihan EKMEK
Genel Sekreter

Güvenli Elektronik İmza
Aşlı ile Aynıdır
08/11/2016
Ömer MESÇİOĞLU
Uzman

Paşabağrı Mah. Ticaret ve Sanayi Odası Yeni Binası Kat:6
Faks No:04143182430
e-Posta:mehmetfatih.yuksel@saglik.gov.tr Int.Adresi: ŞANLIURFA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ-MEHMET FATİH YÜKSEL-EĞİTİM BİRİMİ

Bilgi için:MEHMET FATİH YÜKSEL
Unvan:TIBBİ SEKRETER
Telefon No:0414 318 24 61

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f1a0ac69-07ed-4813-ab21-c8e8d8219b7d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK VI. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlayanlardan Haluk Akardan Alınan İzin Belgesi

Yeni | Sil | Arşivle | Taşı | Kategoriler | Geri al

çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>
2.8.2016 (Sal), 09:26
Siz

Sayın Gül Kılıç,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki
kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yaldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı,
geçerlik ve güvenilirliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, **12**, 17-25 (2001).

Kimden: "gül kılıç" <gulgul_1988@hotmail.com>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 1 Ağustos Pazartesi 2016 10:01:21
Konu: çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

Sayın Haluk ARKAR, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü'nde yüksek lisans yapmaktayım. Yaşadığım
ilde yaşlı hastalar ve bu hastaların yakınları üzerinde bilimsel bir çalışma yapmayı planlıyorum. Bu çalışmamda arkadaşlarınızın ve
sizin Türkçe uyarlamasını yaptığınız "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) "nden faydalanmak istiyorum. Türkçe
uyarlamasını yaptığınız bu ölçeği ve ölçeğin değerlendirme skalasına ulaşmam konusunda bana yardımcı olur musunuz? İlginiz için
teşekkür ederim.

EK VII. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Türkçe'ye Uyarlayanlardan Fadime Hatice İnci'den Alınan İzin Belgesi

Yeni | Sil | Arşivle | Taşı | Kategoriler | Geri al

zarit bakım verme yüğü ölçeği 0 1

Fİ FADİME HATİCE İNCİ <hemel@pau.edu.tr>
3.8.2016 (Çar), 09:28
Siz

BAKIM VERME YÜKÜ ...
36 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Kılıç,

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.
kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H., & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

EK VIII. Etik Kurul Onayı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU KARARI	
TARİH	: 01.09.2016
OTURUM	: 07
SAAT	: 15:00

16/07/04	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN'in yürütücüsü olduğu "Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışmaya ilgili Kurum izni getirmesi koşuluyla Etik Kurulu Onayı verilmesine Oybirliğiyle karar verilmiştir</p> <p> ASLI GİBİDİR Prof. Dr. Ali Ziya KARAKILÇIK Kurul Başkanı</p>
----------	--

EK IX. İntihal Formu

YAŞLI HASTALARA EVDE BAKIM VEREN BİREYLERİN SOSYAL DESTEK ALGILARI, BAKIM YÜKLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

% **18**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **15**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **13**

YAYINLAR

% **8**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikerisim.deu.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **3**

2

hemsirelik.ege.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **2**

3

Submitted to TechKnowledge Turkey

Öğrenci Ödevi

% **1**

4

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

5

openaccess.inonu.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

% **1**

6

www.engelsizengelliler.org

İnternet Kaynağı

% **1**

7

www.researchgate.net

İnternet Kaynağı

% **1**

8

YAKAR KARABUĞA, Hatice and PINAR,
Rukiye. "Kanserli hastalara bakım veren aile

% **1**

EK X. Tez İntihal Raporu



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin	
Numarası	: 155322017
Adı, Soyadı	: Gül KILIÇ
Anabilim Dalı (Bölümü)	: Hemşirelik Anabilim Dalı
Programı	: <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora
Tezin Adı:	Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen yüksek lisans çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 64 sayfalık kısmına ilişkin, 11/06/2018 tarihinde şahsım/danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %18'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntıların bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığımı, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 11/06/2018

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı-Soyadı: Gül KILIÇ

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 11/06/2018

Danışmanın

Unvanı-Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Fatma ERSİN

İmzası:

EK XI. Tez Veri Giriş Formu

15.09.2018

Ulusal Tez Merkezi | Tez Form Yazdır

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10211074
Yazar Adı / Soyadı	GÜL KILIÇ DEDEOĞLU
T.C.Kimlik No	31658025572
Telefon	5535875087
E-Posta	gulgul_1988@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	YAŞLI HASTALARA EVDE BAKIM VEREN BİREYLERİN SOSYAL DESTEK ALGILARI, BAKIM YÜKLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ
Tezin Tercümesi	EXAMINATION OF SOCIAL SUPPORT PERCEPTIONS, CARE BURDENS AND INFLUENCING FACTORS OF HOME CAREGIVERS WHO PROVIDE CARE FOR ELDERLY PATIENTS
Konu	Halk Sağlığı = Public Health
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Hemşirelik Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2018
Sayfa	77
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA ERSİN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

15.09.2018

İmza: 

