T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLI BİREYLERE BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜ, ALDIKLARI SOSYAL DESTEK VE STRES DURUMLARININ İNCELENMESİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ABD

GERİATRİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NİCOLE ESMERAY

DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiçek FADILOĞLU

İZMİR

2013

ÖNSÖZ

‘Yaşlı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Aldıkları Sosyal Destek ve Stres Durumlarının İncelenmesi’ tez çalışmamda bana yardımcı olan değerli hocam sayın Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu’na, çalışmamı destekleyen ve geriatri alanını tercih etmemde bana yol gösteren sayın Prof. Dr. Fehmi Akçiçek’e, tüm tez sürecimde sabrı ve bilgileriyle yardımlarını esirgemeyen sayın Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykal’a ve bu tezi yazana kadar eğitimimi destekleyen tüm hocalarıma, her zaman yanımda yer alan annem Caterina Piro’ya, babam Lorenço Piro’ya, kardeşim Roberto Piro’ya, babaannem Fotini Devries’e, tezimin her aşamasında beni destekleyen eşim Murat Esmeray’a, tez çalışmamda ismi geçen tüm araştırmacılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım…

NİCOLE ESMERAY
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
GERİATRİ BİLİM DALI

(2013)

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri
(Yüksek Lisans için)

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı) **(İmza)**

Başkan **:** Prof.Dr.Çiçek FADILOĞLU .....
(Danışman)
Üye **:** Prof.Dr.Fehmi AKÇİÇEK .....

Üye **:** Doç. Dr. Fisun ŞENUZUN .....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: .....

ÖNSÖZ..... ii
DEĞERLENDİRME KURULU..... iii
TABLOLAR DİZİNİ..... vi
ŞEKİLLER DİZİNİ..... viii

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM I vii
GİRİŞ 1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI 5
1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 5
1.3. TANIMLAMALAR 8
1.4. GENEL BİLGİLER 10
1.4.1. Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Tanımlamalar 10
1.4.2. Yaşlanma İle Meydana Gelen Fizyolojik ve Fizyopatolojik Değişiklikler 11
1.4.3. Yaşlılıkta Sosyal ve Psikolojik Değişimler 12
1.4.4. Yaşlılıkta Sık Görülen Sağlık Sorunları ve Hastalıklar 16
1.4.5. Yaşlı Bireylerle İletişim 18
1.5. TÜRKİYE'DE YAŞLIYA BAKIM VERME DURUMU 18
1.6. DÜNYA'DA YAŞLIYA BAKIM VERME DURUMU 20
1.7. EVDE BAKIM VE BAKIM VERME 21
1.8. BAKIM VERME İŞLEMİ VE TEORİK KAPSAMI 23
1.8.1. Bakım Verme Dinamikleri Teorisi 23
1.8.2. Teorinin Amacı ve Geliştirilmesi 24
1.8.3. Teorinin Kavramları 24
1.8.4. Sorumluluk Üstlenme 24
1.8.5. Kişisel Bakım 25
1.8.6. Beklenti Yönetimi 27
1.8.7. Yeni Bakış Açısı 28
1.8.8. Rol Uzlaşması 29
1.8.9. Rol Desteği 31

1.8.10. Kavramlar Arasındaki İlişkiler: Model 32
1.8.11. Hemşirelik Araştırmalarında Teorinin Kullanılması 34
1.8.12. Teorinin Hemşirelik Pratiğinde Kullanılması 35
1.8.13. Çıkarımlar 35
1.9. YAŞLIYA BAKIM VERENLERİN ÖZELLİKLERİ 36
1.9.1. Yaşlıya Bakım Verme Nedenleri 36
1.9.2. Bireylerin Olumlu Bakım Verme Algısı 37
1.10. BAKIM VERENLERDE GELİŞEN PROBLEMLER 38
1.11. SOSYAL PROBLEMLER 43
1.11.1. Sosyal Destek 43
1.11.2. Sosyal Ağ 50
1.12. BAKIM VERME YÜKÜ VE BAKIM VERME YÜKÜNÜN BAKIM VEREN ÜZERİNE ETKİLERİ 54
1.13. PEARLIN STRES SÜRECİ MODELİ'NİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ 55
1.14. BAKIM VERME YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER 61
1.15. EVDE BAKIMDA HEMŞİRELİK STRATEJİLERİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ 62
1.16. YAŞLI BİREYLERE KALİTELİ BAKIM HİZMETİNİN SUNULMASI 64
1.17. SINIRLAMALAR 66
BÖLÜM II 67
GEREÇ ve YÖNTEM 67
2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ 67
2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ 67
2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ 68
2.4. ÖRNEK SAYISI VE BÜYÜKLÜĞÜ 68
2.5. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ 69
2.5.1. Veri Toplama Araçları 69
2.5.2. Yaşlının Ve Bakım Verenin Sosyodemografik Özellikleri Formu (EK-III) . 69
2.5.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği Formu (EK-IV) 70
2.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu (EK-V) 70
2.5.5. Sosyal Ağ Formu (EK-VI) 71
2.5.6. Bakım Verenin Stres İndeksi (EK-VII) 72
2.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ 72
2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 73

2.8. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER 73
2.9. SÜRE VE OLANAKLAR 73
2.10. ETİK AÇIKLAMALAR 74
3.BÖLÜM 75
BULGULAR 75
3.1. YAŞLIYA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER 75
3.2. BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNE İLİŞKİN BULGULARI 86
4. BÖLÜM 126
4.1. TARTIŞMA 126
5. BÖLÜM 131
5.1. SONUÇ VE ÖNERİLER 131
ÖZET 132
KAYNAKLAR: 134
6. BÖLÜM 141

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo-1: Sosyal yapının sağlığı etkileme mekanizmaları……46

Tablo-2: Araştırmanın örneklem sayıları……..68

Tablo-3: Araştırmaya Katılan Bakım Alan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri……..75

Tablo-4: Yaşlıya Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri……77

Tablo-5: Yaşlıya Bakım Verenlerin Sağlık Durumlarına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı……79

Tablo -6: Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreçlerine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı ……..81

Tablo- 7: Bakım Verenin ''Bakım Yükü'' Düzeyi……..86

Tablo- 8: Bakım Yükü Ölçeği Maddelerinin Dağılımı……87

Tablo- 9: Bakım Verenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Yükü Dağılımı…….90

Tablo- 10: Bakım Verenin Sağlık Durumlarına Yönelik Özelliklerine Göre Bakım Yükü Dağılımı……..93

Tablo -11: Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreçlerine Yönelik Özelliklerine Göre Bakım Yükü Dağılımı……95

Tablo-12: Sosyal Destek Ölçeği Maddelerinn Dağılımı……101

Tablo- 13: Bakım Verenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Toplam Puan Dağılımı……104

Tablo- 14: Bakım Verenin Sağlık Durumlarına Yönelik Özelliklerine Göre Toplam Sosyal Destek Puanı Dağılımı……106

Tablo -15: Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreçlerine Yönelik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Puan Dağılımı……108

Tablo- 16: Stres İndeksi Ölçeği Maddelerinin Dağılımı……113

Tablo- 17: Bakım Verenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stres İndeksleri……..115

Tablo- 18: Bakım Verenin Sağlık Durumlarına Yönelik Özelliklerine Göre Stres İndeksleri……..117

Tablo -19: Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreçlerine Yönelik Özelliklerine Göre Stres İndeksleri……119

Tablo-20: Bakım Verenlerin Sosyal Ağ Puanlarının Karşılaştırılması……124

Tablo-21: Bakım Yükü İle Stres Durumu Arasındaki İlişki……124

Tablo-22: Bakım Yükü ile Sosyal Ağ Puanları Arasındaki İlişki……125

Tablo-23: Bakım Yükü İle Alınan Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki……125

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Maslow'un hiyerarşik sıralamasında yalnızlık ilişkisi 16

Şekil-2: Evde bakım hizmeti multidisipliner ekibi.....23

Şekil-3: Bakım Verme Dinamikleri.....33

Şekil-4: Stresin neden ve sonuçları.....42

Şekil-5: Sosyal destek mekanizmaları.....45

Şekil-6: Sosyal ağ ve sosyal destek teorilerinin bakım verme ile ilişkisi.....51

Şekil-7: Bakım verenlerin bakım verdikleri yaşlı birey üzerindeki etkileri.....54

Şekil-8: Pearlin ve arkadaşlarına (1990) göre stres süreç modeli.....55

Şekil-9 : Stres süreç modeli.....58

Şekil-10: Stres süreç modeli doğrultusunda bakım verme sonucunda yaşanan tükenmişlik durumu.....59

BÖLÜM I

GİRİŞ

Yaşlılık, organizmanın iç ve dış uyarıcılara tepki göstermesi ile meydana gelen progresif kapasitesizleşme sürecidir (Kurt 2008). İnsanlar yaşlandıkça yaşamın anlamı, özellikleri ve biçimleri de değişmektedir (http://www.belgeler.com/blg/29j/yaslilik). Yaşlanmanın içerdiği fiziksel, psikolojik ve toplumsal değişimler, bir yandan da onlarla başa çıkabilmek için stratejilerin geliştirilmesini, uygulanmasını ve var olan stratejilerin de değiştirilmesini gerektirmektedir (http://www.belgeler.com/blg/29j/yaslilik). Yaşlıların bireysel yaşamı için önemli olan değişimler aynı zamanda onların aile ve toplum yaşamını da etkilemektedir (http://www.belgeler.com/blg/29j/yaslilik). Türkiye'de yaşlı nüfusun durumu incelendiğinde; 2009 yılı Türkiye İstatistik Kurumunun son güncellemesine göre Türkiye nüfusu 72.561.312'dir (TUİK 2009).

Yapılan demografik projeksiyonlarda Türkiye nüfusunun 2050 yılında yaklaşık 100 milyon olacağı hesaplanmaktadır ki bu durumda 65 yaş üzeri nüfus 2030 yılında toplam nüfusun %10.8'i 2040 yılında %13.6'sı ve 2050 yılında ise 17.3'ünü oluşturacaktır (http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1saglgiyeni16.7.2012.pdf). 2010 yılı için Türkiye'de yaşam beklentisi (süresi) kadınlarda, 76.5, erkeklerde 69.3 yıldır (http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1saglgiyeni16.7.2012.pdf).

Günümüzde, dünyada yaşlıların nüfus içinde yüzdesinin en fazla olduğu kıta, Avrupa (% 20) ve en az olduğu kıta ise % 5 ile Afrika'dır. 2050 yılına gelindiğinde, Avrupa'da yaşlı nüfus oranı % 37'e çıkarken Afrika'da % 10 olacağı tahmin edilmektedir (Mandıracıoğlu 2010).

Amerika'da beklenen yaşam süresi erkekler için 72.7, kadınlar için 79.6'dır. İngiltere'de 1996'da doğumda beklenen yaşam süresi erkekler için 74.6, kadınlar için 79.7 yıldır. Beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun da artması ile birlikte son yıllarda bazı toplumlarda "nüfus yaşlanması" olarak bilinen bir olguyla karşılaşılmaktadır. "Nüfus yaşlanması" ya da "demografik yaşlanma", bir toplulukta "yaşlı" olarak tanımlanan bireylerin oransal artış göstermesidir. Bir ülkenin yaşlı nüfusunun toplam nüfus içindeki oranının % 7'nin üzerinde olması o ülkenin yaşlı nüfus olduğunu düşündürür.

Bu oranın tüm dünyada ve ülkemizde giderek arttığı dikkati çekmektedir. Bu bağlamda, DSÖ, 21. yüzyılda herkes için sağlık hedeflerinden 5. hedefi "2020 yılına kadar 65 yaş üzerideki insanlar sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olmalı ve aktif sosyal rol oynayabilmelidirler" şeklinde belirlemiştir (Arpacı 2005).

Toplumlardaki bu demografik değişimler, sadece yaşlı bireyleri ilgilendiren bir sorun olmaktan çıkıp, toplumsal bir sorun haline gelmektedir. Geçmiş çağlarda yaşlanma ile sosyal statünün artması, toplumda veya ailede lider olmak için istenen bir durumdu, çünkü yaşlının aile içinde önemli bir statüsü vardı. Çağımızda ise sanayileşme, köyden kente göçün hızlanması, geniş ailenin yerini çekirdek aileye bırakması ve kadının giderek artan oranda çalışma yaşamına katılması evde yaşlının bakımını sorun haline getirmiştir. Ülkemizde yaşlılar yoksulluk, aile üyeleri ve arkadaşların kaybı, sosyal izolasyon, artan enflasyon karşısında sabit geliri yönetme zorluğu, fiziksel ve entelektüel fonksiyonun azalması, özsaygı ve kendi kendini yönetmenin göreceli olarak azalması gibi bir çok kompleks sorunla karşı karşıyadır (Bahar A., Parlar S. 2006). Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejilerinden (Sağlık 21) hedef 7.4'te "2020 yılına kadar, kendi kendine yeter ve toplumda aktif olarak yaşayabilen 70 ve üzeri yaştaki bireylerin oranını en az % 50 artırmak" olarak ifade edilmiştir (Arpacı 2005; http://www.eyh.gov.tr./upload/Node/8638/files/Yaslanma_Ulusal_Eylem_Plani.pdf).

Yaşlılar için uygun yaşam koşullarının sağlanması, bağımsız, katılımcı ve güven içerisinde kaliteli bir yaşam sürdürebilmesi için kronik hastalıkların önlenmesi, kontrol edilmesi, sağlık bakım hizmetlerinden rahatlıkla ve yeterince yararlanabilmesi gerekmektedir. Bu hedef doğrultusunda da yaşlı bireylerin sağlık, sosyal ve bakım hizmetlerinin karşılanması gerekmektedir. Yaşlının hastane veya sağlık bakım kuruluşlarında uzun süre bakılması yaşlı bireye, ailesine ve sağlık sistemine fiziksel, sosyal, psikolojik ve maddi yük getirmektedir. Günümüzde teknolojinin gelişmesi ile birlikte birçok sağlık hizmeti ev ortamında da verilebilmektedir. Buna ilave olarak, birçok yaşlı birey ve ailesi kendi ev ortamlarında bakım hizmeti almayı tercih etmektedir. Tüm bu faktörler yaşlıların ev ortamında bakımını gündeme getirmiştir (Öztop ve ark, 2008; Karahan A., Güven S. 2002). Evde bakım hizmetleri, sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bîr bölümünü kapsamaktadır. Evde bakımın en basit tanımı "bireylerin bakım gereksinimlerinin ev ortamında karşılanması" dır. Bu hizmetler, temel günlük yaşam aktivitelerine destek veya tıbbi, hemşirelik ve sosyal bakım gereksinimlerinin bireylere, ev ortamında sunulan sağlık bakım hizmetleridir. Genel olarak, evde bakım bireyin ev ortamında bulunmak istemesine rağmen aile ya da arkadaşları tarafından etkin ya da kolay bir şekilde sağlanılamayan bakım gereksinimlerini içermektedir. Evde bakım hizmetleri, hasta ve ailelerinin tıbbi ve bireysel gereksinimlerini günlük olarak karşılamak için resmi veya gayri resmi bakım veren kişiler tarafından verilmektedir. Gayri resmi bakım verenler genellikle aile üyeleri ya da ödeme yapılmayan diğer yakınlarıdır (Karahan A., Güven S. 2002).

Resmi bakım verenler ise evde sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek gruplarından oluşmaktadır. Evde bakım hizmeti yaşlıların kendi evlerinde ya da çevrelerinde bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlayarak yaşam kalitesini artırmayı

amaçlamaktadır. Dolayısıyla evde bakım hizmetleri sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır (Karahan ve Güven, 2002).

Türkiye'de sosyokültürel yapı itibariyle yaşlı bireylerin evde bakımı anlayışının yaygındır. Modernleşme ve kentleşme sosyal süreçlerinin etkisiyle; huzurevi gibi kuruluşların sayısının arttığı görülse de aile yanında bakım anlayışı gerek yaşlılar gerekse yetişkin evlatlar tarafından kabul gören bir durumdur. Ancak özellikle sağlığı bozulmuş ileri yaştaki yaşlıların bakımının yalnızca çocukları tarafından yapılması yetişkin bireyin sosyopsikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir(Öztop ve arkadaşları 2008). Literatürde "manevi yük" olarak kuramsallaştırılan bu durum, yetişkin evladın işine, eşine, çocuklarına ve kendisine ayırabileceği zamanın yeterli olmamasına neden olmaktadır. Evli yetişkin evlatlarda bu duruma daha sık rastlanmakta ve sorun tüm sosyoekonomik düzeylerde yaşanmaktadır (Öztop ve arkadaşları 2008). Kentlerde yaşam koşullarına bağlı olarak yaşlılar, ailelere "yük" olmaya başlamış, ekonomik koşulları kötü olan ailelerde bu durum daha da belirgin hale gelmiştir. Yaşlıya bakım vermekte olan aile üyesi işe gidememekte bu da aile ekonomisine zarar vermektedir. Yaşlı bakımı için kullanılan malzemelerin bir kısmının devlet bütçesince karşılanmaması ekonomik yükü arttırmaktadır. Aile için "yük" olarak nitelendirilen yaşlı ve yaşlının bakımı aile içinde çeşitli sorunlara neden olabilmektedir. Günümüzde gelişmiş birçok ülkenin yaşlı nüfusun bakım maliyetini karşılamakta zorlandığı; gelişmekte olan ülkelerin ise sosyal hizmet alt yapılarının bulunmaması, ekonomik ve aile yapısındaki değişiklikler nedeniyle gelişmiş ülkelerden daha büyük sorunlarla karşılaşılacağı belirtilmektedir (Öztop ve ark, 2008; Arpacı, 2009).

Yaşlı bireyin evde bakımı bir taraftan sorun çözerken, diğer taraftan bakım veren yetişkin için başka sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşlıya sunulan bakım hizmetinin kaliteli olabilmesi için bakım verenin de yaşam kalitesinin arttırılması

gerekmektedir. Yaşlı bireyin, bakımdan birinci derecede sorumlu olan bireyin ve tüm aile bireylerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bakım verenlere de destek sağlanması için bütüncül bakım anlayışı ile ele alınması gerekmektedir(Alptekin 2008).

Bu bütüncül bakım anlayışı içerisinde multidisipliner bir ekip tarafından bakım veren aile üyelerinin yaşlılığı algılayışları, yaşlıdaki fiziksel, ruhsal, vb değişikliklerin farkındalıkları kronik hastalık/semptom yönetimi, bakım verme sırasında yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi, sağlık ve sosyal destek gereksinimlerinin belirlenerek, aile üyeleri/bakım verenlere de fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi hizmetlerin sunulması gerekmektedir.

Bu bağlamda, yaşlıya sunulan bakım hizmetlerinin yanı sıra aile üyeleri/bakım verenlerin gereksinimlerini de karşılayabilecek yeni hizmet modellerinin geliştirilmesi ve profesyonel destek sunabilecek multidisipliner ekiplerin de oluşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Hablemitoğlu 2010).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın temel amacı; yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım yükünün, sosyal destek, stres durumu ve sosyal ağ desteği üzerine etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Yaşlı bireye bakım verenlerin bakım verme yükü ile aldıkları sosyal destek düzeyi arasında bir ilişki vardır.

H2: Yaşlı bireye bakım veren bireylerin bakım verme yükü ile stress durumları arasında bir ilişki vardır.

H3: Yaşlı bireye bakım verenlerin bakım verme yükü ile aldıkları sosyal ağ desteği arasında bir ilişki vardır.

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Nüfusun yaşlanması önemli birçok toplumsal sorunu da beraberinde getirmektedir. Teknolojik gelişmelerin yaşam koşullarına olumlu katkıları, sağlık hizmetlerindeki nitelikli gelişmeler, toplumun eğitim düzeyinin yükselmesinin olumlu etkileri ile yaşlı nüfusun

genel nüfusa oranı artmış, bu durum toplumlarda yeni sorunları ortaya çıkarmıştır. Özellikle emeklilikle birlikte ortaya çıkan sosyo-ekonomik koşullar yaşlıları olumsuz etkilemektedir (Öztop ve arkadaşları 2008).

Yaşlılık döneminde yaşanan en önemli sosyal sorunlardan birisi yaşlıların bakımıdır. Her ne kadar 65 yaş ve üzerindeki her yaşlı hasta ve bakıma muhtaç olmasa da hastalanma riski ve fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yardıma ihtiyaç duyma olasılığı artmaktadır. Yaş ilerledikçe özellikle de 75 yaş ve üzerindeki yaşlılarda kronik hastalıklar ve sakatlıkların görülme sıklığının arttığı ve bu bireylerin ev idaresi, temizlik, alış-veriş, yemek, banyo, tuvalet gibi günlük yaşam aktivitelerinin birini ya da birkaçını yerine getirmede zorlandıkları, başkalarına muhtaç ve bağımlı hale geldikleri belirtilmektedir (Öztop ve arkadaşları 2008).

Bu dönemde görülen fonksiyonel ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle yaşlı bireyler ve aileleri toplumsal bakım alternatifleri arasından birini seçme ile karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlıların bakımları ya kurumlar ya da aile ve akrabalar tarafından gerçekleştirilmektedir. Genellikle toplumsal bakım kaynakları; gayri resmi ücretli (bireyin sahip olduğu ekonomik kaynaklardan bireysel bakım için ödeme yaparak alınan ücretli bakım hizmeti), gayri resmi ücretsiz (eş, yetişkin çocuklar-genellikle kız çocuklar, hane halkı dışında yaşayan bir akraba-genellikle kız kardeş, arkadaş ya da komşular-yakın çevre) ve resmi ücretli (refah ve sağlık hizmetleri sağlayan kent kurumları, kent hizmeti olarak inşa edilmiş kurumlardan yararlanmak) olarak sınıflandırılmaktadır. Yaşlıların evde bakım konusunda aldığı toplumsal destek, yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir. Sağlıklı olma, bireysel kaynaklar yanında yakınlarla ilişkiler, komşuluk ilişkileri, arkadaşlık gibi toplumsal kaynaklar yaşlılık da duygusal destek ve güç sağlayarak bireyin yaşam kalitesini yükseltmektedir (Öztop ve arkadaşları 2008).

Aile ortamında yaşlı bakımı genellikle yaşlı bireyin eşi ve çocukları üzerinde odaklanmakta, yaşlıların bakımından birincil olarak eşler, kız çocukları, gelinler olarak kadınlar sorumlu tutulmaktadır. Kadının üstlendiği sorumluluklara bir de yaşlı bakımı eklendiğinde, kadınlar fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Gelir getiren bir işte çalışmama, çalışması durumunda iş ortamında geciken terfiler ve düşük ücretler nedeniyle bakım veren kadınlar, ilerleyen yıllarda, düşük emekli maaşları ile ekonomik zorluklar yaşamaktadır. Özellikle yaşlı bireyin bakımı nedeniyle işlerinden ayrılan ve gelecekle ilgili planlarından sorumlu tutarak öfke duyabilmektedir. Kadınlar, aynı zamanda iş ve ev ortamında dengeleri sağlamak için fiziksel ve ruhsal yönden stres altındadır. Özellikle hem çocuk hem de yaşlı bakımı sorumluluğu alan kadınlar için durum oldukça zordur. Yaşlı bireye bakım veren kadınlar hem çocuklarının hem de yaşlı bireyin bakım yükünü çekerken zaman içinde kendi yaşlanma deneyimlerini yaşamakta, bu dönemin sorunları ve hastalıkları ile mücadele etmekte, kendisinin de bakıma ve desteğe ihtiyacı olabilmektedir. Bakıma muhtaç yaşlısına rağmen çalışmak zorunda olan eşlere yeterince toplumsal desteğin sağlanmaması halinde, ailenin bütünlüğü de tehlikeye girmektedir. Ekonomik, psikolojik ve sosyal baskıların arttığı bu gibi kriz durumlarının üstesinden gelemeyen eşlerin arası açılarak ailede çatışmalar ortaya çıkmakta bu durumdan en çok çocuklar ve kadınlar, fiziksel ve psikolojik olarak zarar görebilmektedir. Bu koşullarda yaşlı bireye bakım vermek ise birçok olumsuzluğa neden olabilmektedir. Sağlıksız aile ortamında yetişen çocukların geleceğini de tehlikeye sokan, diğer taraftan eşleri bunalıma sürükleyen bu durumların ortaya çıkmasına engel olabilecek önlemlerin alınması ile gelecekte ailelerin dolayısıyla da toplumun daha sağlıklı olması sağlanabilir (Öztop ve ark, 2008; Karahan ve Güven, 2002).

Bu çalışmadan elde edilecek bulgular doğrultusunda yaşlı bireylere bakım veren bireyler ve ailelerinin bakım yükü ve algıladıkları stresinin değerlendirilmesi, bakım

yükünün ve stresin sosyal destek, sosyal ağlar vb baş etme yöntemleri azaltılması amaçlanmaktadır. Yaşlı bireyin, bakımdan birinci derecede sorumlu olan bireyin ve tüm aile bireylerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, aileye destek sağlayacak evde bakım hizmetlerinin kurumsallaşması ve yaygınlaştırılması ile mümkündür.

Bu bilgilerin ışığında bu çalışma;

-Evde bakım konusunda yeni yeni çalışmaların başladığı ülkemizde, bakım verenlerin bakım verme yükünün azaltılması

- Hastanede kalış süresinin kısaltılması ve evde bakım veren bireyin bakım verdiği süreçte tükenmişlik yaşamaması için önemlidir.

1.4. TANIMLAMALAR

Evde Bakım

Evde bakım; aile ilişkileri kapsamında kronik şekilde hasta veya fonksiyonel düzeyde sakat olan bir yaşlı aile üyesine, eşe, arkadaşa veya komşuya bir hastalık veya fonksiyonel bozukluğa cevaben sağlanan geniş çaplı ücretsiz bakım hizmetlerine verilen genel addır (Capezuti ve Zwicker 2008).

İnformal Bakıcılık

İnformal bakıcılık aile üyeleri, arkadaşlar, komşular ve/veya dinsel ya da başka türlü bir topluluğun üyeleri tarafından sağlanan profesyonel niteliğe sahip olmayan tüm bakım hizmetlerini kapsayan bir terimdir. Aile üyeleri ve diğer yakınlara ilaveten, arkadaşlar, komşular veya inançsal bir topluluğun üyeleri de bakım hizmeti sağlayabilmektedir (Capezuti ve Zwicker 2008).

Stres

İç ve/veya dış çevreden kaynaklanan vücudun dengesini bozan ya da tehdit eden; organizmada gözlenebilir değişikliklere neden olan olaylardır (www.acilveilkyardim.com).

Stresör

Strese neden olan etken, stres olgusunu artıran etken, organizmanın uyumunu gerektiren durumlardır (www.acilveilkyardim.com).

Bakım Yükü

Bakım yükü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal reaksiyonları ifade etmede kullanılır (Atagün ve arkadaşları 2011).

Sosyal destek

Bireylerin ilişkide bulunduğu kişilerin sayısından çok, sırlarını paylaşabileceği, güven duyduğu ve kendisi açısından önemli gördüğü kişiyle kurduğu yakın bağdır (Annak 2005).

Sosyal ağ

Bireylerin ilişkide bulunduğu kişilerin sayısından çok, yakın, anlamlı, önemli ilişkilerde bulunduğu insanlar arasındaki özel bağdır (Annak 2005).

1.5. GENEL BİLGİLER

1.5.1. Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili tanımlamalar

Yaşlılık, 65 yaş ve sonrası esas alınarak normal yaşam çevriminin son evresi olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık bir hastalık değildir. Organ sistemlerinde meydana fizyolojik değişiklikler sonucu oluşan yaşlanma ile hastalıklara bağlı bulgular ayırt edilmelidir (Pınar 2010).

Bireyin saçlarının beyazlaşması ya da dökülmesi, cildin kırışması 'yaşlanma' olarak algılanmamalıdır. Gerçekte birey çevresine uyum göstermekte artık zorlanıyor ise yaşlanıyor demektir (Hablemitoğlu 2010).

Yaşlanma sürecinde önemli bireysel farklılıklar olabilmektedir. Yaşlılığın sadece kronolojik yaş ile değerlendirilmemelidir. Yaşlanma sürecini etkileyen bireysel farklılıkların olması yaşlılığa bireysel ve biyolojik yaşlanma boyutlarını getirmiştir. Biyolojik yaşlanmada doku ve hücrelerde histolojik değişiklikler ve organlarda fonksiyon azalması söz konusudur. Bireysel yaşlanmada kalıtım, yaşam biçimi, yapılan iş, beslenme alışkanlıkları, kişisel özellikler ve geçirilen hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarda belirgin yetersizliklerin ortaya çıkmasıyla günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe söz konusudur (Arpacı 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-1998) yaşlılıkla ilgili raporunda 65 yaşı yaşlılığın başlangıcı olarak bildirmektedir. Yaşlılık ile ilgili oranlara bakıldığında; Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 65 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfus içindeki oranının 2030 yılına kadar 65- 69 milyon, 2050 yılında ise 80 milyon olacağı tahmin edilmekte ve 2020 yılında Hollanda'da bu oranın %22'ye ulaşacağı bildirilmektedir (Bahar A., Parlar S. 2006). Avusturya'da %15.4, Almanya'da %16.2, Japonya'da %26.7, ve 2025 yılında ise Avusturya'da %21.5, Almanya'da %23.4, Japonya'da %26.7 ve ABD'de %20'ye

yükseleceği belirtilmektedir (Alptekin 2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008) verilerine göre, ülkemizdeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı %7.0'dir.

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

1. *Genç toplumlar*: 65 yaş üzeri nüfus % 4'den azdır,

2. *Erişkin toplumlar*: 65 yaş üzeri nüfus % 4-7 arasındadır,

3. *Yaşlı toplumlar*: 65 yaş üzeri nüfus % 7-10 arasındadır,

4. *Çok yaşlı toplumlar*: 65 yaş ve üzeri nüfus % 10 üzerindedir (Alptekin 2008, Arpacı 2005).

Dünya Sağlık Örgütü'nün gelecekte üstesinden gelmesi gereken en önemli sorunlardan birisi de yaşlanan dünya nüfusunun sorunlarıdır. İstatistikler, 2050 yılına ulaşıldığında her beş kişiden birinin 65 yaşın üzerinde olacağını ve ileri yaş grubunun 1.5 milyar kişiye ulaşacağını göstermektedir (MEB 2008).

1.5.2. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik ve fizyopatolojik değişiklikler

Genel olarak 50 yaşından sonra birçok insanın bedensel fonksiyonlarında azalma yönünde değişimler olur. Bu değişimlerden (görme kalitesinin azalması gibi) bazıları çok belirgin iken, (böbrek fonksiyonlarının azalması gibi) bazılarının fark edilmesi oldukça zordur. Yaşlanan bedende organ sistemlerinde meydana gelen değişikliklerin ne zaman fizyolojik ne zaman hastalık olduğunun ayırt edilebilmesi önemlidir (www.genbilim.com).

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak bir çok kronik hastalığın görülme riski ve buna bağlı olarak yaşlıların bakım gereksinimleri artmaktadır (Karadakovan 2005).

Herhangi bir sağlık kurumunda kalmayan yaşlılarda bir veya birden fazla kronik hastalığın olması nedeniyle gelişen sorunlar; işitme ve görme sorunları, malnütrisyon, uyku bozukluğu, yanlış ilaç kullanımı, alkol ve ilaç bağımlılığı, kronik ağrılar, diş sorunlarıdır (Akyol 1996).

1.5.3. Yaşlılıkta Sosyal ve Psikolojik Değişimler

Yaşlanmak her canlının yaşantısının bir parçası olan doğal bir süreçtir. Yalnızca, insanlar değil, toplumlar ve dünya da yaşlanmaktadır (MEB 2008). Yaşlanmanın içerdiği fiziksel değişmeler, beraberinde psikolojik ve sosyal değişimlere de neden olmaktadır. Bireyler yaşlandıkça daha az çalışmakta, üretmekte ve kazanmaktadır(MEB 2008). Diğer taraftan, yaşlılığın, bireyin emekliliğini de yaşadığı bir dönem olduğu söylenebilir. Yaşlı insanlar açısından değerlendirildiğinde emeklik, kişiyi hazırlıklı veya hazırlıksız bir rol değişikliği ile karşı karşıya getirebilir. Yaşlı birey emekliliğe hazırlanmamış ise kendisini boşlukta hissetme, maddi sorunlar yaşama ve çevreyle olan iletişimini kesme veya iç dünyasına kapanma gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilir (Er 2009).

Emeklilik sonrası gelir düzeyindeki düşüş, makineleşmenin ve hızlı nüfus artışının yol açtığı istihdam sıkıntısı, ortaya çıkan sağlık problemleri nedeniyle çalışma yaşamından uzaklaşma, hayat pahalılığı vb. nedenlerle yaşlılık döneminde ekonomik sıkıntılar ve yoksullukla karşılaşılabilmektedir. Azalan gelire uyum sağlayamama, daha önceki yaşam koşullarına uygun yaşayamamanın verdiği sosyal ve psikolojik baskı, sağlık, beslenme gibi alanlara yapılan harcamaların artması, yetmeyen gelir nedeniyle yakınlarından maddi yardım alma ve yakınlarına yük olmanın getirdiği psikolojik baskılar, çoğunlukla yaşlı nüfusun karşılaştığı problemlerdir (MEB 2008).

Yaşlılık, bireyin toplum içinde etkili rollerini ve fonksiyonlarını kaybetmesine neden olmaktadır. Emeklilik ve beraberinde ortaya çıkan gelir azalması yaşlı bireyin toplumsal statüsünü düşürmektedir. Bu durum yaşlının topluma uyum sürecinde çeşitli sorunlar yaşamasına ve yalnızlaşmasına neden olmaktadır (MEB 2008).

Yalnızlık ve sosyal destek: Yalnızlık, farklı toplumlarda birçok yaşlının yaşadığı problemlerin başında gelmektedir. Bu da kişinin psikolojisinin bozulmasına neden olmaktadır. Bunun için yaşlılara yalnızlık hissini giderecek uygun iş imkanları sağlanmalı ve bunların sürdürülebilir olmasına özen gösterilmelidir. Yaşlıların üretkenliğinin

sağlanması ve uğraş edinmeleri sağlanmalıdır. Aktivite ve uğraşılar yaşlı bireyin sosyalleşmesini sağlamakla kalmayıp meşguliyet terapisi de sağlayacaktır (MEB 2008). Aynı zamanda torunlarının bakımına da katılmaları da yaşlıların değersizlik ve işe yaramama gibi duygularla baş etmelerine de yardımcı olmaktadır. Torunlarını okula götürüp getirme, oyun parkına gitme gibi aktivitelerle yaşlılar hem yürüyüş yapmakta hem de torunlarıyla zaman geçirmektedir. Yaşam boyunca "varlığını anlamlı kılmayı" ilke edinen bir birey, gerek yetişkinlik gerekse yaşlılık döneminde yaşamın ne anlama geldiğini bilerek yaşayacaktır(MEB 2008).

Yaşamı anlamlı kılmak, sosyal açıdan yararlı işlerle uğraşmak, çevresindeki insanlara örnek ve öğretici olmak biçiminde değerlendirilebilir. Diğer bir ifade ile "yaşamı anlamlandırmak" bireyin ahlaki ölçülerde aklını kullanmasıdır. Yaşamı anlamlı kılmanın yollarından biri de "bir işe yaramak" ve "bir işi başarmak" konusunda etkili olmaktır. İnsanlarla olan ilişkilerde bireylerin iletişimi, karşılıklı olarak hem kendini hem de başkalarını memnun edecek düzeyde olmalıdır. Yaşlı birey de, yaptığı işten keyif almalıdır. Bu bağlamda yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerini, henüz yaşlılık dönemine gelmeden önce düzenlemesi gerekmektedir. Bireylerin her zaman bir başkasının sohbetine, iletişimine ihtiyacı vardır. Bu ihtiyaç yaşlılık döneminde giderek daha da çok artmaktadır. Buna ilave olarak, kendisine ihtiyaçlarının bulunduğunu hissetmesi de yaşlıyı yaşama bağlayan ve onu aktif kılan nedenlerdendir. Yaşlının (anneanne-babaanne) torunu ile iletişim kurması onun yaşamla bağını arttırır ve sosyal anlamda yaşlı bireyin yaşam kalitesini yükseltir (MEB 2008).

Tufan tarafından TÜBİTAK'ın sağladığı olanaklara yedi bölgede 5 yıl sürecek olan, 3500 yaşlının katıldığı Türkiye Birinci Gerontoloji Atlası (GeroAtlas) araştırmasının birinci yılında elde edilen bulgulara göre, ülkemizde yaşlıların %38'inin geleceğe umutsuzlukla bakmakta olduğunu ve en çok yalnızlıktan şikayet ettiğini, bu yaşlıların

%55'inin çevreden soyutlandığını ve %42'sinin ölmek istediğini belirlemiştir (Tufan, 2006).

Yaşlılık ve sosyal izolasyon: Yaşlı insan izole olduğu zaman kendini hasta olarak görme eğilimine girer. Zaman zaman bu rolü; onun gerçekte hasta olduğu durumlarda bakımını güçleştirir. Sosyal izolasyon çeşitli şekillerde görülür. Bunlar;

1. Tutumsal izolasyon
2. Görünümsel izolasyon
3. Davranışsal izolasyon
4. Coğrafi izolasyon şeklindedir (Fadıloğlu 1992).

Bazı yaşlılar bunlardan birini yaşarken, bazıları ise hepsinden etkilenmektedir. Maslow'un hiyerarşik sıralamasında yalnızlık ilişkisi şekil 1'de verilmiştir.

Tutumsal izolasyon: Bireysel ya da kültürel değerler nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Değişimin çok hızlandığı sanayi topluluklarında 65 yaşına gelmiş bir bireyin kendi gençliğinden çok farklı ahlaki değerlere, beklentilere rol tanımlamalarına uyumu güçleşmektedir. Bir çok yaşlı 'değişime direnme' tepkisini sürdürürken bir bölümü de 'değişimi kabul etme' eğilimine girerler ve bunun sonucunda bilinçli olarak edilgen kalırlar (Fadıloğlu 1992).

Görünümsel izolasyon: Yaşlının görünümündeki değişiklikler yaşlıda; çekiciliklerini yitirmenin yanısıra çevresindekilerin kendiden tiksineceği duygusuna neden olabilmektedir. Görünümsel izolasyonu destekleyici faktörler:

- Vücut imajı

-Hijyenik durum

-Hastalıklara ilişkin görünen belirtiler

-Fonksiyonel kayıplardır (Fadıloğlu 1992).

Birey bu faktörlere bağlı olarak: Diğer bireylerce kabul görmez ya da kendi; bilinçli olarak az etkileşime girer (Fadıloğlu 1992).

Davranışsal izolasyon: Bireyin kabul edilmeyen davranışları sonucu ortaya çıkar. Tüm yaş grupları ile özellikle diğer erişkinler ile sosyal yönden kabul edilmeyen davranışları, yaşlının diğer insanlardan uzaklaşmasına neden olamaktadır (Fadıloğlu 1992).

Yaşlının davranışsal izolasyonuna eşlik eden durumlar genellikle:

-Konfüzyon

-Organik beyin sendromuna ilişkin davranış

-Alkolizm

-Tuhaflık

-İnkontinansı içermektedir (Fadıloğlu 1992).

Coğrafi izolasyon: 1. Aileden uzaklık

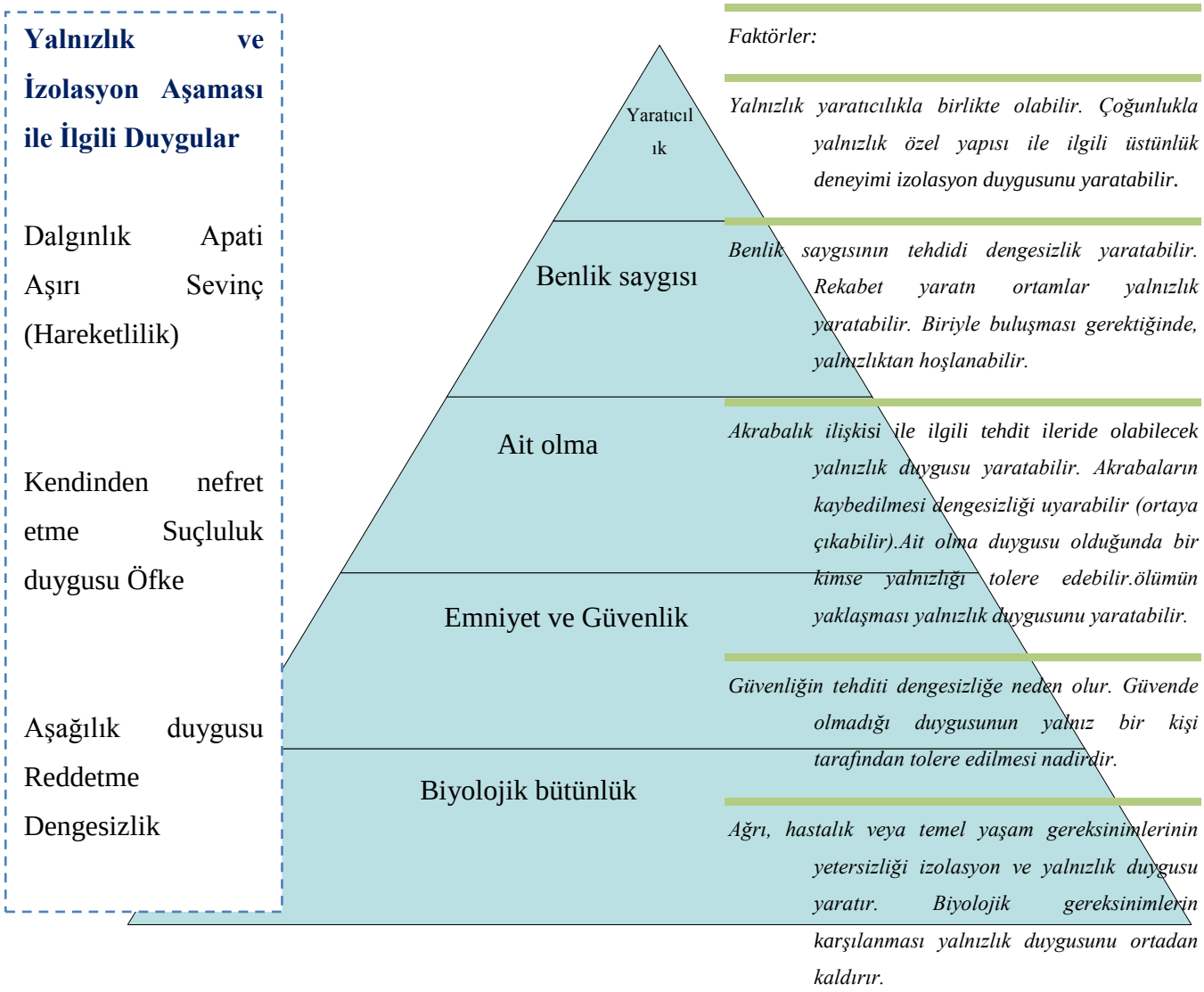
2. Kentlerde suç oranının artması

3. Kurumda kalma engeli (Fadıloğlu 1992).

Aileden uzaklık denilince tek başına; uzak bölgede yaşamanın etkili olduğunu savunmak gerçekçi olmaz. Çağdaş yaşamın artık günümüz insanını parçaladığını görmekteyiz. Boş zamanın çeşitli nedenler ile kısıtlı olması; aile ilişkilerinin gevşemesine neden olabilmektedir (Fadıloğlu 1992).

Ciddi sağlık sorunları, ziyaret, özel günler, bayramlar dışında aranmayan yaşlılar sosyal bir izolasyon yaşamaktadırlar. Bunun sonucu olarak yaşlı; topluma yabancılaşmakta ve biyolojik bütünlüğü, emniyet ve güveni, ait olma duygusu, benlik saygısı ve yaratıcılığı etkilenmektedir (Fadıloğlu 1992).

Şekil 1: Maslow'un hiyerarşik sıralamasında yalnızlık ilişkisi



Kaynak: Fadıloğlu 1992.

1.5.4. Yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları ve hastalıklar

Normal yaşlanma sürecinde, zamana bağlı olarak ortaya ç›kan değişiklikler, normal koşullar altında fonksiyon kaybına neden olmaz, ancak organ sistemlerinin rezervlerinde ve homeostatik kontrolde bir azalma söz konusudur (Özkayar, Arıoğul 2007). Birey homeostasisini ne kadar çabuk ve uzun süre koruyabilirse, o kadar sağlıklıdır denilebilir (Akın 2006).

Yaşlılar gençlere göre daha sık hastalanmaktadır. Bu durum yaşlıları hem maddi hem manevi boyutta etkilemektedir. Yaşlı bireylerde sağlık sorunlarının gelişiminde genetik ve ailesel özellikler önem taşımaktadır. Buna ilave olarak, çevresel etmenler, özellikle beslenme ve egzersiz alışkanlığı ve ilaç kullanımı da son derece etkilidir.

Yaşlılarda görülen sağlık sorunları genellikle ciddi olan ve öldürücülük düzeyi üksek olan hastalıklardır. Bu hastalıkların görülme sıklığı yaş ilerledikçe artış göstermektedir. Bu nedenle yaşlılarda ölüm olasılığı da genç yaşlara göre yüksektir. Mortalite hızları yaş ilerledikçe artmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde çocuk sayısı az ve yaşlı nüfus fazla olduğundan, toplumda gözlenen ölümlerin büyük bölümü ileri yaşlarda meydana gelen ölümlerdir.

Yaşlılar değişen koşullara adaptasyon güçlüğü, bağışıklığın azalması ve stres nedeniyle daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorunla karşılaşmakta, çoğu kez birkaç sağlık problemiyle baş etmeye çalışmaktadır. Sonuç olarak, sağlık merkezlerine daha fazla başvurmakta ve daha uzun süre hastanede yatırılmaktadır (Tiftik, Kayış, İnanır 2012).

Yaşlılar arasında sağlık sorunları olanları oldukça fazla olmakla birlikte, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları bakımından bazı güçlükler vardır. Bu güçlüklerin bir bölümü yaşlı bireyin kendisinden kaynaklanan sorunlardır. Diğer sorunlar ise yaşlı bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin iyi organize olamayışından kaynaklanmaktadır. Özellikle hastanelere ulaşım, kayıt işlemleri yaşlı bireyleri ve bakım verenleri zorlamaktadır. Son 30 yıllık değerlendirmede akciğer enfeksiyonu yerine iskemik kalp hastalığı ilk sırada görülmektedir. Yaşlanan nüfus ile beraber kronik hastalıklarda artış görülmekte ve hastalık yükü ile beraber ekonomik yükte de değişikliklere neden olmaktadır.

1.5.5. Yaşlı Bireylerle İletişim

Yaşlı bireyler topluma uyum sağlamakta zorlanırlar. Zamanla yoğun ilişkileri azalır hatta tamamen bitebilir. Daha genç olan bireyler yeni ilişkileri daha kolay kurabilirken, yaşlı bireyler yeni ilişkiler kurmakta zorlanırlar. Bu durum bazı çalışmacılar tarafından "toplumsal aktivitenin azalması" dahası "toplumsal izolasyon" şeklinde tanımlanır.

Toplumsal ilişkilerdeki değişimlerin araştırılmasına, "üç kuşağı bir arada barındıran ailenin" giderek kaybolması ve aile ilişkilerinin zayıflaması sonucu izole çekirdek ailenin (karı-koca ve evlenmemiş çocuklardan oluşan) ortaya çıkması yol açmıştır. Bu değişim Parsons'a göre "yaşlıların önemli toplumsal strüktürlerdeki ve ilgi alanlarındaki paylarının giderek düşmesi sonucu izole olmalarına" neden olmaktadır (www.pdrciyiz.biz).

Özellikle yaşlanma sürecinde işitme sorunlarıyla karşılaşan yaşlı bireyin iletişim süreci sekteye uğramaktadır. Serebrovasküler hastalığı olan yaşlı bireylerde ise konuşma engeli nedeniyle iletişim süreci bozulmaktadır. Bakım veren bireylerde bu durum bakım verme yükünü etkilemektedir.

Her kuşak kendi birikimi, kültürü ve yaşadığı tarihsel olaylarla paylaşımını sınırlandırmıştır. Bu grup kendi içinde iletişim kurmakta ve zaman ilerledikçe genç ve yaşlı kuşakta kopukluklar oluşmaya başlamıştır. Nesiller arası sağlıksız iletişim sonucunda toplumsal bütünlük yerini kimsenin birbirini dinlemediği herkesin kendini dar bir kişisel alana mahkûm ettiği toplumsal bölünmüşlüğe bırakmıştır (http://blog.milliyet.com.tr).

1.6. TÜRKİYE'DE YAŞLIYA BAKIM VERME DURUMU

Toplumumuzun tarihine bakıldığında, yuva kurmanın değeri, aile bütünlüğü ve yaşlılara ihtimamın önemli bir yer tuttuğu, eski Türklerde atanın-kadın ya da erkek- daima korunduğu anlaşılmaktadır. Cumhuriyet döneminden itibaren Türkiye'de toplum ve aile yaşamında hızlı ve önemli değişimler olmuştur. Hızlı değişmeler toplumsal kurumları, davranış ve değerleri değiştirmiş, ailedeki değişimler yaşlının statüsünü ve fonksiyonlarını etkilemiştir. Türkiye'de aile yapısı değişirken, ailenin fonksiyonları aynı yönde

değişmemiştir. Bir yandan geniş aileden çekirdek aileler ayrılmış, öte yandan fonksiyonel açıdan aile ve akrabalık sistemi oluşmuştur. Sonuç olarak Türkiye'de hala aile kurumu ve aile bağları bulunmakta, bütün olumsuzluklara rağmen aile direnmektedir. Nesiller arasında sevgi ve saygıya dayalı bir uyum vardır. Aileler yaşlıların bakımını bir zorunluluk olarak ele almamakta yaşlı bakımını aile içinde yerine getirdikleri sorumluluklardan biri olarak görmektedirler. Gerek kır ve gerekse kentte aileler ayrı hanelerde otursalar da, akrabalar arasından karşılıklı yardım ve destek beklenmektedir. Maddi desteğin yanında çocuk bakımında ana-babadan yardım istenmekte, yaşlı ana babanın bakım ve geçim sorumluluğu ise yetişkin çocuklara düşmektedir (http://www.yaslilikplatformu.com).

Türkiye'de ev ortamında bakılan yaşlılara profesyonel anlamda sağlık bakım desteği sağlanamadığı için, gerek bakıma muhtaç yaşlılar, gerekse onlara bakan aile üyeleri veya yakınları bakım sorunu ile baş başa kalmaktadır. Yoğun ve zahmetli bakımın yol açtığı stres neticesinde bazen aile içi gerginlikler de gün ışığına çıkabilmektedir. Zaten yeterince profesyonelce yapılmayan bakımın niteliği de bu yüzden daha da zedelenmektedir (http://www.yaslilikplatformu.com).

Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşlı bireye bakım vermenin bakım verenlerin fiziksel sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Özellikle uyku bozuklukları, gastrointestinal rahatsızlık ve baş ağrısı gibi daha çok stres bağlantılı şikayetleri içermektedir. Bu da bakım veren bireylerin yaşlı bakımından fiziksel olarak zorlandıklarını, bu zorlanmalara bağlı ruhsal sorunlar (ilgi kaybı, yaşam enerjisi kaybı, ciddi depresyonlar) yaşadıklarını ve bu sorunlarla etkisiz baş etmeye bağlı fiziksel sağlıklarında da etkilenme olduğunu göstermektedir .

Geleneksel aile içinde saygın bir yeri, otoritesi olan yaşlının; aile dışında bir bakım biçimi olan huzurevine yerleştirilmesi -özellikle- yaşlı açısından kolayca kabul edilememektedir. Toplumdaki statüsünü yitirmek ve evinde alıştığı yaşamdan vazgeçmek

yaşlı için zordur. Yaşlı için evi; bildiği, hâkim olduğu, kendini güvende ve özgür hissettiği, anılarıyla beraber olduğu bir ortam iken huzurevi ise; çevre denetimini göreli olarak yitirdiği, ilk kez karşılaştığı farklı kültürlerden gelmiş insanlarla birlikte yaşamak zorunda olduğu yeni bir ortamdır. Huzurevi ortamında yaşlının ortak kullanım alanlarını diğer yaşlılarla paylaşması birçok soruna yol açmaktadır. Statü kaybına uğradığını düşünen yaşlı; kuruluşa kabul sonrası değişik savunma mekanizmaları geliştirerek farklı davranışlar geliştirmektedir (http://www.yaslilikplatformu.com).

1.7. DÜNYA'DA YAŞLIYA BAKIM VERME DURUMU

Dünyanın nüfusu bir yandan artarken, nüfus bir yandan da yaşlanmaktadır, yani yaşlı nüfus oranı zaman içinde artmaktadır. Yaşlı nüfusun artışında doğumların azalmasının önemli etkisi vardır. Sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler, hastalıkların önlenmesi, gelişmiş tanı ve etkin tedavi olanakları ile erken dönemde tedavinin sağlanması ölüm hızını azaltmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler sonucunda da toplam nüfus içinde 65 yaş ve üzerindeki nüfus oranı artmıştır. Gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi 80'li yaşlara kadar uzamıştır. Yapılan projeksiyon çalışmaları bu artışın gelecekte daha fazla olacağını göstermektedir (Akdemir ve Akyar, 2009).

Bugün için yaşlı nüfusunun en yüksek olduğu ülkeler Avrupa ülkeleridir. Bu ülkelerde yaşlı nüfusunun toplam nüfus içindeki payı yüzde 10'nun üzerindedir. Diğer bir ifadeyle bu ülkelerde yaşayan her 8-9 kişiden biri 65 yaşın üzerindedir. Afrika ülkelerinde ise 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı yüzde 5'in altındadır. Ancak önümüzdeki yıllarda Afrika bölgesi ülkelerinde yaşlı nüfus oranında önemli bir artış beklenmezken, özellikle Güney Amerika, Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgesi ülkelerinde yaşlı nüfus artışının oldukça büyük olacağı tahmin edilmektedir. Halen dünyadaki yaşlı nüfus oranının en fazla olduğu ülke İtalya'dır. Bu ülkede nüfusun %18.1 'i

65 yaş ve üzeri yaştadır. Yaşlı nüfus orantısı bakımından İtalya'yı İsveç, Japonya ve Yunanistan izlemektedir (Arıoğlu 2006).

Genel olarak tüm dünyada yaslılara bakım ev ortamında ve ağırlıklı olarak kadınlar tarafından verilmektedir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda yaşlıların % 5 ile % 17'si evde bakım almaktadır. Bu bakımın yarıdan fazlası ise, yaşlı bireyin yakınları ve bakıcılar tarafından sağlanmaktadır. Yaşlı bakımının boyutunu etkileyen temel faktörler arasında ülkelerdeki sosyal ve ekonomik etkenler ile yaşlı bireyin yaşadığı ortamın koşulları gösterilmektedir. Yalnız yaşayan yaşlılar resmi ve özel kuruluşların sunduğu bakım hizmetlerine ailesi ve yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılardan daha fazla gereksinim duymaktadır. (Arıoğlu 2006)

1.8. EVDE BAKIM VE BAKIM VERME

Evde bakım; bakıma gereksinim duyan kişiye, aile, arkadaş, komşu gibi gayri resmi bakıcılar (informal), profesyonel sağlık çalışanları gibi resmi bakıcılar (formal), geleneksel bakıcılar ve gönüllüler tarafından verilen bakım etkinlikleridir.

Bakım verme ise, formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir***:***

Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır (İnci 2006).

İ*nformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme;* bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir . İnformal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya kronik ve akut fonksiyonel yetersizlikler nedeniyle artan informal bakım verme; banyo yapmasına yardım etmek, beslemek gibi süreğen bakımdan trakeostomi bakımı, intravenöz ilaç uygulaması gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da kapsamaktadır (İnci 2006).

Evde bakım, yeni bir kavram olmayıp 1700'lü yılların sonunda İngiltere'de, ardından da ABD'de ortaya çıkmıştır. Bu hizmet yenidoğandan yaşlılığa kadar her yaş grubuna sunulmaktadır. Evde bakım hizmetleri, sosyal sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü kapsamaktadır. Evde bakım hizmetleri özürlü, yaşlı, süreğen hastalığı olan veya nekahet dönemindeki bireyleri bulundukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireylerin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan; psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (İnci 2006).

Evde bakım hizmeti multidisipliner bir kadroyla verilmesi gereken bir hizmettir. Bu multidisipliner kadroda şekil-2'deki bireyler bulunabilir.

Türkiye'de evde bakımın tarihi henüz çok yeni olup, bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Bugün ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yürütülmektedir (Pınar 2010).

Bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamaktadır. Diğer yardım çeşitleri ise sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkanma, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb) ulaşım, alışveriş, küçük ev islerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmadır (İnci 2010).

Şekil-2: Evde bakım hizmeti multidisipliner ekibi



Kaynak: Pınar 2010.

Evde bakım hizmetleri ülkemizde yaygınlaşmamış olup evde bakım hizmetinin nasıl yapılacağına dair belirlenmiş bir protokol yoktur. Bu hizmetler yerel yönetim ve özel sektörlerce karşılanmaktadır.

1.9. BAKIM VERME İŞLEMİ VE TEORİK KAPSAMI

1.9.1. Bakım Verme Dinamikleri Teorisi

Bakım verme dinamikleri bakım veren ve alan kimseleri bakım verme ilişkisini kurmak ve devam ettirmek yönünde motive eden güçlerdir. Her ne kadar bakım verme alanında yapılan araştırmaların çoğu bakım verme yüküne odaklanmaktaysa da bakım verme ilişkisini ileri götüren olumlu kuvvetlerin anlaşılması da aynı derecede önem arz etmektedir. Bakım verme dinamikleri ile olarak bakım verme kavramı aile, arkadaşlar veya komşular tarafından verilen bakım anlamında kullanılmaktadır(Smith ve Liehr 2008).

1.9.2. Teorinin Amacı ve Geliştirilmesi

Orta ölçekli bu teorinin amacı bakım verme ilişkisinin değişip, gelişmesini sağlayan pozitif kuvvetleri tanımlamaktır. Teori ilk olarak "informal bakım verme dinamikleri" şeklinde adlandırılmıştır. İnformal bakım verme dinamikleri bakım veren- alan arasındaki çift yönlü informal bir değişimi şekillendiren ve teşvik eden kuvvetler şeklinde kavramsallaştırılmıştır(Smith ve Liehr 2008).

Kavram teori haline doğru geliştikçe, bilinirliği ve kullanımı arttıkça "informal" teriminden vazgeçilmiştir. İnformal bakım verme kavramı sağlık bakımı ve sosyal bilimler literatüründe çok bilinen bir kavram olmasına rağmen terime yabancı olan kişiler kimi zaman aile üyeleri, arkadaşlar ve komşular tarafından verilen bakım hizmetinin önemini kavrayamamaktadırlar(Smith ve Liehr 2008).

1.9.3. Teorinin Kavramları

Bakım veren dinamikleri teorisinin temel kavramları sorumluluk üstlenme, beklenti yönetimi ve rol uzlaşması şeklindedir. Kişisel bakım, yeni bakış açısı ve rol desteği ise her biri temel kavramlardan biriyle bağlantılı olan ilişkili kavramlardır. Bakım verme dinamikleri sorumluluk üstlenme, beklenti yönetimi ve rol uzlaşması kavramlarının kişisel bakım, yeni içgörü ve rol desteği kavramları tarafından desteklendiği ve belirli bir hastalık özelinde bakım verme ilişkilerinin yürümesini sağlayan etkileşimli süreçlerdir(Smith ve Liehr 2008).

1.9.4. Sorumluluk Üstlenme

Sorumluluk üstlenme bakım verenin sorumluluk alanlarını oluştururken hastaya öncelik vererek hareket etmesidir. Sorumluluk üstlenmenin gereği olarak bakım verenler hastaya kişisel bir sevgi bağı ile bağlı olsun ya da olmasınlar destekleyici bir tavır takınmak durumundadırlar. Sorumluluk üstlenmenin dört temel boyutu vardır. Bu boyutlar sorumluluğun devam ettirilmesi, hastaya öncelik verilmesi, destekleyici varlık ve hasta ile öz olumlama temelli bir sevgi bağı kurmadır. Sorumluluğun devam ettirilmesi bakım süresi

ne kadar uzun olursa olsun bakım verenin bakım verme konusundaki kararlılığıdır. İster bir görevden, ister karşılıklı bir ilişkiden isterse de sevgi bağından kaynaklansın sorumluluğun sürdürülmesi hastalıktan çok önce başlayıp, hastalığın iyileşmesinden sonra da devam edebilir. Hastaya öncelik verilmesi hastanın iyiliğinin temel amaç haline getirilerek, bakım ihtiyaçlarının diğer bütün unsurlardan önemli tutulmasıdır. Hayatla ilgili gerekli hatta zorunlu değişiklikler bile hasta için en uygun olan alternatif göz önüne alınarak yapılmalıdır. Destekleyici varlık ise bakım verenin hastaya yardımcı olabilmek adına yapacak hiçbir şeyi kalmadığında onu rahat ettirmek, desteklemek veya hastaya olumlu bir tavırla yaklaşmak gibi davranışlarla hastanın yanında yer almasıdır. Bakım verenin algısı hastanın tüm duygusal ihtiyaçlarını ve isteklerini eksiksiz karşılamasını sağlayacak şekilde açık olmalıdır. Öz olumlama temelli bir sevgi bağı kurulması ise bakım veren ile hasta arasında hastanın ihtiyaçlarının karşılanması sırasında açık bir birliktelik bağı kurulması ve bu yapılırken bakım verenin de duygusal tatmin yaşamasıdır(Smith ve Liehr 2008).

Bakım veren ve bakım alan kişi iki taraflı bir süreç olan bakım verme sürecinin içine girdiklerinde her biri kendine ait geçmiş deneyimleri, güçlü ve zayıf yanlarını bu sürece dahil eder. Bakım verenin ve bakım alanın bireysel ve ortak geçmişleri bakım verme sürecini etkilemektedir. Bakım veren bakım alan kişi teknik bilgi ve yeteneklerini, bakım verme ile ilgili korkularını, fiziksel veya duygusal eksikliklerini, diğer çoklu rolleri, sorunlarla başa çıkabilme yeteneklerini ve geçmişte bakım verme süreçlerinde geliştirilmiş destek sistemlerine yönelik bilgi birikimlerini bakım verme sürecinin bir parçası haline getirebilirler. Bakım verme süreci bakım veren ve alan kişilerin sürece dahil ettikleri bu unsurlar ya da tecrübelerden ciddi şekilde etkilenmektedir(Smith ve Liehr 2008).

1.9.5. Kişisel Bakım

Kişisel bakım sorumluluk üstlenme ile ilişkili bir kavramdır. Kişisel bakım bakım vermeden kaynaklanan öfke gibi duyguların dışa atılmasını sağlayıp ve ihtiyaç duyulduğunda bakım vermeden kaynaklanan taleplerden kaçınarak kişisel sağlığın

korunmasıdır. Kişisel bakıma ait dört farklı boyut bulunmaktadır. Bunlar destekleyici fiziksel çevre, sağlıklı alışkanlıkların geliştirilmesi ve duyguların dışa vurumu ve kaçınmaktır. Destekleyici fiziksel çevre bakım veren ve hasta açısından gerekli olan ve barınacak yer, gıda ve diğer konfor temelli unsurları içermektedir. Sağlıklı alışkanlıklar geliştirilmesi bakım verme süreci için gerekli olan sağlık unsurunun korunması ve geliştirilmesine yönelik hareket etme anlamına gelmektedir hem hasta hem de bakım veren birbirlerini iyi beslenme, egzersiz yapma gibi olumlu alışkanlıklar geliştirmek için desteklemeli ve yüreklendirmelidir. Duyguların dışa vurumu bakım verme sürecinden kaynaklanan hislerin ve öfkenin dışa vurulması için uygun yollar bulunmasıdır. Bakım verenler başkalarıyla iletişime geçerek duygularını paylaşabilmeli veya başkalarıyla paylaşılmaması gereken düşünceler ve hisler içinse yazmak gibi yöntemler kullanabilmelidir. Kaçınma ise hastalık, tedavi, bakım verme gibi süreçlerden ayrı bir yaşam yaratabilmek adına bakım verenin kendisine fiziksel ya da mental alanlar bulmasıdır. Bakım verenler kimi zaman bakım verme ile ilgili durumlardan uzak olma ihtiyacı duyabilirler. Fakat diğer zamanlarda kısa aralıklarla ortamdan ayrılmak da mental olarak yeterli bir rahatlama sağlayabilir. Bazı durumlarda da bakım verenler bakım alan kişiyi yalnız bıraktıkları için suçluluk hissi de duyabilir(Smith ve Liehr 2008).

Demans hastalarına bakım verenler kişisel sağlıklarını korumak adına egzersiz yapmayı tercih ettiklerini belirtirken multipl sklerosis hastalarına bakım verenler ise bunun için belirli sıklıklarla kişiler arası bir desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmektedir. Fiziksel olarak zayıf hastalara bakım verenler ise kişisel sağlıklarını korumak için pek çok farklı davranış benimsemektedir. Fakat ortaya konan tercihlerin çoğu fiziksel sağlık ile ilgilidir. Populasyon göz önüne alınmaksızın kişisel bakım, zamanla geliştirilen bir bakım verme ilişkisinin oluşturulabilmesi için sorumluluk üstlenmenin önemli bir boyutudur(Smith ve Liehr 2008).

1.9.6. Beklenti Yönetimi

Beklenti yönetimi geleceği hayal ederek normale dönmeye çalışmaktır. Geleceğin belirsiz olduğunu düşünerek günü yaşamak ve hastayla beraber geçmişteki tecrübeler göz önüne alınarak, var olan tedavi ile öngörülen tedaviye ait karmaşıklıkların gözden geçirilmesini içermektedir. Beklenti yönetiminin beş farklı boyutu vardır. Bunlar; yarının hayal edilmesi, normale dönüş, günü yaşamak, davranışların düzenlenmesi ve tedavinin karmaşık yanlarının yeniden gözden geçirilmesidir. Yarını hayal etmek, belirsiz bir geleceğe umut , karamsarlık ya da her ikisiyle beraber tutunmaya çalışmaktır. Geleceğe ait görüntüler belirli ve kesinlik içerebildiği gibi belirsiz veya genel içerikli olarak da süregelebilir. Umutlu bir geleceğin hayal edilmesi bakım verenlere yerine getirilecek amaçlar yaratır ve zorlukların üstesinden gelebilmek için sebepler sağlarken göreceli olarak karamsar bir geleceğin düşünülmesi ise bakım verenin yaşayacağı kayıp hissini ve hayal kırıklıklarını minimumda tutmasına yardımcı olur. Normale dönüş tünelin sonundaki ışığı görmek ve hastalık ve tedavi sırasında kaybedilmiş olan normal bir hayata ait özelliklerin geri kazanılmasının umulmasıdır. Günü yaşamak belirsiz bir geleceğe takılmak yerine yaşanan ana odaklanmaktır. O an var olan durumun sonucu olarak bakış açısı ve öncelikler değiştikçe belirsiz bir gelecektense o an daha da önem kazanacaktır. Bakım verenler kimi zaman getireceklerinden korktukları için geleceği görmezden gelmeye çalışırken yaşanan anın olumlu yanlarının tadını çıkarmaya çalışırlar. Davranışların düzenlenmesi ise hastadan elde edilen tecrübelerin ışığında hastanın durum ya da eylemlerinin açıklanması, tahmin edilmesi veya bu eylemlere ya da durumlara uygun davranışlarla karşılık verilmesidir. Davranışların düzenlenmesi sonucu beklentilerin belirli bir seviyede kalması sağlanır böylece bakım verenin hastaların zorluk yaratan davranışlarına dahi olumlu bir şekilde karşılık verebileceği bir ortam yaratılabilir. Tedaviye ait karmaşık yanların gözden geçirilmesi hastaya ait var olan çıktılar ile olması

beklenen sonuçların karşılaştırılarak var olan sonuçların gözden geçirilip, açıklanması hatta bu sonuçlara ait gerçeklerin kabul edilmesidir(Smith ve Liehr 2008).

Doğal olarak bakım veren ve alan bireyler kendi beklentilerini sürece dahil ederler. Beklentiler var olan ya da gerçekleşecek herhangi bir şeye yönelik umutlar olabilir. Beklentiler bir durumu olası,kesin, makul ,bir başka duruma bağlı ya da gerekli gibi kavramlarla nitelendirebilir veya görev ve sorumluluk gibi kavramlarla sınırlandırabilir. Beklentiler aynı zamanda bir şeyin gerçekleşeceğine veya bir kişinin bir şeyi başaracağına dair kuvvetli bir inanç şeklinde de ortaya çıkabilir. Hem bakım veren hem de alan kişiler açısından gerçekçi ve yerinde beklentiler bakım verme sürecinin işlevselliğini arttırmaktadır. Beklentiler ayrıca bakım verme sürecinin diğer elemanlarını, bakım verme ilişkisini veya hastalığın seyrini ilgilendiren konuları da kapsayabilir. Hastalığın seyri bakım alan kişinin hastalığının gösterdiği gelişim seyridir. Hastalığın seyri bilinir hale geldikçe bu seyir ile ilgili beklentilerin buna uygun olarak değiştirilmesi gereklidir. Hastalığın seyrinin iyi anlaşılması ve buna uygun gerçekçi beklentilerin oluşturulması hemşireler ve diğer sağlık bakım çalışanlarının bakım verme dinamikleri ile ilgili önemli bir etki yaratabilecekleri alanlardan biridir(Smith ve Liehr 2008).

1.9.7. Yeni Bakış Açısı

Yeni bakış açısı beklenti yönetimi ile ilgili bir kavramdır. Kişinin farkındalığının kişisel gelişime odaklı tecrübelerine dayandırılarak değiştirilmesi, koşulların insanüstü bir irade tarafından yönlendirildiğine inanılması ve tedaviye ait olumlu gelişmelere odaklanılması gibi kavramları içermektedir. Yeni bakış açısının üç farklı boyutu vardır. Bunlar; kişisel gelişimin tecrübe edilmesi, Tanrı'ya yaslanmak (tevekkül) ve olumlu gelişmelere odaklanmaktır. Kişisel gelişimin tecrübe edilmesi bakım verme sürecinde geliştirilecek yeni bakış açıları, bilgi ve yeteneklerden beklenmeyen faydalar edinebilmektir. Bakım verenler sağlayabildikleri bakımı gördükçe kendi hayatlarındaki insani ilişkilerin önemini fark eder ve yüksek bir özgüven geliştirirler. Kişisel gelişim

sayesinde bakım verme sürecinde geçmişte fark edilememiş ya da düşünülmemiş pek çok olumlu sonuç veya olay fark edilir böylelikle bakım verme süreci yeni bir çerçeveye oturtulabilir. Tanrı'ya yaslanmak ya da tevekkül ise olanların, yaşanan durumların insan dışında ve daha yüksek bir iradenin kontrolünde gerçekleştiğine inanmak ve bu inanç sayesinde rahatlamak üzerine kurulu bir kavramdır. Özellikle insan dışında daha yüksek bir iradenin kişinin iyiliği için hareket ettiğini düşünmek görünürde olumsuz olan pek çok sonucun da bakım alan kişi tarafından kolaylıkla kabullenilmesini sağlar. Olumlu gelişmelere odaklanmak sayesinde ise hastanın sağlığında oluşan olumlu değişimlere odaklanarak moralinin yükseltilmesi sağlanır. Bu değişimler bakım veren tarafından önceden öngörülmüş değişimler olabilir (Smith ve Liehr 2008).

Bakım verme ilişkisi sürekli gelişen bir süreçtir ve bakım verenler bu süreçle ilgili zor durumlarla baş etmelerine yardımcı olup hastalığın seyrini geçekçi bir şekilde değerlendirmelerini sağlayacak yeni bakış açıları geliştirirler. Bu bakış açıları bakım verenlerin sürecin sonuçlarını yeni bir çerçeveye oturtmalarına ve bakım verme ile ilgili olumlu bir görüşe sahip olmalarını sağlar. Bakım verenin algısı uzun süredir bakım verme sürecinin sonuçları üzerinde ciddi etkilere sahip bir unsur olarak görülmektedir. Hastalıkla ilgili süreç ilerlerken ve bakım verenler beklentilerin yönetilmesine çabalarken yeni bakış açıları özellikle yardımcı olmaktadır (Smith ve Liehr 2008).

1.9.8. Rol Uzlaşması

Rol uzlaşması sorumlulukların paylaşılmasını gerektiren karmaşık bir bakım sürecine girilmesinin ardından hastanın bakım veren tarafından tedaviye yönlendirilmesidir. Rol uzlaşması bakım verenler hastayı dikkate alarak bir hareket tarzı belirleyip, hastanın fikirlerini dinlerken, hastalar ve sağlık bakım sistemi arasında bir köprü görevi görürken ortaya çıkmaktadır. Rol uzlaşmasının beş boyutu vardır. Bunlar ; doğru yönlendirme, başa çıkma, sorumlulukların paylaşılması,hastanın fikrini dinlemek, etkin bir köprü görevi üstlenmektir. Uygun yönlendirme sağlık bakımı sağlayanlar tarafından tedavi

ile ilgili olarak ortaya koyulan kuralların doğru şekilde izlenmesiyle ilgili sorumluluğun bakım veren tarafından üstlenilmesidir. Bakım veren hastayı kendi başına da bu kuralları uygulaması konusunda teşvik edebilir, hastanın bu kurallara uymasını sağlamak için bireysel ve yaratıcı yöntemler yaratabilir hatta hastanın bu kuralların gereklerini yerine getiremediği durumlarda kendisi gerekli eylemleri gerçekleştirebilir. Başa çıkmak kavramı ise hastalık ve tedavi süreci ile ilgili gerçeklere ve gerekli olan değişikliklere tutunma ile ilgili çabayı ifade etmektedir. Bakım verme rolleri ile ilgili beklentileri karşılayabilmek adına çeşitli stratejiler geliştirilir ve rutin işler uygun şekilde organize edilir. Sorumlulukların paylaşılması hastalık ve tedavinin gereklerinin netleştirilmesi, bu ihtiyaçların karşılanması için gerek duyulan kişilerin belirlenmesi ve yine gerekli sorumluluk paylaşımının yapılmasıdır. Bu paylaşım bakım veren, hasta ve aile üyeleri, arkadaşlar, sağlık bakımı sağlayıcıları arasında yapılır. Hastanın fikrinin dinlenmesi herhangi bir eyleme geçilmeden ya da bir karar alınmadan önce bakım veren tarafından hastanın bakış açısının ve fikrinin de dikkate alınmasıdır. Bakım verenler her zaman hastaların isteklerine göre hareket etmeyebilir fakat yine de hasta için en uygun tercihlerin yapılması noktasında hastanın durumla ilgili fikrini de göz önüne alınmalıdır. Etkin bir köprü görevi üstlenmek ise bakım verenin sağlık bakım sistemiyle hastanın yararına olacak şekilde iletişimde olmasıdır. Sağlık bakım sisteminden gelen mesajlar bakım veren tarafından değerlendirilerek herhangi bir eylemin gerekli olmadığına karar verilir. Bakım verenin tecrübeleri ve hastaya dair değerlendirmeleri hastayı destekleyecek bir eylem planı oluşturulması için sağlık bakım sistemince kullanılır(Smith ve Liehr 2008).

Bakım verenin ve alanın bakım verme ilişkisindeki yerlerinin ortaya konmasının sonucunda bakım verme süreci ile ilgili rollerin tanımlaması için sürekli devam eden uzlaşma çabaları başlar. Uzlaşma ile bakım veren ve alan arasında roller ile ilgili iki taraf tarafından da kabul görecek karşılıklı bir denge arayışı başlar ki bu durum bakım verme

sürecine dinamik bir yapı katar. Bakım alanlar mümkün oldukça her fırsatta rol işlevleri ile ilgili kendi özerkliklerini koruma amacıyla tartışmaya çalışırlar veya bakım verenlerin bakım verme sürecinin belirli bazı görevleri ile yüklerini hafifletmeye çalışarak bu süreci korumaya çalışırlar. Kimi zaman da bakım verenler rol işlevleri ile benzer bir davranış sergileyerek bakım alanın özerkliğini teşvik etmeye çalışırlar. Bu uzlaşma tavrının sonucunda ortaya çıkan durum hem bakım veren hem de bakım alan açısından kabul edilebilir bir nokta ise bu bakım verme sürecini güçlendiren bir unsur halini alır(Smith ve Liehr 2008).

1.9.9. Rol desteği

Rol desteği, rol müzakeresi (görüşmesi, pazarlığı) ile ilgili bir kavramdır. Rol desteği başkalarının yetkin ve istekli bir bakımla karşılaşarak, başka sorumluluklar için destek bularak ve faydalı bilgiler alarak bakım sağladıklarını bilmektir. Başkaları finansal yükümlülüklerin karşılanmasına da yardımcı olabilirler veya bakım sağlayıcılar finansal yükümlülükleri karşılamanın yaratıcı yollarını bulabilirler. Rol desteğinin beş boyutu vardır. Bu boyutlar yetkin, istekli bir bakımla karşılaşmak; başka sorumluluklar için destek bulmak; başkalarının bakımını bilmek; finansal sorumluluklarla karşılaşmak ve faydalı bilgi almaktır. Yetkin, istekli bakımla karşılaşmak, hastanın ve ailede bakımı üstlenen kişinin ihtiyaçlarını belirleyen sağlık bakım sağlayıcılarını bulmak ve bu kişilerle beceri dolu ve zamanında bir şekilde buluşabilmek demektir. Başka sorumluluklar için destek bulmak, hastalıkla ve tedavi bakımının sunulması ile doğrudan ilgili olmayan sorumlulukları yerine getirmede başkalarından yardım alabilmektir. Bu sorumluluklar, hastalık bakımının sunulmasından önce var olabilir. Başka sorumluluklar için destek bulunması, bakımı sunan kişinin bakım sunabilmek için çeşitli roller üstlenebilecek başka birilerini bulmasını da kapsayabilir. Başkalarının bakımını bilmek aileden, arkadaşlardan ve tanıdıklardan duygusal destek almayı deneyimlemektir. Destekleyici kişilerle temas

uzak mesafelerde gerçekleşebilir ve bakım sağlayan kişiyi kişilerle ve olaylarla temas halinde tutabilir. Başkalarının bakımını bilmek, bakım sunan kişiye kişisel bir değer hissi verir. Finansal yükümlülükleri karşılamak, normal gelirler azalırken ek tedavi masraflarını ödeyebilmenin yollarını bulmaktır. Aileden, arkadaşlardan ve çalışanlardan yardım alınabilir veya finansal kaynakları başkalarına yeniden tahsis edecek kararlar alınabilir. Yararlı bilgi almak, bakım sağlayıcı rolünü yerine getirmek açısından gerekli ve faydalı olan bilgiyi kazanmaktır. Bakım sağlayıcılar, bakım hizmeti sağlamanın bir parçası olarak üstlendikleri sorumlulukları bazıları için kendilerini tükenmiş (ezilmiş, parçalanmış) hissedebilirler. Bilgi verilmiş olması veya ihtiyaç duyulduğu taktirde bilgi kaynaklarına erişilebileceğinin bilinmesi bakımın sunulması konusunda yardımcı olabilir. Rol desteği, sağlık bakım sisteminde bakımı alan kişinin hastalık yörüngesindeki bakımını optimize eden bakım sağlayıcı müzakeresini mümkün kılar(Smith ve Liehr 2008).

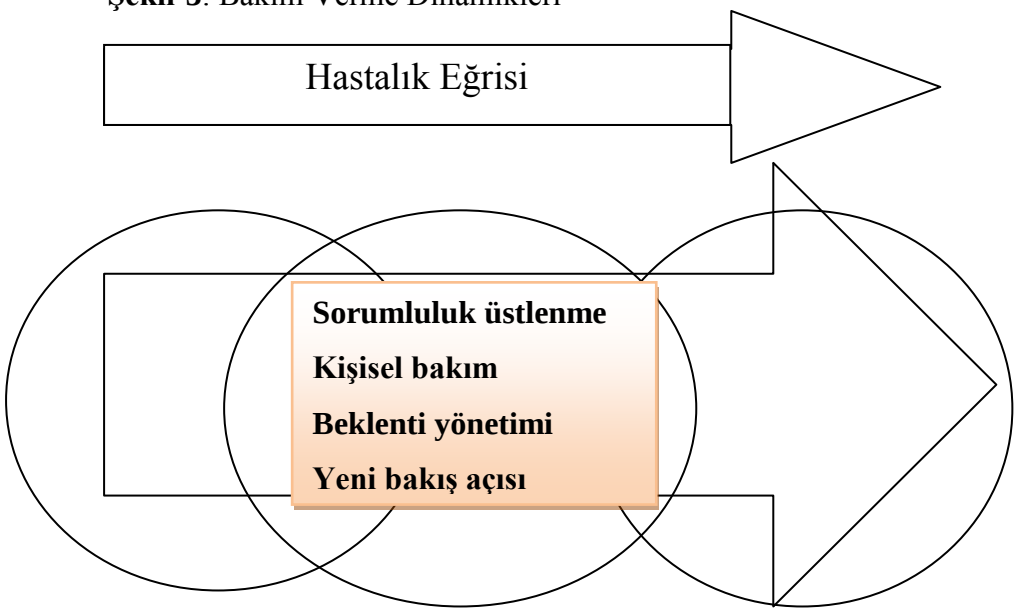
Bakım sağlayıcıların rol fonksiyonlarını desteklemek için kullandıkları çok sayıda rapor vardır. Örneğin, hayatın son döneminde bulunan hastaların bakım sağlayıcıları, sağlık bakım profesyonelleriyle açık iletişim yaşadıklarında ve bakım bütünlüğü bulduklarında daha az strese girmektedir(Smith ve Liehr 2008).

1.9.10. Kavramlar Arasındaki İlişkiler: Model

Bakım sağlama aktiviteleri taahhüt, beklenti yönetimi ve kendi-kendine bakım ile desteklenen rol müzakereleri, yeni anlayışlar ve bakım sağlama ilişkisini bir hastalık yörüngesinde hareket ettiren rol desteği arasındaki karşılıklı etkileşim süreçleridir. Bu modeldeki daireler (halkalar) bakım sunucusunun ve bakımı alan kişinin geçmişteki, mevcut ve gelecekteki ilişkisini temsil etmektedir. Güncel (mevcut) ilişki en belirgin olandır ancak o da geçmiş ve gelecek ilişkilerle süreklilik halindedir. Taahhüt, beklenti yönetimi ve rol müzakereleri hastayı ve bakımı sunan kişiyi bağlar ve bakım sağlama ilişkisini zaman içinde hareket ettirme kuvveti sağlar. Kendi kendine bakım, yeni

anlayışlar ve rol desteği ise sırasıyla taahhüt, beklenti yönetimi ve rol müzakeresi kavramlarının temelini teşkil eder. Bakım sağlayıcılar, bakım alıcılara taahhütlerini kendi kendine bakım aracılığıyla sağlarlar. Bakım sağlayıcılar fiziksel ve emosyonel (duygusal) olarak sağlıklı oldukları zaman dikkatlerini bakım alıcıların ihtiyaçları üzerinde odaklandırmaya devam edebilirler. Yeni anlayışlar, beklentileri yönetme desteğiyle birlikte gelir. Yeni anlayışlar ve bakım sağlama (sunma) deneyiminin çerçevelendirilmesi, bakım sağlayıcıları için hastalık sonuçları anlamına gelir. Rol desteği bakım sağlayıcılara, bakım alıcısının bakım ihtiyaçlarını başarılı bir şekilde yerine getirmenin araçlarını sunar. Hastalık yörüngesi bakım sağlama ilişkisini düzenler, zaman içinde ilişkiye paralel bir şekilde hareket ettirir ve ilişkiyi etkiler(Smith ve Liehr 2008).

Şekil-3: Bakım Verme Dinamikleri



Geçmişteki bakım verme ilişkisi Gelecekteki bakım verme ilişkisi

Şimdiki bakım verme ilişkisi

Kaynak: Smith ve Liehr 2008

1.9.11. Hemşirelik Araştırmalarında Teorinin Kullanılması

Teori bakıcı ve bakım alıcısı ikilisini dikkate aldığı için, bakım alıcının deneyimlerini ortaya çıkaracak araştırmalara da ihtiyaç vardır. Bakıcı olma deneyimi ile ilgili araştırmaların daha yaygın (daha çok) olmasına karşın bakım alıcısı olma deneyimi ile ilgili araştırmalar çok azdır. Bakım sağlama ikilisinin bir parçası olarak bakım alıcısı, bakım sağlama dinamiklerinin hayati (çok önemli) bir parçasıdır. Bakım sunulmasını hastalık yörüngesinde bakım alıcılarına doğru hareket ettiren başka ek kuvvetlerin olması da mümkündür. Diğer araştırmalar bakıcıların ve bakım alıcılarının deneyimlerini anlamayı genişlettikçe teorinin ek modifikasyonlarına ihtiyaç olacaktır(Smith ve Liehr 2008).

Bakıcılarla ilgili olarak tamamlanan iki çalışmada bakıcıların büyük bir çoğunluğu beyazdı. Teorinin diğer kültürel ve etnik gruplara uygunluğunu ve uygulanabilirliğini test etmek için başka araştırmalara ihtiyaç vardır(Smith ve Liehr 2008).

Teoriye dayanan girişim araştırmalarına da ihtiyaç vardır. Teori, bakıcıları rollerinde destekleyebilen girişimleri önermektedir. Bakıcıların katkılarının sağlık bakım profesyonelleri tarafından kabul (taktir) edilmesi daha fazla araştırmayı hak eden (gerektiren) bir girişimdir. Çeşitli pozisyonlarda bulunan bakıcılar, sağlık bakım profesyonelleri tarafından ihmal edildiklerini ve kendilerine değer verilmediğini hissettiklerini bildirmişlerdir. Sonuçların değişebilmesi için bakıcıların ne şekilde ve ne kadar taktir edilmeleri gerektiği ise araştırma gerektirmektedir. Öykü teorisi bakıcılarda etkili bir veri toplama yöntemi oluşturmuşlardır. Bakıcılara, dikkatli bir dinleyiciye bakım sağlama öykülerini anlatma veya öykülerini yazma fırsatının (şansının) sağlanması bakıcıların katkılarını taktir etmenin bir yolu olabilir(Smith ve Liehr 2008).

1.9.12. Teorinin Hemşirelik Pratiğinde Kullanılması

Pratikte bakım sağlama dinamiklerinin orta değer aralığı teorisinin ilk kullanımı halen ilerleme aşamasındadır(Smith ve Liehr 2008).

Bakıcılara bakım sunulması ile ilgili hayal kırıklıklarını, endişelerini ve korkularını ifade etmeleri için destek grupları, dergi çıkarma, sanat tedavisi ve online chat-toplulukları gibi çeşitli fırsatlar sunulacaktır(Smith ve Liehr 2008).

Bakım sunma dinamikleri teorisi tarafından, bakıcıyı ileriye yönlendirecek olumlu kuvvetler sağlayarak bakıcıları destekleyecek diğer fırsatlar önerilmiştir. Teorinin farklı uygulamaları (uygulama alanları) bakıcılar ve bakımı alan popülasyonlar arasında farklılık gösterecektir. Bakıcıların en iyi ne şekilde desteklenecekleri ile ilgili önemli kararlar bakıcının ve bakımı alanın yaşını, cinsiyetini ve etnik kökenini; hastalık, tedavi ve hastalık yörüngesini ve bakıcının bulunduğu yeri içerecektir. Pratikte teoriyi kullanmanın sonuçların değerlendirilmesiyle sonuçlanması, bunun da teori tarafından önerilen girişimlerin yararlılığı konusunda kanıt teşkil etmesi beklenmektedir(Smith ve Liehr 2008).

1.9.13. Çıkarımlar

Aile üyeleri, arkadaşlar ve komşular tarafından bakım verilmesi güncel sağlık sisteminde kritik önem taşıyan bir komponenttir. Bakım sağlama yükü araştırılırken bakıcıyı ileriye götürecek kuvvetlere çok fazla önem verilmemiştir. Bakım sunma dinamiklerinin orta değer aralığı teorisi (middle range theory) bakıcının güçlendirilmesi için bu kuvvetlerin daha iyi bir şekilde anlaşılması amacıyla geliştirilmiştir. Literatür kökenli model test edilmiş, sadeleştirilmiş ve bu bölümde orta değer aralığı teorisi olarak önerilmiştir. Teorinin bakım alanlara, diğer şartlardaki bakıcılara ve çeşitli kültürel ve etnik arka planlardan gelen bakım ikililerine uygunluğunu ve uygulanabilirliğini teyit etmek için daha fazla araştırma gereklidir. Teorinin önerdiği girişimler için de araştırma

gerekmektedir. Teorinin pratikte kullanılması henüz yeni başlamaktadır. Teoriyle daha fazla deneyim kazanıldıkça bakım sağlama (sunma) deneyimini daha iyi açıklayacak ve hemşirelik pratiğine ve araştırmalarına daha iyi kılavuzluk (rehberlik) edecek bir şekilde modifiye edilecektir. Teorinin bugüne kadarki kullanımı, bakımı sunma durumunu bakıcının perspektifinden açıkladığını ve bakımın sunulmasını destekleyecek girişimleri önermede yararlı olduğunu göstermiştir(Smith ve Liehr 2008).

1.10. YAŞLIYA BAKIM VERENLERİN ÖZELLİKLERİ

Giderek artan bir trendi yansıtacak şekilde, 18 yaşından büyük tüm aile bakıcılarının %44'ü erkek, %56'sı kadındır ve çoğunluk 45 yaşın üzerindedir (Capezuti ve Zwicker 2008). Birincil bakım hizmeti verilen kişiler genellikle 65 yaşın üzerindeki hasta veya sakat yaşlılardır ve erkek bakıcıların oranı daha düşüktür (yaklaşık %32), ancak bu rakamın önceki yıllara kıyasla artış gösterdiği belirlenmiştir (Capezuti ve Zwicker 2008). En yaygın bakıcılık anlaşması ise bir yetişkin kadın evladın yaşlı bir kadına bakıcılık yapmasıdır. Birincil aile bakıcıları çocuklar (%41.3), eşler (%38.4) ve diğer aile üyeleri ya da arkadaşlardır (%20.4) (Capezuti ve Zwicker 2008). Bakıcıların çoğu yaşlıdır ve kendilerinin de kronik hastalık riski bulunmaktadır. Birincil bakıcıların nerdeyse %45'i 65 yaş veya üzerindedir ve eşler açısından bakıldığında birincil bakıcıların %47.4'ü 75 yaş veya üzerindedir. Bakıcılık işi zorlu bir süreç olabilir ve çoğu zaman zaman-alıcı uzun vadeli bir bağlılığı gerektirir. Aile bakıcılarının %17'sinin haftada 40 saat veya daha fazla bakıcılık yaptıkları tahmin edilmektedir. Bakıcılık yapılarak harcanan ortalama süre 4.3 yıldır (Capezuti ve Zwicker 2008).

1.10.1. Yaşlıya Bakım Verme Nedenleri

Bakım verenler becerikli, duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun birey oldukları için değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı bakım sorumluluğunu üstlenirler. Bakım verme genellikle sevgi sonucu yapılabilen bir davranıştır. Bakım verme gibi büyük bir sorumluluğu üstlenmede ve sonuçlarına

katlanmada etkili olan faktörler aşağıda verilmektedir. Bunlar; ailenin yaşlıdan beklentisinin olması; ana-babalarla çocukları arasındaki ilişkide yardım ve destek beklentisi tek taraflı olmayıp, ana-babalar ve yetişkin çocuklar birbirlerine karşılıklı olarak yardım etmektedir. Çocuklara verilen yardımla, çocukların ana babalarına verdikleri ekonomik, psiko-sosyal ve hizmet konularındaki yardımlar (Örneğin çocuklarla ilgilenme, el işleri yapma, kışlık yiyecek hazırlamaya yardım etme, günlük alışveriş yapma, ekonomik olarak emekli maaşını verme v.b uğraşılar) benzerlik göstermektedir. Yaşlıların bilgi birikimleri ve deneyimleri çocuklar, gençler ve yetişkinler için önemli kaynak olurken, bu tür paylaşımlar da yaşlı bireyi mutlu etmektedir (İnci 2006).

Yaşlı bakımında aile üyelerini güdüleyen eden diğer nedenler*;* duygusal yakınlık veya bağlılık, empati kurma, sevme gibi başkalarını düşünmeyi gerektiren nedenler, kişisel doyumu artırmaktan daha çok suçluluk duygusundan kurtulma isteği, bakım verenin değerleri ve inançları, yaslı bireyden geçmişte aldığı destek ve yardımın geri ödenmesi ya da minnettarlık duygusu, bakım alanın hasta rolünde olması nedeniyle gereksinimlerini karşılayamaması, "aile dayanışması" ve "evlat olma sorumluluğu" gibi toplumsal değerler nedeniyle bireyler, yaşlı bakım sorumluluğunu üstlenirler (İnci 2006).

1.10.2. Bireylerin Olumlu Bakım Verme Algısı

Yaşlıya informal bakım verme ile ilişkili birçok risk olmasına rağmen gerontolojisi ve aile bilimcileri bakım vermenin primer bakım veren, bakım alan ve diğer aile üyeleri için her zaman olumsuz olmadığı görüsü üzerinde durmaktadırlar. Bakım verme stresli olsa bile, bakım veren tarafından ödül olarak da algılanabilmektedir. Ödül; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma olabilmektedir. Ayrıca bakım verme görevini üstlendiği için diğerleri tarafından tanınma, kendine saygı duyma, daha önce bakım alandan aldığı bakımı ve desteği geri ödediği ve sevgisini kanıtladığı için doyum, çözülmemiş sorun ve duyguların çözülmesi, yararlı olma,

akrabalık ilişkilerini güçlendirme, diğerlerinin gereksinimlerini daha iyi anlama, diğerlerinin problemlerine hoşgörülü yaklaşmak gibi ailenin bütünlüğünü sağlayan yararları da vardır (İnci 2006).

1.11. BAKIM VERENLERDE GELİŞEN PROBLEMLER

Psikolojik Problemler: Stres sonucunda bireylerde ortaya çıkan psikolojik rahatsızlıkların en belirginleri; endişe, depresyon, uykusuzluk ve psikolojik yorgunluktur (Çetinkaya 2006).

Selye'nin Genel Stres Kuramı: Selye' ye göre stresin nedeni ne olursa olsun, stres her hastalıkta rol oynamaktadır.Birey uzun süre stres etkisi altında kaldığında Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) ortaya çıkar.Stresöre tüm bedenin verdiği (nörohormanal) yanıtların oluşturduğu stres durumudur.GAS'ı ortaya çıkaran stresörler arasında; hemoraji, gebelik şoku, bakteriyel toksinler, travma, enfeksiyon, yanık, duygusal nedenler vb. sayılabilir (Birol, 2002).

Bedenin lokal stresörlere yanıtı ise Lokal Adaptasyon Sendromu(LAS) olarak kendini gösterir.Selye GAS'ın bütün patolojik süreçlerin bir parçası olduğunu ileri sürmüştür.Hastalık stresörlere yanıt vermedeki yetersizliğin doğrudan sonucudur ve genellikle stresörlere uyum sağlamada, organizmanın bir bölümünün yenik düşmesidir.Beden kendini yeterince savunamadığında aşırı, yaygın enfeksiyon olabilir.Hatta bazen, yetersiz adaptasyon, mide ülseri ile sonlanabilir(Birol, 2002).

Harold Wolf'un Stres Kuramı: Wolf'a göre hastalık bireyin tüm yaşamı ile ilgilidir.Birey stresli bir duruma uygun olmayan tepki verebilir.İnsanın gelişmiş bir sinir sistemi ve serebral korteksi olduğundan geçmişte edindiği deneyimleri geleceğe yansıtabilir.O nedenle tehlike sembolleri, tehditler, insan sağlığında mikroplar, mekanik güçler kadar etkin olur (Birol, 2002).

Stresörler, bireyin kendi gereksinimlerinden ya da kendinden farklı kişilerden kaynaklanabilir.Bu durumda birey, diğer kişilere uygun olmayan tepkilerde bulunur; çünkü

insan ilişkilerini algılayışı gerçekçi değildir; bozuk algılar hastalığa neden olabilir (Birol, 2002). Ayrıca organlarda stresli duruma uygun olmayan tepki verebilir.Örneğin kolunu tahriş eden besinlerin ishale neden olması normaldir ama olumsuz kişilerarası ilişkinin ishale neden olması uygun olmayan bir tepkidir.Uygun olmayan tepkiler uzun sürerse hastalık ve ölüme neden olabilir (Birol, 2002).

Steward Wolf'un Stres Kuramı: Wolf hastalık nedenine psikolojik, fizyolojik ve kültürel faktörlere dikkate alarak çok yönlü bakmaktadır.Beyin organizmanın en önemli organıdır çünkü beyin iç ortamın korunması ve dış ortama uyumda bireye yardım eder.Birey içinde yaşadığı çevrenin bir parçasıdır.S.Wolf hastalıkların "psikojenik" "fonksiyonel" ve "organik" olarak adlandırılmalarının yanlış olduğunu düşünmektedir.Wolf'a göre tüm hastalıklar bir organın ya da sistemin fonksiyonunu etkiler ve hiçbir hastalık sinir sisteminin, mental merkezlerin etkisinden soyutlanamaz (Birol, 2002).

Stresin belirtileri:

1.Fiziksel Belirtiler:

Baş ağrısı, düzensiz uyku, sırt ağrıları, çene kasılması veya diş gıcırdatma, kabızlık, ishal ve kolit, deri döküntüleri, kas ağrıları, hazımsızlık ve ülser, yüksek tansiyon veya kalp krizi, aşırı terleme, iştahta değişiklik, yorgunluk veya enerji kaybıdır (Aştı ve Karadağ, 2012).

Stres Semptomları:Uzun süren stresli bir durumda beden sürecini değiştiren artmış güçlü hormonlar; alkol, madde, kafein, sağlıksız beslenme gibi olumsuz başa çıkmalar, önemsenmeyen hastalıklar, uygun olmayan tedaviler ve ilaç kötüye kullanımı insanların sağlığını bozar ve hastalık belirtileri ortaya çıkar (Aştı ve Karadağ, 2012).

Stres yapıcıya (stresöre) bedenin tepkileri nörohormonaldir ve merkezi sinir sisteminde bulunan Medulla Oblangata, Retiküler Formasyon ve hipofiz bezi tarafından kontrol edilir (Aştı ve Karadağ, 2012).

Omurilik Soğanı:Kalp, solunum hızı ve kan basıncını sempatik (artırır) ve parasempatikler (azaltır)aracılığı ile ayarlar (Aştı ve Karadağ, 2012).

Retiküler Formasyon:Beyin sapı ve omurilikte küçük bir sinir kümesidir.Duyusal ve motor sinir yolakları aracılığı ile bedenin fizyolojik durumunu ayarlar (Aştı ve Karadağ, 2012).

Hipofiz Bezi:Hipotalamus bağlı küçük bir bez olup strese uyum için gerekli olan ve kortizola dönüşen ACTH salgılar.Hipofiz hipotalamusun altında sella tursika'da ve beyine bir pedikül ya da pituiter bir çengelle asılmış, küçük, kırmızımtrak bir salgı bezi olup iki lobtan oluşur.Hipofiz bezi ağrıyı azaltan ve iyi olma hissini artıran endorfini salgılayan hipotalamusla iletişim içindedir (Aştı ve Karadağ, 2012)

2.Duygusal Belirtiler:

Kaygı veya endişe, depresyon veya çabuk ağlama, ruhsal durumun hızlı ve sürekli değişmesi, asabilik, gerginlik, özgüven azalması veya güvensizlik hissi, aşırı hassasiyet veya kolay kırılabilirlik, öfke patlamaları, saldırganlık veya düşmanlık, duygusal olarak tükendiğini hissetmedir (Aştı ve Karadağ, 2012)

3.Zihinsel Belirtiler:

Konsantrasyon sorunları, karar vermede güçlük, unutkanlık, zihin karışıklığı, hafızada zayıflık, aşırı derecede hayal kurma, tek bir fikir veya düşünceyle meşgul olma, mizah anlayışı kaybı, düşük verimlilik, iş kalitesinde düşüş, hatalarda artış, muhakemede zayıflamadır (Aştı ve Karadağ, 2012).

4.Sosyal Davranışsal Belirtiler:

İnsanlara karşı güvensizlik, başkalarını suçlamak, randevulara gitmemek veya çok kısa zaman kala iptal etmek, insanlarda hata bulmaya çalışmak ve sözle rencide etmek, haddinden fazla savunmacı tutum, bir çok kişiye birden küs olmak, konuşmamak, kazalarda artıştır (Aştı ve Karadağ, 2012).

STRES ve BEDENDE OLUŞAN TEPKİLER

Kardiyovasküler Sistem: Stres sırasında aktive olan sempatik sinir sistemi, norepinefrin salınımı ile kardiyovasküler sistemde; kalp atımının artması, myokardial kontraksiyon gücünün artması, ciltte, böbrekte ve iç organlarda vazokonstrüksiyon olması, myokardial oksijen tüketiminin artması gibi değişiklikler olur.Bu fizyolojik değişiklikler; dinlenme halindeyken kalp atımının artmasına, sistolik kan basıncının artmasına , prematür ventriküler kontraksiyon ve prematür kalp atrial kontraksiyon gibi kardiyak ritim bozukluklarına , kardiyak iskemiyi gösteren elektrokardiyagrafik değişikliklere , göğüs ağrısına ya da çarpıntıya, baş ağrısına, iskemik ağrılara neden olabilir (Aştı ve Karadağ, 2012)

Solunum Sistemi: Stres sırasında fiziksel muayene etkinlikleriyle bu fiziksel cevabın değerlendirilmesinin zor olmasına rağmen, norepinefrin salgısı, bronşiyal dilatasyona öncülük edebilir.Anksiyetenin en çok fark edilen belirtisi, solunum artmasıdır.Hiperventilasyon subjektif bir veri olan "hava açlığı" ile meydana gelebilir.Stresin immün sistemdeki etkileri üst solunum yolu enfeksiyonlarının artışı ile ilişkili olabilir (Aştı ve Karadağ, 2012).

Gastrointestinal Sistem: Sempatik sinir sistemi hareketleri genellikle gastrointestinal sistem hareketlerini engeller.Bununla birlikte , streste sıklıkla mide bulantısı , kusma ve peristaltik hareketlerin artması görülür.Stresin cevabı olarak midede hidroklorik asidin fazla sekresyonu bulantı, mide ağrısı ve ülser oluşumuna neden olabilir (Aştı ve Karadağ, 2012).

Kas-İskelet Sistemi: Stresin cevabı olarak kas gerginliği ve huzursuzlukla beraber özellikle ellerde tremor görülebilir (Aştı ve Karadağ, 2012).

Cilt(Deri) Sistemi: Ciltte stresöre tepki olarak subkutan dokudaki vazoaktif değişiklere reaksiyon olarak aşırı terleme olabilir.Nemli cilt, yüz ve avuç içi ile sınırlı olabilir ya da

bütün vücutta görülebilir.Herpes, ekzama ve dermatiti içeren cilt lezyonları stres sırasında tekrarlayabilir (Aştı ve Karadağ, 2012).

Uzun süreli stresin belirti ve bulguları huzursuzluk, tetikte olmak, uyku bozuklukları, kan şekerinde yükselme, glikozüri olup, uzun süreli streste; idrar miktarında azalma, idrar yoğunluğunda artma, serumdaki sodyum ve klor miktarının artması-potasyum miktarının azalması, lenfosit-eozinofil-bazofillerin azalması, kilo kaybı oluşabilir (www.acilveilkyardim.com). Stresin neden sonuçları Şekil 4'te verilmiştir.

Şekil-4: Stresin neden ve sonuçları

Stresin Neden Ve Sonuçları			
Stres Kaynakları	Bedensel	Çevresel	Stresörler
	Kimyasal	Sosyal	Stresörler
	İşle İlgili	Ruhsal	Stresörler

Kısa Süreli Stresin Etkileri	**Fizyolojik Etkiler**	**Psikolojik Etkiler**	**Zihinsel Etkiler**
	Kasılmalar, Kan Basıncında Yükselme, Kalp Hızında Artma, Çarpıntı Vs.	Endişe, Karamsarlık, Kızgınlık Vs.	Unutkanlık, Dikkatini Toparlayamama Vs.

Uzun Süren Stresin Etkileri	**Kronik Hastalıklar**	**Kronik Anksiyete Ve Depresyon**	**Düşünce Ve Hafıza Bozuklukları**
	Başağrısı, Ülser, Kanser, Hipertansiyon, Astım, Saman Nezlesi, Kalp Hastalıkları Vs.	Fobi, Kişilik Değişiklikleri, Ruhsal Hastalıklar Vs.	Obsesif Düşünceler, Uyku Bozuklukları Vs.

Sonuç	Üretkenliğin Azalması Hiçbir Şeyden Zevk Alamama Yakın İlişkiler Kuramama

Kaynak: www.acilveilkyardim.com

1.12. SOSYAL PROBLEMLER

1.12.1. Sosyal Destek

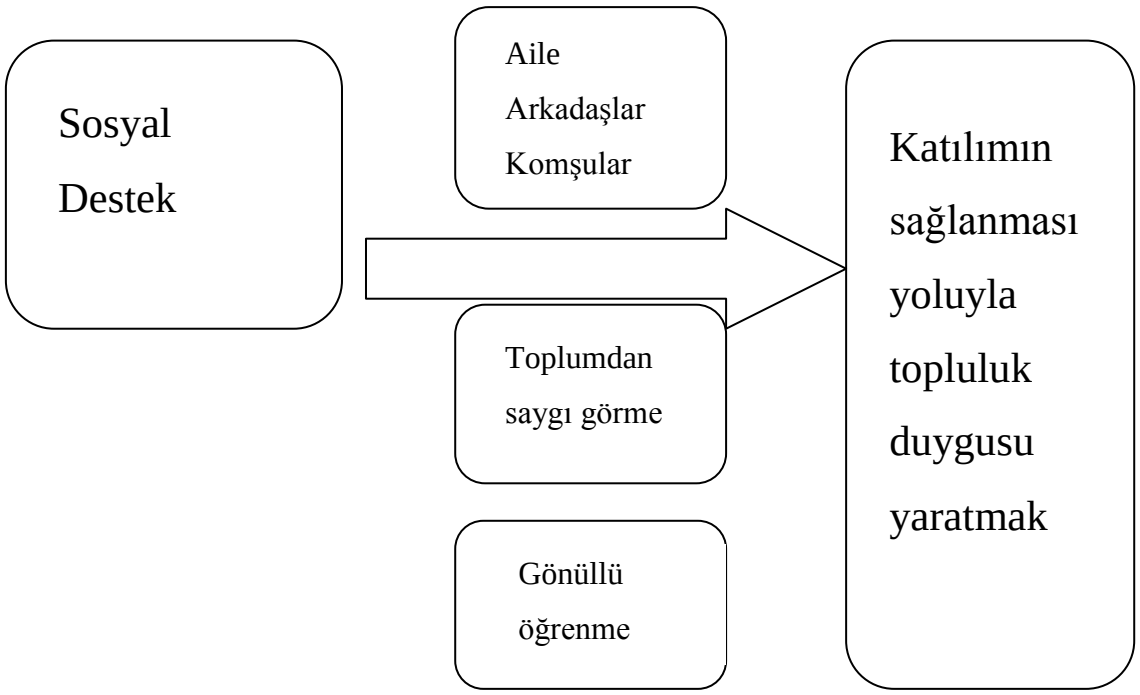
Sosyal destek, bireylerin ilişkide bulunduğu kişilerin sayısından çok, sırlarını paylaşabileceği, güven duyduğu ve kendisi açısından önemli gördüğü kişiyle kurduğu yakın bağdır (Annak 2005). Antropologlardan sosyologlara kadar birçok farklı araştırma grubu bu konu ile ilgili araştırma yapma eğilimindedir. Bu konu ile ilgili yapılacak analizlerin birimleri bireysel, aile ya da toplum odaklı olabilmektedir. Bunların ötesinde sosyal destek kavramı birçok farklı şekillerle ve yöntemlerle tanımlanmışsa da bunların içinde en kapsamlı ve açıklayıcı olan yöntem, sosyal destek kavramının işlevsellik, yapısallık, tarafsızlık, etkileşimsellik ve bireşimsel açıklamalı olmak üzere beş ana yaklaşım ile ele alınmasıdır. Birçok araştırmacı sosyal destek kavramını yapısal, işlevsel ve tahmini destek kavramlarının bir birleşimi olarak kabul etse de bu yapıyı oluşturmak için pek çok farklı yol kullanılabilir. Sosyal desteğin yapısallık boyutu sosyal iletişim ağı ve kişilerin yaşlı bireye yardım edebilme yeterliliğinden oluşur. İşlevsellik boyutunu ise tesir miktarı ile duygusal ve maddi destek miktarı temsil etmektedir. Tahmin ve değerlendirme boyutunu ise destekten duyulan tatmin olma ölçüsünün değerlendirilmesi şeklinde açıklayabiliriz (Tang 2008).

Trady (1985) bu konsepti işlevsellik boyutunda açıklayabilmek için 5 temel etmen belirlemiştir. Bunlardan ilki sosyal desteğin diğer kişilere aktarılabilen ya da onlardan edinilebilen bir yapıya sahip olması anlamına gelen "yön" etmenidir. İkincisi verilen destek ile alınan destek arasındaki farklılaşmayı açıklayan "mizaç" etmenidir. Üçüncü olarak destekleyici tavır ve davranışların niteliklerine odaklanmak olarak açıklanabilecek olan "tanımlama/değerlendirme" etmeni gelmektedir. Bu tanımlama/değerlendirme durumu ise bireyin aldığı destek ile ilgili yapacağı tarafsız değerlendirmelerin bir

bütününden oluşur. Dördüncü etmen, farklı teorisyenlerin yaptığı farklı sınıflandırmaları göz önüne alan "içerik" olarak isimlendirilebilir. Ve son olarak beşinci etmen ise "iletişim ağıdır." Krause'a göre (2001), sosyal destek en iyi şekilde sosyal gömülümün (diğer bireylerle olan temasın sıklığı), verilen desteğin(sosyal iletişim ağı üyeleri tarafından sağlanabilen görünür yardım miktarı) ve alınan desteğin(destekleyici mübadelelerin tarafsız değerlendirmesi) ölçümü olarak tanımlanabilmektedir (Tang 2008).

Sosyal destek bireylerin ailelerinden ya da arkadaşlarından aldıkları görünür olan ya da görünür olmayan değerli kaynakları kapsayan bir kavram olarak kabul görmektedir. Sosyal destek ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda bu kavramın bilgisel destek, görünür yardım, duygusal destek, özgüven yardımı, sosyal bütünleşme gibi alt başlıkları içerdiği ortaya koyulmuştur. Bilgisel destek, aile içinde desteği veren kişinin diğer kişilerden aldığı, sorunlu durumları anlayıp idare etmesine yardımcı olacak yol gösterici tavsiyelerdir. Görünür yardım, birinci derecedeki destek veren kişinin sorumluluklarını belirleyen davranış biçimleridir. Destek veren kişilerin aldığı duygusal destek ise diğer bireylerin destek veren kişinin rahatının, iş kolaylığının ve güvenliğinin sağlanması adına sergiledikleri tutumdur. Bazı araştırmacılar ise resmi ve gayri resmi sosyal destek kavramları üzerinde durmuşlardır. Gayri resmi sosyal destek, destek veren kişinin aile bireyleri, akrabaları, arkadaşları, komşuları gibi iletişimde olduğu diğer bireylerle arasında gelişen bağdır. Resmi sosyal destek ise günlük bakım merkezleri, hastaneler, yaşlı bakımevleri gibi yerleri kapsamaktadır (Tang 2008). Şekil-5'te sosyal destek mekanizmaları görülmektedir.

Şekil-5: Sosyal destek mekanizmaları



Kaynak: **www.cotaq.org.au**

Ailesel destek duygusal destek ve tesirli desteğin bir bileşimidir. Thompson (1993) aile desteğinin, her çeşit olumsuz sonucu engellemede anahtar role sahip olduğunu belirtmiştir. Pek çok insan aldıkları sosyal desteğin önemli bir kısmını özellikle de günlük yaşamlarının devam ettirebilme anlamında ailelerinden görür. Sosyal destek, yardım alan bireyler ile verenler arasında oluşan bir bağdır. Ve bu bağ destek veren kişinin yükünün ve depresyonunun azaltılması noktası çok büyük bir öneme sahiptir. Özellikle kronik durumdaki stres yaratan etmenlere karşı mental sağlığın korunması için de önemlidir. Bazı araştırmalar aileden, arkadaşlardan ya da bu konudaki uzman birimlerden alınacak desteğin, bakımın muhtemel olumsuz sonuçlarını azaltmada önemli bir payı olduğunu savunmaktadır. Bunun da ötesinde sosyal destek stres önleyici, sorun çözme kabiliyetini arttırıcı ve kişisel olarak sağlıklı olma haline imkan sağlayıcı bir etkiye sahiptir. Bakımın olası olumsuz sonuçlarını azaltma noktası bazı araştırmacılar resmi sosyal desteğin,

bazıları ise gayri resmi sosyal desteğin daha etkin olduğunu düşünmektedirler. Resmi sosyal desteğin daha önemli olduğunu vurgulayanlar, ev yardım hizmetleri, yetişkin günlük bakım tesisleri, aile terapisi veren merkezler gibi oluşumların bakım veren kişinin yükünün azaltılmasında çok daha önemli bir payı olduğunu savunmaktadırlar (Tang 2008). Sosyal yapının sağlığı etkileme mekanizmaları Tablo 1'te verilmiştir.

Tablo-1: Sosyal yapının sağlığı etkileme mekanizmaları

Sosyal Yapı	**Mekanizma**	**Özel Süreçler**
Sosyal destek	Strese karşı tampon	Stresli yaşam olaylarının etkilerini azaltır, olumsuz olayların daha az tehdit edici yorumlanmasını sağlar ve etkili başa çıkma stratejileri kullanılmasını kolaylaştırır.
Sosyal bütünleşme	Temel etki (Stresten bağımsız)	Sağlıklı psikolojik tepkilerin geliştirilmesine neden olan pozitif psikolojik durumları (Örneğin; kimlik, amaç, kendine değer verme ve pozitif duyuş-etki) sağlar. Bir kişinin kendiyle ilgilenmesini sağlayan güdülenme ve sosyal baskı kaynağıdır. Bilgi sağlar.
Negatif etkileşimler	Stres kaynağı olan ilişkiler	Psikolojik stresi ortaya çıkarır, hastalık riskini arttıran davranışsal ve psikolojik süreçlere neden olur.

Kaynak: Annak, 2005.

Sosyal desteğin sağlık ve iyi olma ile ne kadar ilişkili olduğunu anlamak için sorulan sorulardan biri sosyal desteğin temel bir etkiye mi sahip olduğu yoksa stresten koruyucu bir etkiye mi sahip olduğu sorusudur. Sosyal desteğin hastalığı nasıl ve niçin etkilediğini açıklayan Cohen ve Wills'in öne sürdüğü iki teori vardır Bu teorilerden ilki tampon etkisi modeli, diğeri ise temel etki modelidir (Annak 2005).

Tampon etkisi modeli, stresten koruyucu model olup, sosyal desteğin potansiyel olarak stresin zararlı etkilerini azaltma işlevine sahip olduğunu varsayar. Bu modele göre sosyal destek olumsuz yasam olaylarının, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltma işlevi görmeye yardımcı olur. Bu model sosyal desteğin

sevilen birinin kaybı ya da boşanma gibi çevresel streslere karsı bireyi koruduğu ve bu streslere karsı tampon etkisi yaptığını söyler. Tampon etkisi modelinin en belirgin özelliği, sosyal desteğin bireyin hayatında stres olduğu zaman etkili olduğu, diğer durumlarda ise yaramadığıdır. Sosyal desteğin anksiyete, depresyon, psikolojik sıkıntının etkilerine karşı tampon olduğuna dair çok sayıda kanıt vardır (Annak 2005).

Strese karsı sosyal desteğin etkisini açıklayan ikinci model ise temel etkiler modelidir. Temel etkiler modeli, sosyal desteğin stresin düzeyinden bağımsız olarak bir etkiye sahip olduğunu varsaymaktadır. Sosyal destek stres verici yaşam olaylarının olduğu ve olmadığı her iki durumda da sağlıklı olmayı desteklemektedir (Annak 2005).

Bu model, arkadaşlardan alınan pratik, maddi ve duygusal yardımın, bazı stresli yasam olaylarını önleyebileceğini ya da azaltabileceğini, ait olma duygusu sağlayabileceğini ve yasam doyumunu artırabileceğini varsaymaktadır (Annak 2005).

Cohen ve arkadaşları (1985) hem öğrenci hem de yetişkin örneklemlerinde yaptıkları çalışmalarında, stres altında kişilerin hem depresyon hem de fiziksel rahatsızlık semptomları bildirdiklerini fakat sosyal ağlarından destek algıladıklarını düşünen kişilerde bu semptomların etkisinin hafiflediğini bulmuşlardır. Sosyal destek, aynı zamanda egzersiz, kişisel hijyen, uygun beslenme ve dinlenme gibi sağlıklı davranışların yapılmasını kolaylaştırmaktadır (Annak 2005).

Bu iki model arasındaki en belirgin fark; tampon etkisi modeli sosyal desteğin sadece stresli zamanlarda hastalık ve davranış üzerinde bir etkisi olduğunu ileri sürerken, temel etkiler modeli ise sosyal desteğin stresli yasam olaylarının yokluğunda bile bireylerin yasam standardını geliştirmesi sayesinde olumlu etkisi olduğunu savunmasıdır. Her iki model de sosyal destek artmasıyla, hastalık riskinin ve sonraki aşamada sağlık servislerine başvurmanın azaldığını ileri sürmektedir (Annak 2005).

Sosyal desteğin etkisiyle bireyler daha az fiziksel ve psikolojik problemler yaşamaktadır. Cohen (2004) temel etki modelini sosyal bütünleşme olgusu ile birlikte değerlendirmiştir. Cohen'e göre sosyal ağa katılan bireyler sosyal kontrol ve akran baskısının etkisinde kalırlar. Bunlar normatif sosyal davranışlarda bulunmaktadır. Kişinin ağları, onların egzersiz, sigara ve uyuşturucu kullanımı, dengeli beslenme gibi davranışlarına etkide bulunur. Bütünleşme, kişilerin sorumluluk duygularına etkide bulunabilir ve bir diğerine önem verme konusundaki artan güdülenme, sorumlulukların yerine getirilmesiyle sonuçlanabilmektedir (Annak 2005).

Yaşlı bireye bakım verme işi çeşitli finansal zorluklar, duygusal zorlanmalar ve hatta kimi zaman fiziksel sağlık sorunlarına yol açma ihtimali olan zor bir süreçtir. Fakat sosyal destek ağının içinde kendine yer bulabilmiş bireyler için tüm bu olumsuzlukların yarattığı yük çok daha az olacaktır (Tang 2008).Kırılgan yaşlı bireylere yönelik olumlu yaklaşımlar olsa da araştırmacıların çoğu olumsuz sonuçlara odaklanmakta ve bakım veren kişinin yükünün azaltılması ya da değişken durumlara adaptasyon gösterebilmesi için çeşitli model üzerinde çalışmaktadırlar. Sosyal desteğin bakım veren kişilerde depresyon belirtilerinin azaltılmasında da olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Özellikle aileleri ve arkadaşlarıyla daha düzenli bir ilişki içinde olan bakım vermekle yükümlü kişilerin, kişisel refah konusunda çok daha avantajlı olduğu daha düşük oranda yükü omuzlamak durumunda kaldıkları bir gerçektir. Bu konuda yapılan tüm çalışmaların ortak noktası kişinin bireysel refahı açısından ve stresin olumsuz etkilerinden korunma adına sosyal desteğin ve verimli iletişim ağlarının oluşturulmasıdır (Tang 2008).

Tardy (1985) sosyal destek kavramını, desteği alan kişinin diğer bireylerin eylemlerini ve bunları zararlı ya da faydalı olması şeklinde algıladığı "alınan sosyal destek" ya da diğer bireylerin belirli bir başka bireye yardımcı olma eğilimi gösterdiği "verilen sosyal destek " şeklinde iki kategoride incelemiştir. Kahn ve Antonucci (1980)

alınan sosyal desteği bireyin dâhil olduğu sosyal iletişim ağından sağladığı desteğin miktarı ve kalitesi olarak tanımlamıştır. Hermalin ise verilen sosyal desteği bireylerin ait oldukları sosyal iletişim ağından aldıkları yardım miktarının tarafsız bir şekilde ölçümlendirilmesi olarak tanımlamıştır (Tang 2008).

Tardy sosyal desteğin çok yönlü bir yapısı olduğuna inanmaktadır ve sosyal desteğin kavramsal eksikliklerini giderebilmek için bir sosyal destek modeli önermiştir. Önerilen bu model 5 adet belirgin bakış açısı içermektedir: yön, mizaç, tanımlama/değerlendirme, içerik, iletişim ağı. Yön sosyal desteğin alındığı yol anlamına gelmektedir, sosyal destek başkalarından edinilir ya da başkalarına sağlanılır. Mizaç kullanılabilir durumda olan ya da ortaya çıkarılabilen sosyal destek anlamına gelmektedir. Kullanılabilir destek, erişilebilir durumdaki nicel ya da nitel destek veya varolan sosyal destek kaynaklarının kullanılır hale getirilmesi demektir. Tanımlama / değerlendirme iki bakış açısını temsil eder. Tanımlama sosyal desteğin nicel özelliklerine işaret ederken değerlendirme bireyin alınan sosyal destekten edindiği tatmin derecesi anlamına gelir (Tang 2008).

Dördüncü bakış açısı olan içerik desteğin türünü ya da yapısını anlatır. Sonuncu bakış ise sosyal desteği veren ya da alan kritik noktadaki kişileri içeren iletişim ağıdır (Tang 2008).

Tardy kendi modelinde, desteğin içeriğine ait yaklaşımları House'un (1981) fikirleri ile birleştirmiştir. House'un ortaya koyduğu destek tipleri, duygusal, enstrümental, bilgisel ve tahmini destek şeklinde sıralanmaktadır. Duygusal destek bakım kavramına karşılık gelmektedir. Empati, sevgi ve güven sağlamak anlamındadır. Enstrümental destek finansal destek, zaman ya da yetenek odaklı destek gibi kavramlarla ilgili yardım davranışlarını içermektedir. Bilgisel destek gerekli tavsiyenin verilmesi anlamına gelirken, tahmini destek ilgili geri dönüşlerin değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Tardy'nin,

House'dan da yardım alarak ortaya koyduğu sosyal destek modeli/tanımı birçok araştırmacı tarafından da benimsenmiştir (Tang 2008).

Sosyal desteğin sadece hasta bireyler için değil, hasta kişiye bakım veren kişi için de önemli olduğunu vurgulayan araştırmalar vardır. Tan ve Ergüney (2003) tarafından yapılan bir çalışmada miyokard infarktüs tanısı alan bireylerin eslerinin algıladıkları sosyal desteğin durumunu değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarından algılanan sosyal destek, aile ve arkadaştan algılanan sosyal destekten düşük olarak bulunmuştur. Eslerin cinsiyet, eğitim düzeyi, yasadıkları yer, aile tipi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Aylık gelir ile algılanan sosyal destek puanları arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Annak 2005).

Bu çalışmada ele alınan sosyal destek tanımı Tardy'nin modelini temel almaktadır. Sosyal destek bireyin algıladığı genel bir destek ya da yine bireyin iletişim ağı içerisindeki diğer kişilerden edindiği, bireyin işlevselliğini arttıran veya bireye dış etkilere karşı bir koruma sağlayan özel destek davranışları (mevcut ya da ortaya çıkarılan) şeklinde gerçekleşebilmektedir.

1.12.2. Sosyal Ağ

İnsan, sosyal ilişkileri ve bağlantıları olan bir varlıktır. Sosyal ağlarımız; görüştüğümüz, birlikte zaman geçirdiğimiz, çeşitli etkinliklerde birlikte yer aldığımız, evimizde, mahallemizde, is yerimizde, okulumuzda ve başka sosyal ortamlarda birlikte olduğumuz kişilerden oluşmaktadır. İlk kez 1954 yılında Barnes tarafından kullanılan sosyal ağ terimi; kişinin çevresindeki diğer insanlarla olan bağlarını, insanlarla olan ilişkilerini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Annak 2005).

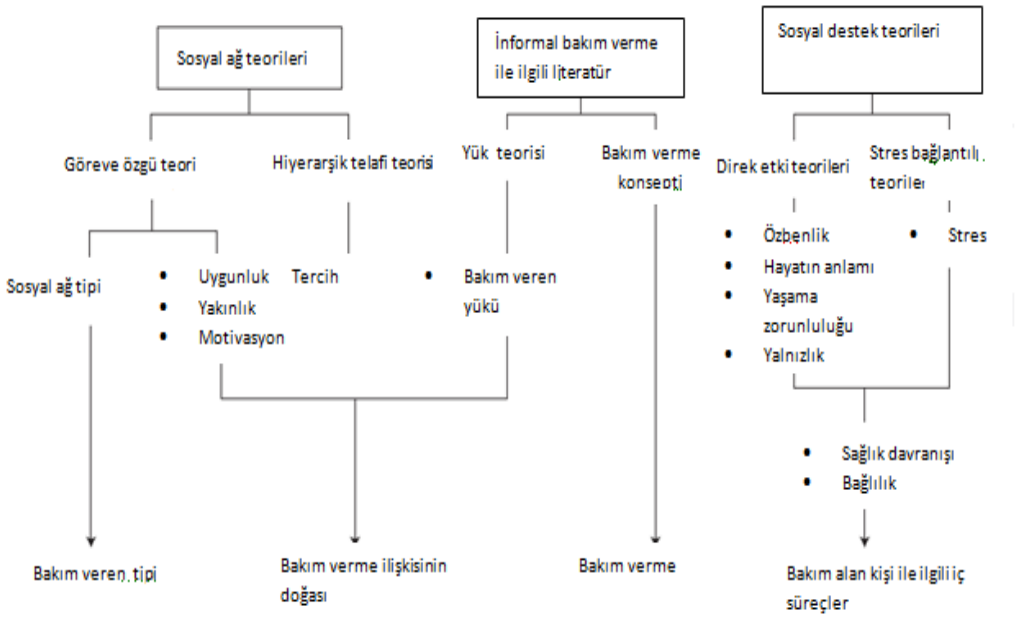
Mahon ve Yarcheski (1998) sosyal ağı, kişinin yardıma ihtiyacı olduğunda yardım edebilecek kişilerin sayısı olarak tanımlamışlardır. Aile üyeleri, arkadaşlar, akraba, sevgili,

eş, komşular, öğretmenler, mesai arkadaşları gibi ilişkiler, çoğu sosyal ağ araştırmacılar tarafından, birey ve toplum arasında bağların en büyük belirleyenleri olarak dikkate alınmışlardır (Annak 2005).

Sosyal ağ listesinin uygulanmasında, öncelikle kişiden yaşamında önemli bir yeri olan insanların listesini yapması istenir. Sonra ise bu kişilerle arasındaki ilişkinin niteliğini (eş, anne, komşu, oğul, amca, doktor) belirtmesi istenir. Son olarak bu insanları yaşamındaki öneme göre belirtmesi; ayrıca güç bir durumda kalıp, yardıma ihtiyacı olduğunda bu insanlardan hangilerine güvenebileceğini sırasıyla belirtmesi istenir (Annak 2005).

Bireyler yaşlandıkça pek çok farklı sağlık sorunu ile karşılaşabilmektedir. Yaşlı bireylerin karşılaştıkları bu sağlık sorunları ile ilgili olarak evde kalırken tedavi görmelerine imkan sağlayacak bir çok bakım verme ilişkisinden söz edilebilir. Sosyal ağ teorileri, sosyal destek teorileri, informal bakım verme ile ilgili literatür gibi yaklaşımların bu ilişkiyi farklı bakış açıları ile ele aldığı söylenebilir (Şekil 6) (Cho 2007)

Şekil-6 : Sosyal ağ ve sosyal destek teorilerinin bakım verme ile ilişkisi



Kaynak: Cho 2007

Sosyal Ağ Teorileri: Sosyal ağ kavramı diğer bireyler ya da gruplar ile yapılan temasların sayısı, sıklığı ve bağlantısı şeklinde tanımlanabilir. Sosyal ağ teorileri bireyler arasında gerçekleşen sosyal etkileşimlerin sonucu olarak farklı destek seviyelerine ait heterojen ilişkilerin oluştuğunu savunmaktadır (Cho 2007).

Göreve Özgü Teori: Bu teori sosyal ağ gruplarını birincil, informal ve formal gruplar olarak kategorize etmektedir. Yine bu teoriye göre her bir sosyal ağın farklı bir doğası vardır ve bu farklı doğanın bir sonucu olarak her bir ağ yapısı ilişki içerisinde farklı görevleri en uygun şekilde yönetebilme yetisine sahiptir (Cho 2007).

Hiyerarşik Telafi Teorisi: Bakım alan kişinin tercihlerine odaklanan bu teoriye göre yardım arayışı içerisinde olan yaşlı bireylerin bakım veren kişi ile aralarındaki ilişkinin derecesine göre belirledikleri bir tercih sırası vardır (Cho 2007).

Sosyal Destek Teorileri: Sosyal destek teorileri sosyal ilişkilerin sağlığa yönelik sonuçları ile sosyal destek arasında bir bağ oluşturma arayışındadır. Ayrıca bu yaklaşımdaki her bir model sosyal destek ile ilgili farklı süreçleri ele almaktadır. Sosyal destek teorileri başlığı altında incelenen iki temel teori vardır. Bunlar 'Direk Etki Teorileri' ve 'Stres Bağlantılı Teori'lerdir (Cho 2007).

Direk etki teorileri sosyal desteğin sosyal kimlik,sosyal kontrol ya da yalnızlık modelleri açısından faydalarına odaklanmaktadır (Cho 2007).

Stres bağlantılı teorileri ise sosyal desteğin stres ile ilgili süreçler üzerindeki rolüne odaklanmaktadır. Bu teoriye göre sosyal destek stresin birey sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerine bir tampon görevi görmektedir (Cho 2007).

Sosyal destek teorileri bakım verme sürecinin bakım alan kişilerin sağlını nasıl etkilediğini anlayabilmek adına önemlidir. Bu teoriler aynı zamanda öz benlik ,hayatın anlamı, yaşama zorunluluğu,yalnızlık, stres,sağlık davranışları ve bağlılık gibi kavramlarla ilgili temel yaklaşımları ortaya koymaktadır. Ayrıca bu teoriler sayesinde bu temel

kavramların fizyolojik ve davranışsal süreçleri de kapsayan sağlık unsurları üzerindeki etkileri de tanımlanabilmektedir. Fakat sosyal destek teorileri çoğunlukla fizyolojik etkilere odaklanmaktadır (Cho 2007).

İnformal bakım verenler tarafından sağlanan psikososyal destek ve direk bakım alan bireyin sağlığını farklı şekillerde etkilemektedir. Bakım alan bireyin fizyolojik, davranışsal ve psikolojik süreçlerinin birbirini etkilediği düşünülürse , psikososyal destek ve direk bakımın bakım alan bireyin hem mental hem de fiziksel sağlığı üzerinde etkili olacağı açıktır. Tüm bu süreçler birbirleri ile etkileşim içerisindedir. Psikososyal destek birincil olarak fizyolojik süreçler üzerinde etkili olmakta sonrasında ise bakım alan bireyin mental sağlığına etki etmektedir. Diğer yandan hastalık ya da yaşlanma ile ilgili direk bakım birincil olarak bakım alan kişinin fizyolojik süreçleri üzerinde etkili olmakta sonrasında ise fiziksel sağlığı etkilemektedir (Cho 2007).

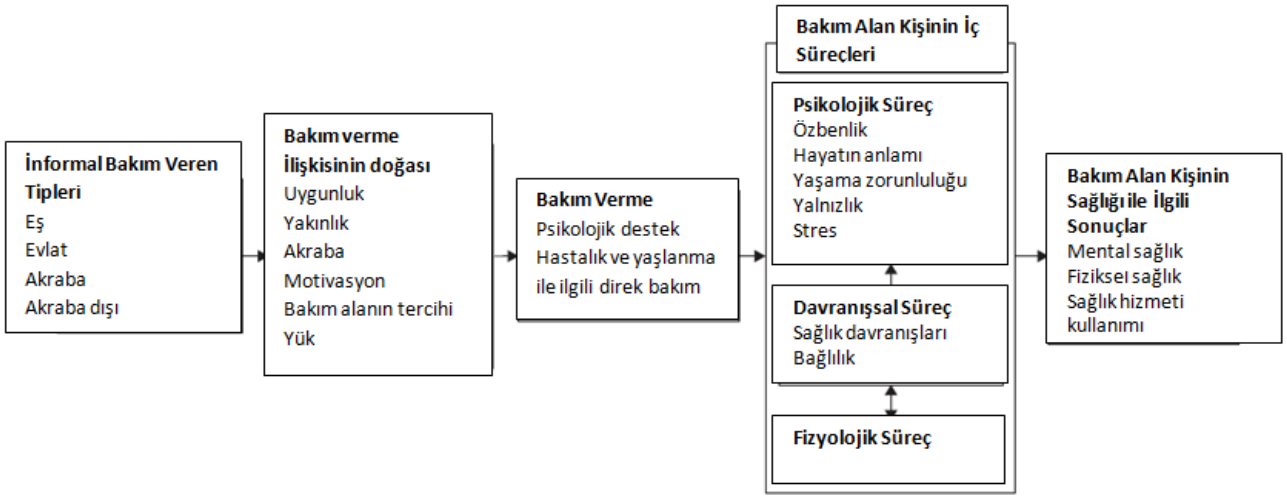
Yaşlılıktaki, sosyal ağ ve sağlık ilişkisi üzerine düşünmek önemlidir. Yani, yaşlı insanların hastalığı ya da sağlığı, sosyal bağların devam etmesinin boyutlarını ve doğasını etkileyebilir. Yalnızlığın yaslı insanlar arasında yaygın olduğuna inanılır. Yaşlı yetişkinlerin sosyal ağ çalışmalarında, ağı belirlemek için genellikle birkaç kriter kullanılır. Bu kriterler; ağdaki insanların sayısı, ağın oluşumu, diğer ağ üyeleriyle görüşme sıklığı, mekansal yakınlık ve sosyal ilişki doyumudur. Sosyal desteğin elde edilebilirliği ve sosyal ağın varlığı, duygusal destek sağlayıcı bir kaynak olabilir. Aynı zamanda bunlar benlik saygısının ve kontrol duygusunun artmasına neden olabilir. Aile, arkadaş ve komsular, yaşlı insanlara önemli destek kaynaklarıdır. Bireylerin yaşamlarında akrabalar desteğin ilk kaynağıdır, bunu arkadaş ve komşular gibi akraba olmayanlar izler. Eş ve çocuk desteği olmayan yaşlılar akraba olmayan kişilere yönelirler (Annak 2005).

1.13. BAKIM VERME YÜKÜ VE BAKIM VERME YÜKÜNÜN BAKIM VEREN ÜZERİNE ETKİLERİ

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 sübjektif sonuçlardır" şeklinde açıklanmaktadır (Uğur 2006). Bakım verme yükü; yaşlı, kronik hastalığı olan, yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilir (Yaşar 2008). Bakım verme yükü, bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir olaydır.

İnformal bakım verenler ile ilgili çeşitli unsurlar evde bakım alan yaşlı bireylerin sağlığı üzerinde etkilidir (Şekil 7). Bu unsurlar arasında bakım veren ile bakım alan birey arasındaki ilişki, bakım verme ilişkisinin doğası, bakım verme türü, bakım alan kişiye ait iç süreçler sayılabilir (Cho 2007).

Şekil-7: Bakım verenlerin bakım verdikleri yaşlı birey üzerindeki etkileri



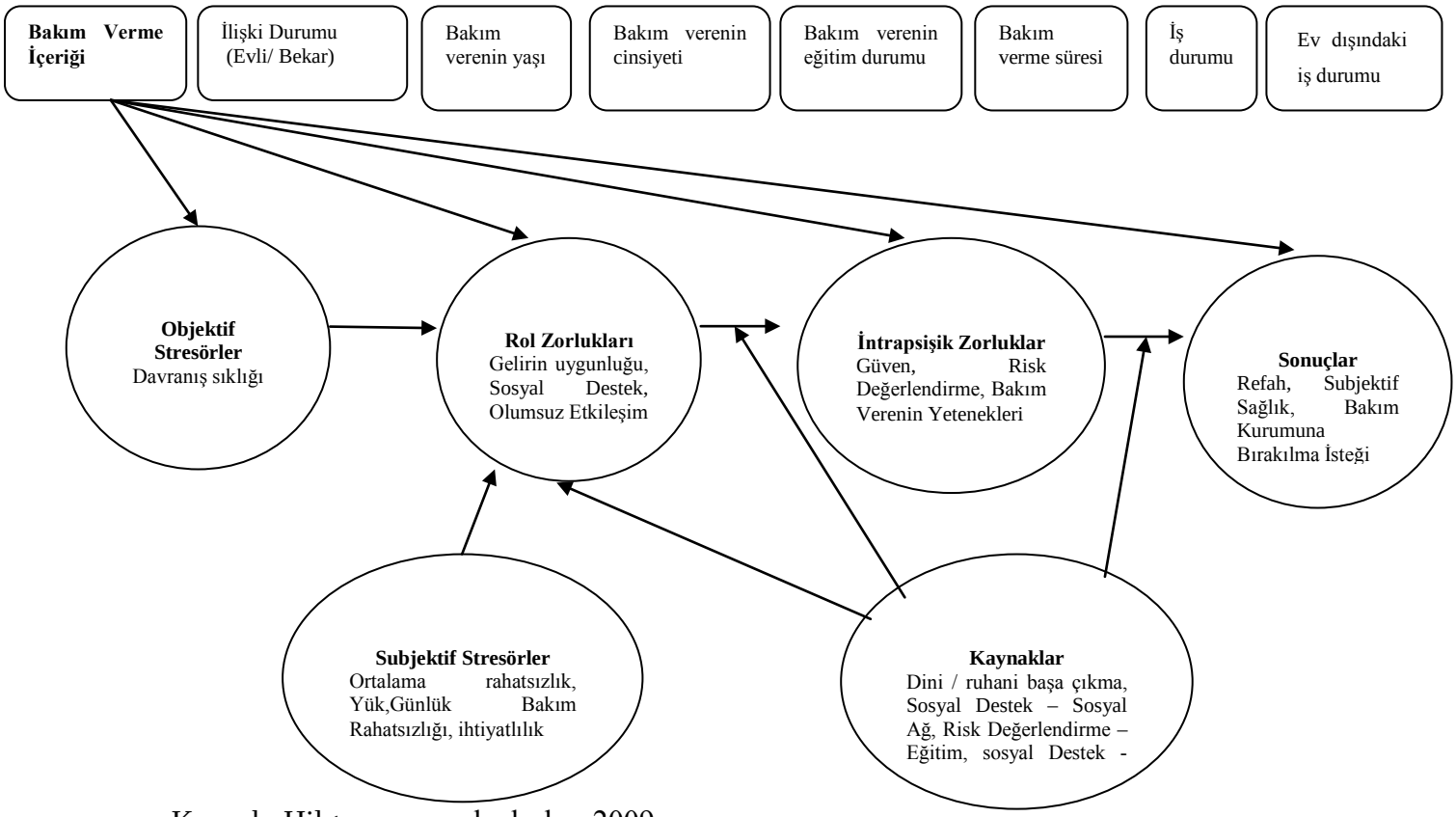
Kaynak: Cho 2007.

1.14. PEARLIN STRES SÜRECİ MODELİ'NİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Stres süreç modeli 1990 yılında Pearlin, Mullan, Semple ve Skaff tarafından geliştirilmiştir (Şekil 8). Bu model dört ana başlığa (bakım verenin geçmişi ve şartları, stresörler, mediatörler ve sonuçlar) dayanmaktadır (Lovelace 2008).

Bu teorik modele göre bakım verenin geçmişi ve şartları ile ilgili faktörler arasında cinsiyet, sosyoekonomik statü, etnik köken, yaş ve biyofiziksel geçmiş sayılabilmektedir (Lovelace 2008).

Şekil-8 : Pearlin ve arkadaşlarına (1990) göre stres süreç modeli.



Kaynak: Hilgeman ve arkadaşları 2009.

Şekilde de gösterildiği gibi Stres Süreç Modeli bakım verme içeriğine ait değişkenler stres ile ilgili süreçlerin herbirini etkilemekte ve bakım verenlerin karşılaştığı stresörlerler ile ilgili farklı uyygulamalar ortaya koymaktadır. Bu uygulamalar ilgili stresörlere yönelik algılama ve bakım verenin depresyonu, fiziksel sağlık algısı gibi unsurlara yöneliktir. Özellikle yaş,cinsiyet, iş durumu ve bakım alan kişiyle ilişki derecesi

gibi unsurlar bakım verene ait Stres Süreç Modeli sonuçları üzerinde etkili olmaktadır (Hilgeman ve arkadaşları 2009).

Pearlin'in Stres Süreç Modelinde eksik olduğu söylenebilecek bir değişken olarak ise bakım verenin etnisitesi gösterilebilir. Irk ya da etnik gruplar algılanan stresörlerin yoğunluğu, kaynakların uygunluğu ve sters ile başa çıkma stratejileri bakım verme sonuçları üzerinde etkili olabilmektedir (Hilgeman ve arkadaşları 2009).

Bakım vermenin bakım verenin fiziksel ve duygusal sağlığı üzerinde negatif etkilerinin bulunduğu belgelenmiştir. Kronik olarak hasta bir eşte bakıcılık-ilişkili stres bakım veren olmayan eşlere kıyasla %63 oranında daha fazla morbidite ile sonuçlanmaktadır. Demans hastası yaşlı bir yetişkine sağlanan bakımın bakım verenin bağışıklık sistemini bakıcılık bittikten 3 yıl sonrasına kadar etkilemeye devam ettiği saptanmıştır. Ağır bakım hizmeti sağlayan eş bakıcılar (örn. haftada 36 saat veya daha fazla) depresyon ve endişe semptomlarını göstermede diğerlerine kıyasla 6 kat daha fazla risk altındadırlar; yetişkin-çocuk bakıcılar için de bu oran yaklaşık iki kat daha fazladır (İnci 2006).

Kadın bakım verenler erkeklere göre daha fazla depresyon ve stres eğilimi göstermektedir. Bakım verenin yaşı arttıkça bakım verme yükü de artış göstermektedir. Düşük sosyoekonomik statüden olan ya da kötü sağlık koşullarına sahipbbakim verenler açısından da bakım verme yükünün daha belirgin şekilde ortaya çıktığı söylenebilir (Lovelace 2008).

Bakım verme yükü objektif ve subjektif olarak iki farklı şekilde de tanımlanmaktadır. Objektif bakım verme güçlüğü; bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Subjektif bakım verme güçlüğü ise; bakım verenin bu rol ile ilişkili

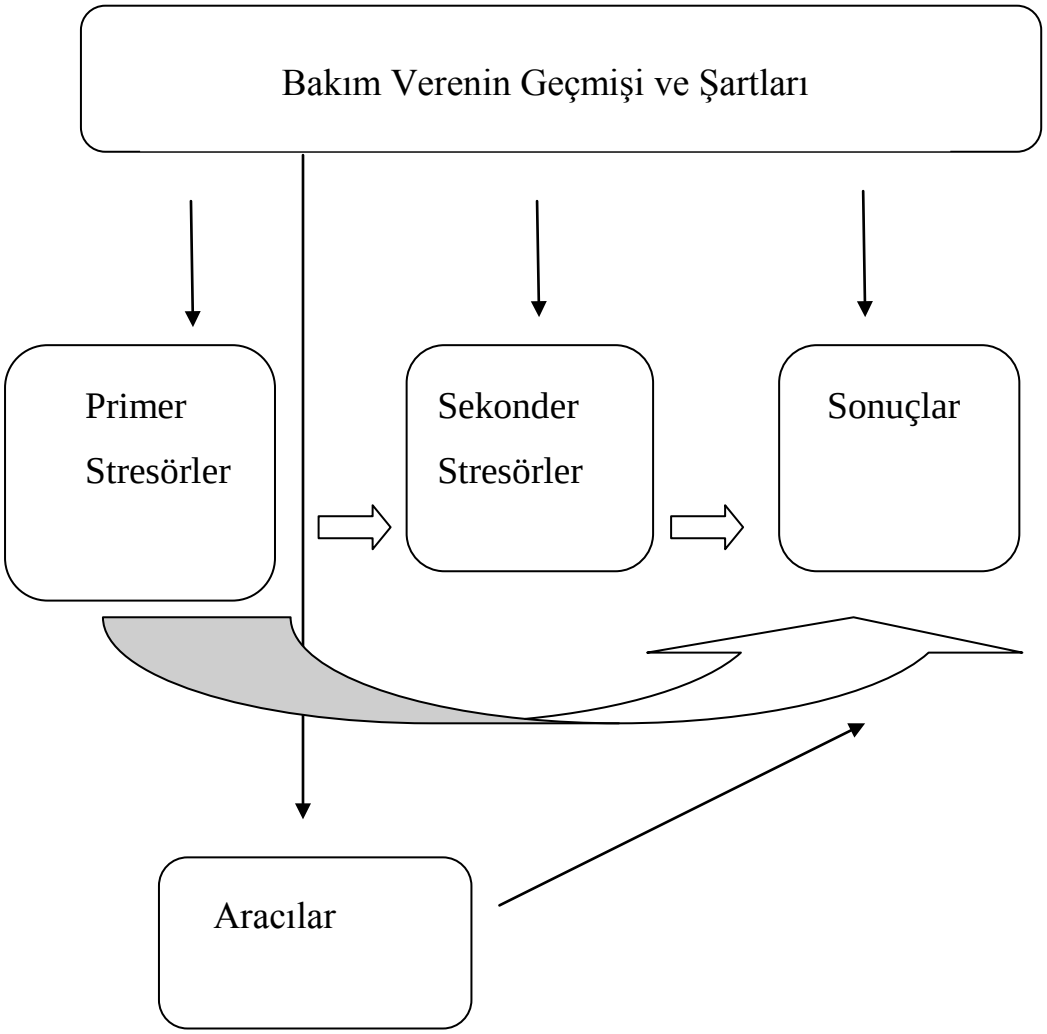
emosyonel duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb. olarak tanımlanmaktadır. Objektif güçlük somut olması nedeni ile daha kolay belirlenmesine karşın, bireyin subjektif algılarının belirlenmesi kolay değildir (İnci 2006).

Pearlin model birincil ve ikincil olmak üzere iki grup stresör grubunu ortaya koymaktadır (Şekil-9). Birincil stresör grubunda bakım alanların denetlenmesi gibi doğrudan bakım veren kişi ile ilgili durumlar bulunmaktadır. Özellikle işlevsel eksikleri olan bireylere bakım veren kişilerin yardıma daha fazla ihtiyacı vardır ve bu kişiler için daha belirgin bir yükten bahsedilebilir. İkincil stresör grubunda ise ekonomik ve sosyal yük gösterilebilir. Özellikle bakım veren kadınlarda bakım verme sürecinin bir sonucu olarak sosyal aktivitelerde ve ilişkilerde oluşan eksikliklerine dolayı çok daha belirgin bir bakım verme yükü ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bakım verilen kişiye yönelik oluşan maddi beklentiler de bakım yükünü artırmaktadır (Lovelace 2008).

Medyatörler (arabulucular) stresörlerin etkilerini azaltan unsurlardır. Stres medyatörleri de iki gruba ayrılmaktadır. Bunlar sosyal destek ve üstesinden gelmedir. Sosyal destek bir destek grubuna üye olarak ya da bir arkadaş veya yakından destek alarak sağlanabilir. Bakım verenlerin aldıkları sosyal destek seviyesi arttıkça bakım verme yüklerinin azaldığı görülmüştür. Üstesinden gelme ile ilgili stratejiler ise stresin etkilerini azaltacak stratejiler olarak açıklanabilir (Şekil-10). Stres Süreç Modeline göre bakım verme sürecinin bakım veren üzerindeki etkileri ya da sonuçları arasında depresyon, anksiyete bozukluğu ve fiziksel sağlıkta gerileme sayılabilir (Lovelace 2008).

Evde bakım veren bireylerin bakım vermeyenlere kıyasla kronik hastalıklara sahip olma oranı iki kat fazladır. Aşırı stres yaşayan evde bakım veren bireylerin aynı zamanda erken yaşlandıkları da görülmektedir. Bu stresin evde bakım verenin yaşamından yaklaşık on seneyi götürdüğü tahmin edilmektedir (İnci 2006).

Şekil-9 : Stres Süreç Modeli

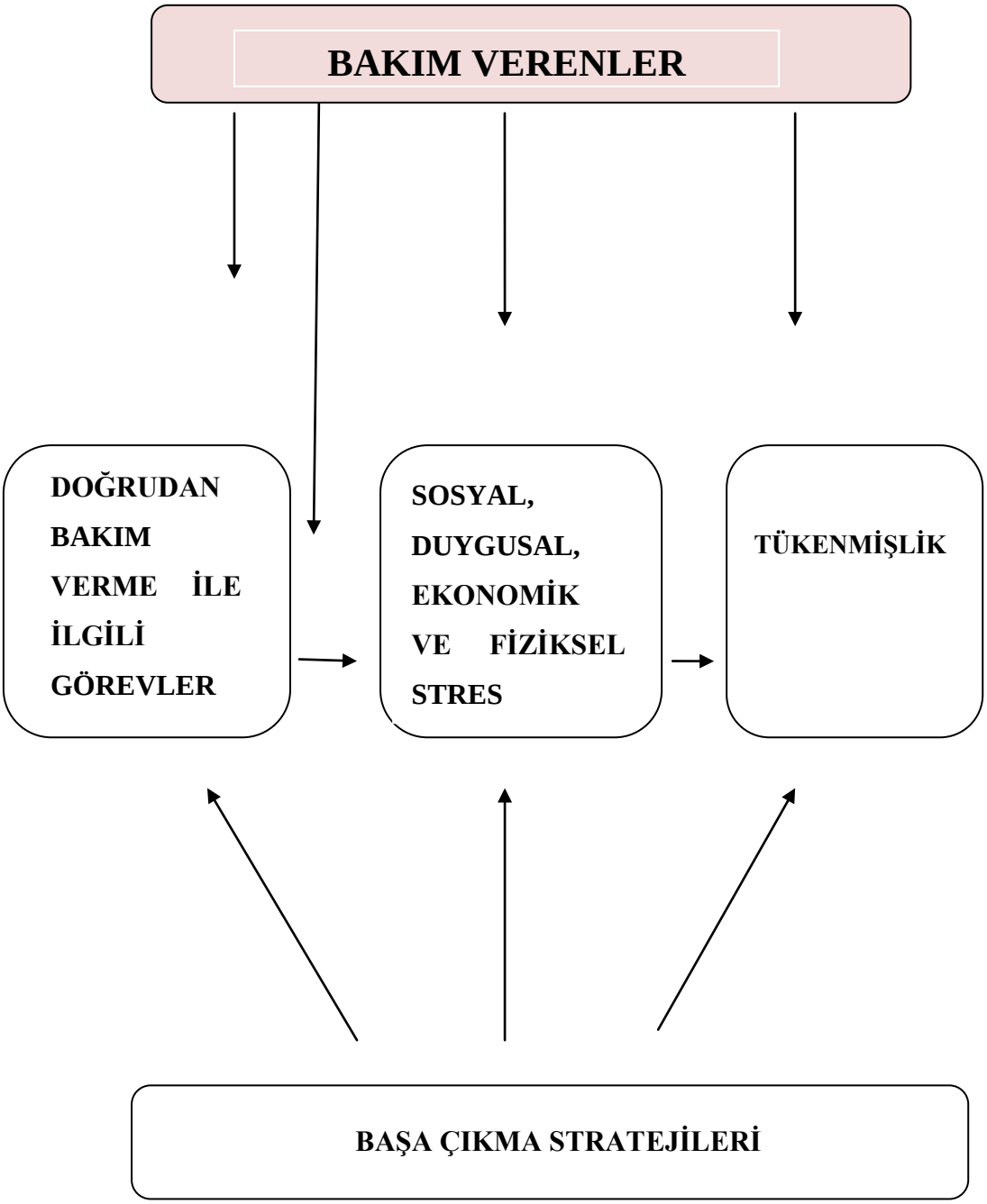


Kaynak: Lovelace 2008

Stres Süreci :

Stres süreci ile ilgili olarak ortaya konan farklı modelleri oluşturan unsurlar temel olarak birincil ve ikincil stresörler, medyatörler ve moderatörler ile bakım verenin içinde bulunduğu durum şeklinde ortaya konabilir. Daha özelleşmiş bir bakış açısıyla bu unsurlar birincil stresörler, ikincil stresörler, değerlendirme, kognitif davranışsal tepkiler, sağlıklı sonuçlar şeklinde 5 ana grupta toplanmaktadır (Lovelace 2008).

Şekil-10 : Stres Süreç Modeli doğrultusunda bakım verme sonucunda yaşanan tükenmişlik durumu



Kaynak: Lovelace 2008

Birincil Stresörler :

Birincil stresörler çoğunlukla stres sürecini başlatan unsurlardır. Özellikle hastanın rahatsızlığı ile ilgili faktörler ve bakım verme sürecine yönelik taleplerle ilgili unsurlar birincil stresör olarak adlandırılmaktadır. Hastanın hastalıktan dolayı çektiği acı, depresyon, hastada görülen anksiyete, tedavinin yan etkileri birincil stresörlere örnek olarak verilebilir (Lovelace 2008).

İkincil Stresörler :

İkincil stresörler ya da diğer bir deyişle yayılmacı etkiler bakım verme süreci içerisinde ortaya çıkan sürece bağlı stres unsurlarıdır. Rol değişiklikleri, aile yapısında gerçekleşen değişiklikler, iş durumu nedeniyle ortaya çıkabilecek olası finansal stres, yorgunluk gibi faktörler bu unsurlara örnek olarak verilebilir (Lovelace 2008).

Kognitif Değerlendirme :

Kognitif değerlerlendirme bireyin stresörlerin kendisi için tam olarak ne ifade ettiğini ve önemini idrak ettiği bir değerlendirme sürecidir. Bu değerlendirmeler her zaman bireylere özgüdür. Örneğin bakım veren kişiler kimi zaman bakım verme gereksinimlerini bir yük olarak görürken başka bakım veren kişiler aynı gereksinimleri sürecin sıradan unsurları olarak kabul etmektedir (Lovelace 2008).

Kognitif ve Davranışsal Tepkiler :

Kognitif ve davranışsal tepkiler kanser durumunun değerlendirmesine yönelik olarak ortaya çıkan düşünsel süreçler ve eylemlerdir. Bu tepki grubunun içinde yer alan "başetme" kavramı yaklaşım ve reddetme temelli davranışlar olmak üzere 2 temel boyuta sahiptir (Lovelace 2008).

2000 yılından beri başetme kavramı üzerine yapılan araştırmaların sonucunda bu kavrama yönelik farklı derecelerde içeriğe sahip farklı tepkisel davranış örnekleri ortaya konmuştur. Bu örnekler arasında kognitif yeniden ifade etme, tutarlılık duygusu, reddetme,

rasyonelleştirme, kabullenme, mizah ile karşılama, sosyal karşılaştırmalar yapma, dini unsurlara tutunma, alkol ya da madde kullanımı gibi olumlu ya da olumsuz davranışlar sayılabilmektedir (Lovelace 2008).

Sağlıklı ve iyi durumda olma :

2000 yılından bu yana yapılan araştırmalarda mental sağlık ile ilgili sonuçlara örnek olarak ortaya konan unsurlar arasında anksiyete, duygusal acı ,duygusal uyum sağlama gösterilmektedir. Daha az dikkate değer bulunmasına rağmen önemli olarak görülebilecek diğer mental sağlık sonuç ya da çıktılarının arasında ise suçluluk duygusu, panik hali, post travmatik stres gibi kavramlar da sayılabilmektedir (Lovelace 2008).

1.15. BAKIM VERME YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yaşlıya bakım verenlerin hepsinin bakım verme güçlüğü yaşamadıkları gibi güçlük yaşayanların ise, güçlük yaşama düzeyleri birbirinden farklıdır. Bakım verme yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; etnik köken, gelir ve eğitim düzeyleri, yaş ve cinsiyet farklılığı, yaşlı bireyin eşi harici birinden bakım almasından duyduğu rahatsızlık, bakım veren ile yaşlı bireyin arasındaki ilişki kopukluğu, bakım veren bireyin bakım vermeye psikolojik olarak hazır olmaması, bakım veren bireyin fiziksel rahatsızlıkları, bakım veren kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılayamaması, bakım verme süresi, yaşlı bireyin bakım veren bireyin yaşamına müdahale etmeye çalışması, hafıza bozukluğu ve fiziksel olarak bağımlı olan yaşlı bireye bakım verme, kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli yaşlılarla aile içi uyumsuzluklar sayılabilir (İnci 2006, Yaşar 2008).

1.16. EVDE BAKIMDA HEMŞİRELİK STRATEJİLERİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hemşire hem sağlıklı hem hasta bireye yasamın tüm dönemlerinde bakım vermektedir. Bakım verme, hemşirelerin bağımsız olarak uyguladığı, geleneksel ve en eski rollerinden olup çağdaş mesleki rolleri içinde de ağırlığını korumaktadır. Bakım gereksinimin en çok arttığı dönemlerden biri olan yaşlılıkta, hemşire bakım verme rolünü gerçekleştirirken birey, aile ya da toplumu bütüncül değerlendirmelidir. Bu nedenle hemşire, yaşlı bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarda bulunmanın yanı sıra, yaşlının iyilik halini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek olan bakım verenleri de ele almalıdır (İnci 2006).

Bakım verenin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında yaşlı, bakım veren ve diğer aile üyelerini birlikte ele almak, bütün hemşirelik girişimlerinde yaşlı ve bakım verenin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri ve güç kazanma yolları bulma konusunda yardım etmek, hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır (İnci 2006).

Hemşire ayrıca bakım verenin yaşlılıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemlemeli, bakım verme rolü ve yaslı bireyin sağlık durumu ile ilgili yaşayabileceği hayal kırıklıklarının farkında olmalı, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir. Bakım verenlerin kendi sağlığını ve refahını tehlikeye atmamaları, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamaları ve bu rol nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için tüm aile üyelerinin bakım yeteneklerinin artırılması gerekmektedir. Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretleri sırasında yaşlıya bakım verenleri belirleyebilir, bakım verenin güçlük yasayıp yaşamadığını saptayarak, uygun hemşirelik girişimleri ile bireylerin bakım verme sürecinden zarar görmesini engelleyebilir. Hemşirenin önemli görevlerinden biri, bakım verenin eğitimi ve bakım verene gerekli danışmanlık hizmetinin verilmesidir (İnci 2006). Evde bakımda hemşirelik stratejileri;

1.Bakım için hazırlık düzeyini arttıracak içeriği ve yetenekleri tanımlayın: Psikoeğitimsel yetenek-inşaası girişimleri bakılan tarafından ihtiyaç duyulan bakım bilgileri ile bunun nasıl sağlanacağını; aynı zamanda bakım rolünün nasıl idare edileceği konusunda koçluk yapılmasını da içermektedir. Bakıcılık rolü ile ilişkilendirilen görevler arasında; değişim ile başa çıkma, çakışan sorumluluk ve stres yaratıcı unsurların idaresi, kaynakların bulunması ve kullanılması ile duyguların ve bakıma verilen fiziksel yanıtların idaresi yer almaktadır (İnci 2006).

2.Meseleleri çözecek ve endişeleri giderecek stratejiler oluşturmadan önce bakıcı ile bir ortaklık kurun: Bu ortaklığın hedefi hemşirenin bilgi birikimi ve uzmanlığı ile bakıcının aile üyesi ve bakım durumu hakkındaki bilgi birikiminin birleştirilmesidir. Her iki tarafta aile ile hemşire arasında karşılıklı müzakere süreci yoluyla önemli bilgileri açığa çıkarır. Birlikte bakıcı ile bakılanın karşılaştığı mesele ve duydukları endişelerin ortadan kaldırılmasını sağlayacak fikirler geliştirirler. Her ailenin durumu farklı olacaktır ve girişimler hemşire-aile işbirliği olmaksızın bireyselleştirilemez (İnci 2006).

3.Bakıcının üzerinde çalışmak istediği bakım meseleleri ve endişelerini tanımlayın ve stratejiler oluşturun: Her bir bakım meselesi ve endişesi için çoklu stratejilerin oluşturulması gereklidir. Bakım literatürü incelemesinden çıkan en önemli bulgulardan birisi de çok bileşenli girişimlerin dar, tekli-problem çözüm yaklaşımlarından daha üstün olduklarıdır (İnci 2006).

4.Bakıcıya bakım durumunun güçlü yanlarını tanımlamasında yardımcı olun: Bakım ile ilgili tüm sonuçlar negatif değildir ve bakım süreci bazı bakıcılar için yerine getirdikleri önemli rolden alacakları gurur ve tatmin olma hissi ile ödüllendirici bir süreç haline de dönüşebilir. Günlük rutin içerisinde hoşa giden aktivitelerin dâhil edilmesi ya da komik veya anlamlı bazı bakım görevlerinin oluşturulması bakım sürecinin geliştirilmesini sağlayabilir. Oldukça zorlu durumlarda bile, elde edilebilecek pozitif sonuçlar

mümkündür; önemli bir sözü yerine getirmenin verdiği haz ve/veya kişisel gelişimin tanınması gibi (İnci 2006).

5.Bakıcıya kaynakları bulmasında ve kullanmasında yardımcı olun: Sağlık sisteminin içerisinde dolaşmak bakıcıların geliştirmeleri gereken en zorlu kabiliyetlerden birisidir. Bakıcılar belirli bir ihtiyacı sağlık bakım sisteminden yardım alacak şekle getirme konusunda nadiren bilgi sahibi olmaktadırlar. Sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları ile nasıl konuşulacağının öğrenilmesi, faturaların müzakeresi, ulaşım ile ilgili yardım isteğinde bulunma gibi görevlerin tamamı aşırı derecede yorucu olabilir. Bazı bakıcılar için, Internet ve diğer on-line destek ve bilgi kaynakları da faydalı olabilir(İnci 2006).

6.Bakıcılara bakım ile ilgili fiziksel ve duygusal yanıtlarını tanımlamaları ve idare etmelerinde yardımcı olun: Bakım sürecinin bazen bakıcının kötüleşen sağlık düzeyi veya belirgin depresyon ile ilişkilendirildiği bilinen bir gerçektir. Bakıcıya destek olmak için geliştirilecek stratejiler en az bakılan kişi için geliştirilenler kadar önemlidir (İnci 2006).

7.Aile bakıcıları ile birlikte çalışırken disiplinlerarası bir yaklaşım kullanın: Çokbileşenli girişimlerin bakım ile ilgili bazı negatif global sonuçların doğması bağlamında en güçlü kayıtlara sahip oldukları bilinmektedir. Başka sağlık profesyonellerinden oluşan bir takımın sürece dahil edilmesi hemşire ve aileye yeni stratejik fikirler oluşturmalarında yardımcı olacak fikir-oluşturma sürecine taze bir perspektif getirecektir (İnci 2006).

1.17. YAŞLI BİREYLERE KALİTELİ BAKIM HİZMETİNİN SUNULMASI

Yaşlılık dönemi yaşlanan birey için de zordur. Yaşlılık döneminde özgüven, uyum yeteneği ve üretkenliği giderek azalmakta, bunaltı, mutsuzluk, karamsarlık, kaygılar, ekonomik sorunlar artmaktadır (www.sosyalhizmetuzmani.org).

Yaşlanan bireyin konuşma, işitme, görme, hareket kısıtlılığı artan, idrar-gaitasını tutamayan, beslenme, tedavi ve ilaçlarını aksatan, düzensiz uyuyan, hijyenine uymayan, kimseye güvenmeyen, değişikliklerden hoşlanmayan, yalnız kalmak istemeyen, herkesi ve her şeyi eleştiren, her konuda zıtlaşıp tartışan aynı soruyu defalarca soran ve alıngan,

endişeli, yaygaracı bir kimliğe bürünmektedir. Yaşlı ile sorun yaşamamak –çoğu kez- imkansız olmaktadır (www.sosyalhizmetuzmani.org).

Yaşlanan kişiye bakmak zordur. Çünkü bakım alan birey hayatın sadece kendi çevresinde dönmesini isteyen, zevk, ilgi ve istek kaybına uğramış, umudunu ve ümidini yitirmiş, ilgi, sevgi, paylaşma, beraber olma isteği artan, çoğu kez kendine bile küsen, alıştığı mekana ve çevreye bağımlılık geliştiren birisidir (www.sosyalhizmetuzmani.org).

Yaşlılarımıza evinde/ evimizde baktığımızda ekonomik, mekansal düzenleme ve bakıcı kaynaklı, hastalandığında tıbbi donanım, ekipman ve sarf malzemesi sağlama kaynaklı güçlükler yaşanmaktadır. Huzurevi ya da bakımevine yerleştirdiğimizde ise daha farklı sorunlar gelişmektedir (www.sosyalhizmetuzmani.org). .

Yaşlanan kişiye bakmak bedensel, zihinsel ve ruhsal yönden yorucu ve yıpratıcıdır. Çünkü adeta bir bebek gibi ilgi, destek ve ihtimam isteyen yaşlı kişileri fiziksel yönden desteklemek, kollayıp taşımak, hastaneye götürmek, öz bakımını yapmak, beslemek, egzersizlerini yaptırtmak, odasını, evini derleyip toplamak, alış-verişini ve yemeğini yapmak, dinleyip yönlendirmek kolay olmadığından, sağlıklı bir iletişim kurulması gereklidir(www.sosyalhizmetuzmani.org).

Bakım veren kişinin yaşlanan kişiyle kuracağı iletişimin kalitesi de önemlidir. Bu nedenle bakım verenlerin göz göze iletişim kurması, sözünü kesmemesi, tek yanıtlı ya da evet – hayırlı sorular sorması ve yanıtını beklemesi, tane tane, yüksek sesle, jest ve mimiklerle konuşması, gerektiğinde soru/yanıtını tekrarlaması, ev içi ve dışında hareket etmesini sağlaması, geçmişten konuşurken, sözü bugüne ve geleceğe getirmemesi, vereceği tepkiyi geciktirmesi, yalnız kalması gerektiğinde –eğer okuyabiliyorsa- görebileceği yerlere, ‘ilacını al' ,”suyunu iç' gibi notlar bırakması, dışarıya yalnız çıkacağında üzerinde kimlik bilgisi + adres + telefon numarası vb.nin yer almasına dikkat etmesi gerekir ki; bunları yaşama geçirmek çok da kolay bir şey değildir (www.sosyalhizmetuzmani.org).

Bakım veren kişinin köreltici ve tekrarlayıcı işi yaparken kendi yaşam kalitesini koruması önemlidir. Bu nedenle yaşlanan kişilerin normal bireylere benzeyemeyeceğini bilmesi, sakin olmaya çalışması, sıkça açık havaya çıkması, kendine ve sevdiklerine zaman ayırması, keyif aldığı şeyleri yapmayı sürdürmesi, rahatlama tekniklerini öğrenerek uygulaması önemlidir (www.sosyaalhizmetuzmani.org).

Bakım veren kişinin -ve ailesinin- yaşam kalitesini arttırmaya çabaladığı yaşlanan kişinin de onlara destek olması gerekir. Bu nedenle çatışma yerine dayanışmayı, torun, çocuk, gelin/damatlarıyla belli bir mesafeyi koruma ve yaşamlarına müdahil olmamayı, aileyi birleştirici rol üstlenmeyi, yakınlarının da sıkıntısı olabileceğinden hareketle gerektiğinde paylaşabilmeyi ve en önemlisi hayata katılmaya istekli olmayı ilke edinmesi gerekir (www.sosyalhizmetuzmani.org).

Bakım kalitesi yaşlanan kişinin durumunu kabullenme düzeyi, yaşadığı yerin fiziki koşulları, bakan kişinin, ailesinin yaşlıyı ve durumunu kabullenme derecesi, sosyoekonomik durumu ile entelektüel düzeyi, olumsuz duyguları (terk edilme, ümitsizlik, yalnızlık, vb.), stresle baş edebilmesi, depresyon durumu ve en önemlisi kişiliğiyle ilgilidir (www.sosyalhizmetuzmani.org).

1.18. SINIRLAMALAR

Araştırmacının İzmir ili Bornova ilçesinde yaşaması ve Manisa ilinde çalışması nedeniylen araştırma Manisa ili Merkez Efendi Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi ve İzmir ili Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimi'nde yürütülmüştür. Araştırmaya, bu merkezlerde evde bakım hizmeti alan ve araştırmanın örneklem seçimine uygun 65 yaş üzeri bireyler ve bakım veren aile üyeleri dahil edilmiştir. Araştırma verilerinin belirli bir alanda toplanması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir. Araştırmacının ikamet ve çalışma yerleri nedeniyle bölgeyi iyi tanıyor olması, araştırmanın yürütülmesi ve kontrol gücünü de olumlu etkilemiştir.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma bakım verenlerin bakım yüklerinin, sosyal destek, stres düzeyi ve sosyal ağ desteği üzerine olan etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırmanın yeri Manisa Merkez Efendi Evde Sağlık Birimi ve Bornova Belediyesi Evde Bakım Biriminde yürütülmüştür.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi bünyesinde 2006'da oluşturulan "Evde Bakım Birimi", Başhekim Dr. Yavuz Bayır'ın talimatıyla kurulmuş olup, birimde görevli Dr. Serdar Özçeliker ve hemşire Selma Adıgüzel şehir merkezinde 100 yaşlı hastaya evde bakım vermektedir. Günde 7-8 yaşlıya hizmet sunan ekip bakım, kontrol ve tedavileri planlamaktadır.

Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimi, Bornova Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'ne bağlı, 2010 yılının Mayıs ayında kurulmuştur. 850 yaşlının evine toplam 13 bin kez giren Evde Yaşlı Bakım Hizmetleri ekibi, ihtiyaç duydukları her konuda yaşlılara yardımda bulunmaktadır. Bir hemşire, iki hasta bakım elemanından oluşan ekibe ihtiyaca göre iki kişilik banyo ekibi, berber ve psikolojik danışman da eşlik etmektedir. Bornova sınırları içinde yaşayan ve evinden dışarı çıkamayan, hareket kabiliyeti az veya olmayan 60 yaş üzerindeki yatağa bağımlılar, yoksullar ile kimsesizlere bakım hizmeti verilmektedir. Görevliler, yaşlıları evlerinde ziyaret edip, sorunları saptayarak kayıt altına almaktadır. Uzman elemanlar eşliğinde yatak çarşaf değişimi, banyo, oda temizliği, tırnak kesimi, pansuman, ağız ve diş sağlığı bakımı yapmaktadır. Ayrıca psikolojik destek konularında da gerekli hizmet verilmektedir.

İki merkezinde avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Manisa Merkez Efendi Evde Sağlık Birimi hekim ve hemşire hizmeti vermekte, ilaç yazmakta ve hemşire tarafından ilaç uygulamaları yapılabilmektedir. Ancak bakım hizmeti sınırlı olup vücut banyosu, berberlik vb… hizmetler sağlanamamaktadır. Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimi'nde hemşirelik bakımı, berberlik hizmeti vb… verilmekte ancak ilaç yazılmamaktadır.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Manisa Merkez Efendi Evde Sağlık Birimi ve Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimi'nde kayıtlı yaşlı birey ile aynı evi en az 6 ay süre ile paylaşan bireylerin bulunduğu birimlere kayıtlı 300 hane araştırma evrenini oluşturmuştur.

2.4. ÖRNEK SAYISI VE BÜYÜKLÜĞÜ

Araştırmanın örneklemini Mayıs 2011- Eylül 2011 tarihleri arasındaManisa Manisa Merkez Efendi Evde Sağlık Birimi ve Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimine kayıtlı olan evde bakım alan 65 yaş üstü bireyler ve onlara bakım veren örneklem ölçütlerine uyan ve araştırmayı kabul eden 168 birey oluşturmuştur. Araştırma örneklemi Epi Info 2000 programında evren (N=300) alınarak bilinmeyen prevelans % 50 alınarak 0.05 hata payı ile %95 güven aralığında en küçük örneklem 168 olarak bulunmuştur. Tablo-2'de örneklem sayıları evren sayılarına orantılı olarak hesaplanmış ve dağılım gösterilmiştir.

Tablo-2: Araştırmanın örneklem sayıları

Araştırma Yeri	Evren	Örnekleme Giren
Manisa Merkez Efendi Evde Sağlık Birimi	100	56
Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimi	200	112

Örnekleme yöntemi olarak olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmaya;

- Araştırmaya katılmaya istekli olan,

- Bakım veren kişilerden iletişim sorunu olmayan, işitme- konuşma engeli olmayan,
- Bakım veren bireylerin 18 yaş üzerinde, yaşlı bireylerden 65 yaş üzerinde olan,
- Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimi ve Merkezefendi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı olan,
- En az 6 ay süre ile evde bakım hizmeti veren/alan bakım veren ve bakım alan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

2.5. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Veri toplama tekniği olarak yüz yüze görüşme tekniği seçilmiştir.

2.5.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen demografik verilerin bulunduğu anket formu ve Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından geliştirilen Bakım Verme Yükü Ölçegi (Burden Interview)ve Zimmet tarafından geliştirilen Sosyal Destek Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu, Sosyal Ağ Formu, Bakım Verenin Stres İndeksi Formu kullanılmıştır.

2.5.2. Yaşlının Ve Bakım Verenin Sosyodemografik Özellikleri Formu (EK-III)

Yaşlıya ve bakım verene ait sosyodemografik özelliklerin yer aldığı form 4 kısımdan oluşmaktadır. Formda;

A bölümü: 9 sorudan oluşmaktadır. Yaşlıya ait sosyodemografik özelliklerin yer aldığı kısımdır.

B bölümü: 11 sorudan oluşmaktadır. Bakım verenin sosyodemografik özelliklerin yer aldığı kısımdır.

C bölümü: 22 sorudan oluşmaktadır. Bakım verenin sağlık durumu hakkında bilgi toplamaya yönelik soruları içermektedir.

D bölümü: 5 sorudan oluşmaktadır. Yaşlı ve bakım verenin aynı evi paylaşmaları ve evin özellikleri ile ilgili soruları içermektedir.

2.5.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği Formu (EK-IV)

Bu ölçek bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş ve yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Bakım verenin kendisi ya da araştırmacı tarafından doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini (bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu) belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır.

Ölçek "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık", "her zaman" seklinde 0' dan 4' e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeyi içerir. Ölçekten en az 0 ve en fazla 88 puan alınabilmektedir.

Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir (İnci 2006).

Puanlamada 0 –20 puan: " bakım yükü yok", 21– 40 puan: "hafif bakım yükü", 41 – 60 puan: "orta düzeyde bakım yükü " ve 61 – 88 puan ise: "ağır bakım yükü" olarak belirlenir. Ölçeğin birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş olup Cronbach Alpha Değeri 0.87 -0.99 arasında değişmektedir (İnci 2006).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılmıştır (İnci 2006).

2.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu (EK-V)

Araştırmada bireylerin sosyal desteklerini ölçmek amacıyla, Zimmet ve arkadaşlarının 1988 yılında geliştirdiği çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived social support MSPSS) kullanılmıştır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, aile, arkadaşlar ve özel bir insan olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan desteğin yeterliliğini ölçen 12 maddeden oluşan bir ölçektir.

Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir.

Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Eker ve arkadaşları tarafından (2001) çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği çalışılmıştır. Araştırmada her birinde 50'ser kişi bulunan yatarak tedavi gören psikiyatri grubu, cerrahi müdahale yapılan hastaların oluşturduğu cerrahi grubu ve rastgele seçilmiş hasta ziyaretçilerinin oluşturduğu normal grubu olmak üzere üç gruba uygulanmıştır.

Yapılan analizlerle ölçeğin faktör yapısının genellenebileceği doğrulanmıştır. iç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmıştır. Aile alt ölçeğinin güvenirliği Alpha: :85, arkadaş alt ölçeğinin güvenirliği Alpha : . 88, özel bir insan alt ölçeğinin güvenirliği Alpha. 92, toplam puanın güvenirliği Alpha: .89 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısı tekrar yapılmış ve Cronbach Alfa değer. .85 olarak bulunmuştur.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin geçerlik çalışmasında kullanılan algılanan sosyal destek ölçeği ile yüksek korelasyon göstermiştir. (Eker ve ark., 2001)

2.5.5. Sosyal Ağ Formu (EK-VI)

Gren ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışmada, insanlara ilişkide oldukları kişilerin isimlerini sormuşlar ve bu kişileri kendilerine ne kadar yakın olduklarını işaretlemelerini istemişler. (0 = hiç yakın değil, 9 = çok yakın). Böylelikle kişilerin sosyal ağ büyüklüklerini belirlemişlerdir.

Bizim çalışmamızda ise, kişiden yaşamında, son altı ay içinde, yakın hissettiği kişilerin isimleri yazması istenmiştir. Ayrıca, bu kişilerle ilişkilerinin türünü (anne, baba, amca, arkadaş, kuzen sevgili gibi) ve bu kişilerle yakınlık derecesini (7 çok yakın; 4 biraz yakın; 1 en az yakın) belirtmesi istenmiştir.

Değerlendirmede yakınlık derecesinin toplamı kullanılmıştır. Bu ölçekten üç puan elde edilir. İlk puan aile ve akraba sosyal ağı puanı, ikinci puan arkadaş ağı puanıdır. Üçüncü puan ise aile ve akraba sosyal ağı ile arkadaş ağı puanlarının toplanmasıyla elde edilen toplam sosyal ağ puanıdır. Böylelikle kişinin sosyal ağının ne oranda aile üyelerinden ve akrabalarından ya da arkadaş ağından oluştuğu ve yakınlık düzeyi belirlenir.

2.5.6. Bakım Verenin Stres İndeksi (EK-VII)

Bakım verenin Stres İndeksi (CSI), 1990 yılında Pearl ve arkadaşları tarafından bakım verme sürecinde karşılaşılan güçlükleri belirlemek ve tanımlamak için oluşturulmuş bir ölçektir. Hastaların kognitif durumu ve problem oluşturan davranışlarının tanımlanması bakım verenlerin rolleri ve aktivitelerini yönlendirmelerinde destek oluşturmaktadır.

Ailedeki çatışmalar, çalışma rolü ve bakım verme rolü arasındaki çatışma, bakım vermeye sosyal destek, bakım verme tecrübesi için oldukça önemlidir. Indeks, 13 sorudan oluşmaktadır(0–1). Her evet cevabı o alanda desteğe duyulan ihtiyacı gösterir.7 ya da daha yüksek puan yüksek stres düzeyini gösterir. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. İndeksin toplam puan ortalaması ve standart sapması 9,54 ± 0,74 olarak saptanmıştır.

2.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmacı tarafından geliştirilen demografik verilerin bulunduğu anket formu, Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından geliştirilen Bakım Verme Yükü Ölçegi (Burden Interview), Zimmet tarafından geliştirilen Sosyal Destek Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu, Sosyal Ağ Formu Manisa Merkez Efendi Hastanesi Evde Bakım Birimi ve Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimine kayıtlı olan araştırmanın örneklem seçimine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 168 bireye yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile yapılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde aşağıdaki testlerden yararlanılmıştır;

- Sosyodemografik verilerin sayı yüzde dağılımları, standart sapma, standart hata, varyans
- Sosyodemografik veriler ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiler, kikare analizi, mann whitney U testi, Kruskall Wallis testleri ile belirlenmiştir.
- Ölçekler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde korelasyon analizi kullanılmıştır.
- Verilerin; Shapiro-Wilk testi sonucu normallik dağılımına uymadığı bulunmuştur.

2.8. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmanın bağımlı değişkeni; bakım verme yükü

Bağımsız değişkenleri ise; sosyodemografik değişkenler, hastalığa ilişkin değişkenler, hastanede yatış süreleri, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı, sosyal ağ ölçeği toplam puanı, bakım verenin stres indeksi toplam puanıdır.

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Ekim 2010 – Nisan 2011: Araştırma konusu belirleme, literatür tarama, tez önerisi hazırlama

Nisan 2011: Tez önerisi sunumu

Nisan 2011- Eylül2011: Veri toplama

Eylül 2011- Eylül 2013: Veri analizi, tez yazım

Eylül 2013: Tez savunması

Araştırma 2010 yılında planlanmış, 2011 yılı Nisan ayı içinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Nisan- Eylül 2011 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Eylül 2011- Eylül 2013 tarihleri arasında veri analizi ve tez yazımı tamamlanmıştır. Tez savunması ise 2013 Eylül ayında yapılmıştır.

2.10. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli kurumlardan; Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurulu'ndan ve Manisa Merkez Efendi Evde Sağlık Birimi ve Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimi'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilip ve bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. (EK-I,II)

Araştırmada kullanılan ölçekler için yazılı izinler e- mail yoluyla alınmıştır.

Sosyodemografik özellikleri içeren anket formu (EK-III)

Zarit bakım verme yükü ölçeği formu (EK-IV)

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği formu (EK-V)

Sosyal ağ formu (EK-VI)

Bakım verenin stres indexi formu (EK-VII)

3.BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bulguları; bakım verenin sosyo-demografik özellikleri ve bakım yükü, sosyal desteğin etkileri, sosyal ağın etkileri, stres düzeyleri ve bu değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkidir.

3.1. YAŞLIYA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bu bölümde, yaşlıların ve yaşlıya bakım verenlere ait sosyo –demografik özelliklere ve ekonomik durumlarına ilişkin özelliklere yer verilmiştir.

Tablo-3: Araştırmaya Katılan Bakım Alan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grupları		
65-69	30	17.90
70-74	30	17.90
75-79	47	28.00
80-84	42	25.00
85-90	19	11.30
Cinsiyet		
Kadın	94	56.00
Erkek	74	44.00
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	35	20.80
Okur-yazar	20	11.90
İlkokul	85	50.60
Ortaokul	22	13.10
Lise	6	3.60
Yatağa bağımlı olma durumu		
Yatağa bağımlı	100	59.50
Yatağa bağımlı değil	68	40.50

Kendini sağlıklı hissetme		
Sağlıklı hissedenler	61	36.30
Sağlıklı hissetmeyenler	107	63.70
Hastalık grupları		
Nörolojik	78	46.40
Malignite	7	4.20
Kemik, kas, bağ doku	3	1.80
Diğer (DM, inkontinans vs.)	35	20.80
Birden çok hastalığa sahip olanlar	45	26.80
TOPLAM	**168**	**100.00**

Tablo 3'te araştırmaya katılan yaşlı bireylerin sosyodemografik verileri sunulmuştur. Bornova Belediyesi evde bakım biriminden 112 kişi (%66.70), Manisa Belediyesi evde bakım biriminden 56 kişi (%33.30) araştırma kapsamına alınmıştır. Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 76.72±7.0, boy ortalaması 1.63±8.30 metre, kilo ortalaması 68.13±12.9 kilogram olup, BMI ortalaması 25.60±5.34 saptanmıştır. Yaşlı bireylerin yaş gruplarına bakıldığında, 65-69 yaş grubunda %17.90, 70-74 yaş grubunda %17.90, 75-79 yaş grubunda %28.00, 80-84 yaş grubunda %25.00, 85 ve üzeri yaş grubunda ise %11.30 olduğu saptanmıştır. Bakım alan yaşlıların %56.00'sının kadın, %44.00'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Bakım alan yaşlıların eğitim durumuna bakıldığında %20.80'inin okur yazar olmadığı, %11.90'ının okur yazar, %50.60'ının ilkokul, %13.10'unun ortaokul, %3.60'ının lise mezunu olduğu saptanmıştır. Bakım alan yaşlıların %59.50'sinin yatağa bağımlı olduğu, %40.50'sinin yatağa bağımlı olmadığı belirlenmiş bununla birlikte %36.30'unun kendini sağlıklı hissettiği, %63.70'inin kendisini sağlıklı hissetmediği saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan tüm yaşlı bireylerin uzun süredir tedavi oldukları en az bir hastalığı mevcuttur (n= 168). Yaşlı bireylerde %1.80'inin kemik, kas, bağ doku hastalığı, %4.20'sinin malign bir hastalığı olduğu, %20.80'inin diyabet ve inkontinans gibi diğer

hastalıklara sahip olduğu, %26.80'inin birden fazla hastalığa sahip olduğu, %46.40'ının nörolojik bir hastalığının olduğu tespit edilmiştir.

Yaşlı bireylerin hastalıklarına bakıldığında ağırlıklı olarak demans hastaları 26 kişi (%15.50), SVO hastaları 23 kişi (%13.70), Alzheimer hastaları 22 kişi (%13.10) bulunmuştur.

Tablo 4'te bakım veren bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri sunulmuştur.

Tablo-4: Yaşlıya Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Yaş Grupları		
20-29	1	0.60
30-39	5	3.00
40-49	33	19.60
50-59	56	33.30
60-69	49	29.20
70-79	20	11.90
80 ve üzeri	4	2.40
Cinsiyet		
Kadın	150	89.30
Erkek	18	10.70
Medeni Durum		
Evli	130	77.40
Dul	30	17.90
Bekar	8	4.80
Çocuğa sahip olma durumu		
Var	141	83.90
Yok	27	16.10
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	6	3.60
Okur-yazar	13	7.70
İlkokul	68	40.50
Ortaokul	31	18.50
Lise	40	23.80
Üniversite	10	6.00

Mesleği		
Emekli	45	26.80
Ev Hanımı/Çalışmayan	103	61.30
Çalışan	20	11.90
Sosyal Güvence		
Var	150	89.30
Yok	18	10.70
Gelir Varlığı		
Var	145	86.30
Yok	23	13.70
Gelir Durumu		
Gelir gidere denk	138	82.10
Gelir giderden az	25	14.90
Gelir giderden fazla	5	3.00
TOPLAM	168	100.00

Yaşlılara bakım veren bireylerin yaş gruplarına göre dağılımında 20-29 yaş arasında %0.60, 30-39 yaş grubu arasında %3.00, 40-49 yaş arasında %19.60, 50-59 yaş arasında %33.30, 60-69 yaş arasında %29.20, 70-79 yaş grubu arasında %11.90, 80 ve üzeri yaş grubunda ise %2.40 olduğu saptanmıştır. Bakım veren bireylerin %89.30'u kadın, %10.70'i ise erkek popülasyondan oluşmaktadır. Bakım veren bireylerin %77.40'ı evli, %17.90'ı dul, %4.80'inin medeni durumu bekardır ve %83.90'ının çocuk sahibi olduğu, %16.10'unun çocuğa sahip olmadığı belirlenmiştir. Bakım veren bireylerin eğitim durumları değerlendirildiğinde %3.60'ının okur yazar olmadığı, %7.70'inin okur yazar olduğu, %40.50'sinin ilkokul, %18.50'sinin ortaokul, %23.80'inin lise, %6.00'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan bakım veren bireyler %26.80'i emekli, %61.30'u ev hanımı ya da çalışmayan, %11.90'ını çalışanlar oluşturmaktadır. Bakım veren bireylerin %89.30'unun sosyal güvencesi olduğu, %10.70'inin sosyal güvencesinin bulunmadığı, %86.30'unun gelir sahibi olduğu, %13.70'inin herhangi bir

geliri olmadığı saptanmıştır. Gelir durumları incelendiğinde %82.10'unun geliri giderine denk, %14.90'ının gelirinin giderinden az olduğu ve %3.00'ünün gelir düzeyinin gider düzeyinden fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo-5: Yaşlıya Bakım Verenlerin Sağlık Durumlarına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Sağlığı algılama		
Çok iyi	6	3.60
İyi	110	65.50
Orta	50	29.80
Kötü	2	1.20
Hekimden alınmış tanı		
Evet	123	73.20
Hayır	45	26.80
Varolan hastalıklar		
Hastalığı olmayan	45	26.80
Malignite	2	1.20
Kemik, kas, bağ doku	1	0.60
Diğer sorunlar (DM, HT vs.)	91	54.20
Birden çok hastalığı olanlar	29	17.30
Uyku sorunu		
Var	67	39.90
Yok	101	60.10
Uyku ilacı kullanma		
Var	17	10.10
Yok	151	89.90
Depresyon ya da anksiyete için ilaç kullanma		
Var	11	6.50
Yok	157	93.50
Bakım verme ve sağlık kontrolünü engelleme		
Var	50	29.80
Yok	118	70.20

Bu yıl içinde aşı olma		
Var	11	6.50
Yok	157	93.50
TOPLAM	168	100.00

Bakım verenlerin sağlığı algılama düzeyi sorulduğunda %1.20'si kötü, %3.60'ı çok iyi, %29.80'i orta, %65.50'si iyi cevabını vermişlerdir. Bakım veren bireylerin %73.20'sinin hastalık nedeniyle hekimden tanı almış olduğu, %26.80'inin hekimden tanı almadığı saptanmıştır. Bakım verenlerin varolan hastalıklarına bakıldığında %26.80'inin herhangi bir hastalığının olmadığı, %1.20'sinin malign bir hastalığının olduğu, %0.6'sının kemik, kas, bağ doku hastalığı, %54.20'sinin diyabet, tansiyon gibi diğer hastalıklara sahip olduğu saptanmıştır. %17.30'unun ise birden çok hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Bakım veren bireylerin %39.90'ının uyku sorunu olduğu, %60.10'unun ise uyku sorunu yaşamadığı ve %10.10'unun uyku ilacı aldığı, %89.90'ının uyku ilacı kullanmadığı saptanmıştır. Bakım veren bireylerin %6.50'sinin depresyon ya da anksiyete ilacı kullandığı, %93.50'sinin depresyon ya da anksiyete ilacı kullanmadığı saptanmıştır. Bakım veren bireylere bakım verme nedeniyle sağlık kontrollerinin engellenip engellenmediği sorulduğunda %29.80'i sağlık kontrollerinin engellendiğini, %70.20'si ise sağlık kontrollerinin engellenmediğini belirtmişlerdir. Bakım veren bireylerin %6.50'si bu yıl içinde aşı yaptırmış, %93.50'si ise herhangi bir aşı yaptırmamıştır.

Tablo 6'da bakım veren bireylerin bakım verme süreçlerine yönelik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo -6: Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreçlerine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	Sayı(n)	Yüzde(%)
Bakım verilen yaşlı ile yakınlık		
Oğul	8	4.80
Kız	65	38.70
Gelin	29	17.30
Damat	1	0.60
Torun	1	0.60
Eş	57	33.80
Kardeş	7	4.20
Yaşlıya bakma süresi		
1 yıl	21	12.50
2 yıl	13	7.70
3 yıl	45	26.80
4 yıl	17	10.10
5 yıl	25	14.90
6-10 yıl	19	11.30
10 yıldan fazla	28	16.70
Yaşlıya Bakma Nedeni		
Ailevi sorumluluk	80	47.60
Sevdiğim için	51	30.40
Bakacak kimse yok	33	19.60
Evde bakım hizmeti yok	1	0.60
Ekonomik katkısı olduğu için	3	1.80
Yaşlıya bakmaktan memnun olma		
Evet	134	79.80
Hayır	34	20.20

Bakımda sıkıntı yaşanan konular		
Cinsiyet farklılığı	2	1.20
İletişim	19	11.30
Vücut bakımı	117	69.60
Sıkıntı yok	9	5.40
Yaşlının memnuniyetsiz olması	2	1.20
Ev işleri	9	5.40
İletişim ve vücut bakımı	3	1.80
Taşıma/ yer değiştirme	6	3.60
Yaşlının beslenmesi	1	0.60
Yaşlı ile iletişim sıkıntısı		
Var	72	42.90
Yok	96	57.10
İletişim sıkıntısı türü		
Yok	96	57.10
Konuşma	29	17.30
Anlama	19	11.30
İşitme	9	5.40
İşitme konuşma	11	6.50
Anlama işitme	2	1.20
Konuşma anlama	2	1.20
Bakım veren olmayınca bakan biri		
Var	96	57.10
Yok	72	42.90
Dinlendirmek için yardımcı		
Var	68	40.50
Yok	100	59.50
Yardım ihtiyacı		
Var	129	76.80
Yok	39	23.20

İstenilen yardım		
Yardım istemiyor	36	21.40
Yatılı bakıcı	22	13.10
Evde yalnız kalmaması için yanında duracak biri	8	4.80
Ev işleri	37	22.00
Gündüzlü bakıcı	58	34.50
Bir yere taşıma	5	3.00
Fizik tedavi	2	1.20
Kendine vakit ayırma		
Var	99	58.90
Yok	69	41.10
Yaşlı bakımı konusunda bilgi		
Var	10	6.00
Yok	158	94.00
Yaşlı bakımı konusunda eğitim		
Alan	7	4.20
Almayan	161	95.80
Yaşlı bakımı konusunda eğitim ihtiyacı		
Var	39	23.20
Yok	129	76.80
Yaşlıya bakmanın maddi yükü		
Var	91	54.20
Yok	77	45.80
Yaşlıya bakmanın yaşamı etkilemesi		
Var	141	83.90
Yok	27	16.10

Yaşlıya bakmanın yaşama etkisi		
Yok	27	16.10
Sosyal yaşam	23	13.70
Aile yaşamı	13	7.70
Beden sağlığı	36	21.40
Sosyal yaşam ve beden sağlığı	23	13.70
Sosyal yaşam, aile yaşamı, beden sağlığı	9	5.40
Aile yaşamı, beden sağlığı	28	16.70
Sosyal yaşam, aile yaşamı	9	5.40
Ev tipi		
Müstakil	44	26.20
Apartman	122	72.60
Gece kondu	2	1.20
Isınma yöntemi		
Soba	86	51.20
Kalorifer	58	34.50
Klima	24	14.30
TOPLAM	168	100.00

Bakım veren bireylerin yaş ortalaması 57.15±10.96, boy ortalaması 1.62±6.19, kilo ortalaması 71.97±11.11, BMI ortalaması 27.11± 3.84 bulunmuştur.

Bakım veren bireylerin hastalıklarına bakıldığında birinci sırada diabetes mellitus 27 kişi (%16.10), ikinci sırada hipertansiyon 18 kişi (%10.70), üçüncü sırada ise romatizmal hastalıklar 13 kişi (%7.70) görülmektedir. Bakım veren bireylerin evde yaşayan birey sayısı ortalaması 2.97±1.11 bulunmuştur. Yaşlı bireye ve bu kişilerin yakınlık derecelerine bakıldığında , % 4.80 oğul, % 38.70 kızı, % 17.30 gelini , % 0.60 damadı , % 0.60 torun, % 33.90 eş , % 4.20 ile kardeşlik ilişkilerinin olduğu saptanmıştır. Bakım yaşlıya bakma süresi değerlendirildiğinde bir yıldır bakım verenlerin % 12.50 , iki yıl bakım verenlerin % 7.70 , üç yıl bakım verenlerin % 26.80 , dört yıl bakım verenlerin % 10.10 ,beş yıl bakım verenlerin % 14.90 , 6 – 10 yıl arası bakım verenlerin %11.30 , 10

yıldan fazla bakım %16.70 orana sahip olduğu belirlenmiştir. Bu kişilere yaşlıya bakma nedeni sorulduğunda %47.60 ailevi sorumluluk , %30.40 sevdiğim için , %19.60 başka kimse olmadığı için, %0.60 evde bakım hizmeti olmadığı için, %1.80 ekonomik katkısı olduğu için yanıtlarını vermişlerdir. Bakım verenlerin %79.80'i yaşlıya bakmaktan memnun olduğunu, %20.20'si ise memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %69.60'ı vücut bakımı verirken sıkıntı yaşadığını, %11.30'u iletişim sıkıntısı nedeniyle bakım vermede zorlandığını, %5.40'ı bakım vermede zorlanmadığını, %5.40'ı ev işlerinde sıkıntı yaşadığını, %3.60'ı yaşlıyı taşıma ya da yaşlıya yer değiştirmede sıkıntı yaşadığını, %1.80' i iletişim kurma ve vücut bakımı vermede, % 1.20'si cinsiyet farklılığı nedeniyle, %1.20'si yaşlının memnuniyetsiz olması nedeniyle, %0.60'ı yaşlının beslenmesi ile ilgili konularda sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Bu bireylerden %42.90'ı yaşlı bireyle iletişim kurmakta sıkıntı yaşadığını, %57.10'u iletişim sıkıntısı yaşamadığını belirtmiştir. Bakım veren bireylere yaşlı bireyle yaşadıkları iletişim sıkıntısının türü sorulmuş, %57.10'u sorun yaşamadığını, %17.30'u konuşma, %11.30'u anlama, %5.40'ı işitme, %6.50'si işitme ve konuşma, %1.20'si anlama ve işitme, %1.20'si konuşma ve anlama cevabını vermişlerdir. Bakım veren bireylerin %57.10'u kendisi olmayınca yaşlıya bakan birinin olduğunu, %42.90'ı ise bakım veren birinin olmadığını belirtmişlerdir. Bakım veren bireylerin %40.50'sini dinlendirmek için yardımcı birinin olduğu %59.50'sinin ise böyle yarımcısının olmadığı tespit edilmiştir. Bakım verenlerin %76.80'inde yardım ihtiyacı saptanırken, %23.20'sinde ihtiyaç saptanmamıştır. Bakım veren bireylere istedikleri bakım yardımı sorulduğunda %21.40'ı yardım istemediğini, %22.00'si ev işlerinde yardımcı olacak birini istediğini, %34.50'si gündüzlü bakıcı istediğini, %13.10'u yatılı bakıcı istediğini , %4.80'i yaşlının evde yalnız kalmaması için yanında duracak birini istediğini , %3.00'ı yaşlıyı bir yere taşımada yardım istediğini, %1.20'si fizik tedavi için yardım ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Bakım veren

bireylerin %58.90'ı kendine zaman ayırabildiğini, %41.10'u ise kendine vakit ayıramadığını ifade etmiştir. Bakım verenlerin %6.00'sı yaşlı bakımı konusunda bilgi sahibi olduklarını, %94.00'ü ise bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %4.20'si yaşlı bakımı konusunda eğitim aldığını, %95.80'i eğitim almadığını, %23.20'si eğitim ihtiyacı olduğunu, %76.80'i ise eğitime ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Bakım verenlerin %54.20'si yaşlıya bakmanın maddi yük getirdiğini belirtirken, %45.80'i her bir yük oluşturmadığını ifade etmiştir. Yaşlı bireye bakım verenlerin % 83.90'ı yaşlıya bakmanın yaşamlarını etkilediğini, %16.10'u ise yaşlıya bakmanın yaşamları üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını belirtmiştir. Bakım verenlerin %13.70'i sosyal yaşamlarını, %7.70'i aile yaşamlarını, %21.40'ı beden sağlığını, %13.70'i hem sosyal yaşam hem beden sağlıklarını, %16.70' i hem aile yaşamı hem beden sağlığını, %5.40'ı ise sosyal yaşam ve aile yaşamlarını etkilediğini ifade etmiştir. Bakım verenlerin oturdukları ev tiplerinin ise, %26.20'si için müstakil, %72.60'ı için apartman, %1.20'si için gece kondu şeklinde saptanmıştır. Evin ısınma şekline bakıldığında ise %51.20'sinin soba, %34.50'sinin kalorifer, %14.30'unun ise klima kullandığı belirlenmiştir.

3.2. BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNE İLİŞKİN BULGULARI

Tablo- 7: Bakım Verenin 'Bakım Yükü' Düzeyi

Bakım Yükü	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Bakım Yükü Yok	8	4.80
Hafif Bakım Yükü	88	52.30
Orta Düzey Bakım Yükü	50	29.80
Ağır Düzey Bakım Yükü	22	13.10
Toplam	**168**	**100.00**

Bu çalışmada örneklem sayısının 168 bakım veren ile sınırlı olması nedeniyle bakım yükü " yok"; hafif, orta ve ağır olanlar ise "var" olarak gruplandırılmıştır. Bakım verenlerin %4.80'inin bakım yükünün olmadığı, yaklaşık yarısının (%52.30) bakım

yükünün “hafif, %29.80’inin “orta düzeyde” ve %13.10’unun ise bakım yükünün “ağır” olduğu saptanmıştır. İkili gruplandırmaya göre bakım verenlerin %42.90’ının (n:168) bakım yükünün “var” olduğu söylenebilir. Diğer taraftan bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması 40.2±15.4 (dağılımı: 12-88 puan) olarak hesaplanmıştır.

Tablo-8: Bakım Yükü Ölçeği Maddelerinin Dağılımı

Bakım Yükü Ölçeği Maddeleri		**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	20	11.90
	Nadiren	8	4.80
	Bazen	55	32.70
	Oldukça sık	18	10.70
	Hemen her zaman	67	39.90
Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	56	33.30
	Nadiren	31	18.50
	Bazen	34	20.20
	Oldukça sık	27	16.10
	Hemen her zaman	20	11.90
Yakınınıza bakım verme ile aile ve is sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	33	19.60
	Nadiren	31	18.50
	Bazen	46	27.40
	Oldukça sık	23	13.70
	Hemen her zaman	35	20.80
Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	Hiçbir zaman	49	29.20
	Nadiren	38	22.60
	Bazen	39	23.20
	Oldukça sık	32	19.00
	Hemen her zaman	10	6.00
Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	Hiçbir zaman	80	47.60
	Nadiren	48	28.60
	Bazen	25	14.90
	Oldukça sık	12	7.10
	Hemen her zaman	3	1.80
Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	52	31.00
	Nadiren	66	39.30
	Bazen	14	8.30
	Oldukça sık	16	9.50
	Hemen her zaman	20	11.90

Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	Hiçbir zaman	32	19.00
	Nadiren	45	26.80
	Bazen	28	16.70
	Oldukça sık	24	14.30
	Hemen her zaman	39	23.20
Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	4	2.40
	Nadiren	19	11.30
	Bazen	35	20.80
	Oldukça sık	25	14.90
	Hemen her zaman	85	50.60
Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	Hiçbir zaman	79	47.00
	Nadiren	51	30.40
	Bazen	21	12.50
	Oldukça sık	15	8.90
	Hemen her zaman	2	1.20
Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	32	19.00
	Nadiren	47	28.00
	Bazen	50	29.80
	Oldukça sık	25	14.90
	Hemen her zaman	14	8.30
Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yasayamadığınızı düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	38	22.60
	Nadiren	66	39.30
	Bazen	35	20.80
	Oldukça sık	13	7.70
	Hemen her zaman	16	9.50
Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	5	3.00
	Nadiren	48	28.60
	Bazen	63	37.50
	Oldukça sık	28	16.70
	Hemen her zaman	24	14.30
Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	44	26.20
	Nadiren	70	41.70
	Bazen	28	16.70
	Oldukça sık	12	7.10
	Hemen her zaman	14	8.30
Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	23	13.70
	Nadiren	32	19.00
	Bazen	13	7.70
	Oldukça sık	100	59.50
	Hemen her zaman	23	13.70

Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	55	32.70
	Nadiren	21	12.50
	Bazen	34	20.20
	Oldukça sık	20	11.90
	Hemen her zaman	38	22.60
Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	Hiçbir zaman	68	40.50
	Nadiren	33	19.60
	Bazen	34	20.20
	Oldukça sık	7	4.20
	Hemen her zaman	26	15.50
Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	47	28.00
	Nadiren	52	31.00
	Bazen	38	22.60
	Oldukça sık	20	11.90
	Hemen her zaman	11	6.50
Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	Hiçbir zaman	38	22.60
	Nadiren	44	26.20
	Bazen	53	31.50
	Oldukça sık	21	12.50
	Hemen her zaman	12	7.10
Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yasıyor musunuz?	Hiçbir zaman	61	36.30
	Nadiren	63	37.50
	Bazen	37	22.00
	Oldukça sık	6	3.60
	Hemen her zaman	1	0.60
Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	9	5.40
	Nadiren	23	13.70
	Bazen	42	25.00
	Oldukça sık	57	33.90
	Hemen her zaman	37	22.00
Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz isin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	1	0.60
	Nadiren	10	6.00
	Bazen	24	14.30
	Oldukça sık	77	45.80
	Hemen her zaman	56	33.30
Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	Hiç	2	1.20
	Biraz	15	8.90
	Orta	81	48.20
	Oldukça	65	38.70
	Aşırı	5	3.00
TOPLAM		**168**	**100.00**

‘Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?’ sorulduğunda 80 kişi (%47.60) hiçbir zaman yanıtını vermiştir. ‘Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna 85 kişi (%50.60) hemen her zaman yanıtı vermiştir. ‘Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?’ sorusuna 79 kişi %47.00 ile hiçbir zaman yanıtını vermiştir. ‘Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?’ sorusuna 70 kişi (%41.70) nadiren yanıtını vermiştir. ‘Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?’ sorusuna 100 kişi %59.50 ile oldukça yanıtını vermişlerdir. ‘Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?’ sorusuna 68 kişi %40.50 ile hiçbir zaman yanıtını vermiştir. ‘Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz isin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?’ sorusuna 77 kişi (%45.80) oldukça yanıtını vermiştir. Yakınına bakarken 81 kişi (%48.20) orta derecede güçlük yaşadığı saptanmıştır.

Tablo- 9: Bakım Verenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Yükü Dağılımı

	X	**SD**	**Ortanca**	**MİN/MAX**	**X^2/U**	**P DEĞERİ**
Yaş Grupları						
20-29	31.0	-	63.00	31.00/31.00		
30-39	48.60	15.58	113.80	28.00/70.00		
40-49	44.21	18.43	91.80	19.00/76.00		p=0.021
50-59	34.35	13.09	66.88	12.00/74.00	X^2=14.941	
60-69	44.53	15.29	99.39	18.00/88.00		
70-79	37.60	10.13	80.40	17.00/54.00		
80 ve üzeri	41.25	23.28	77.88	22.00/69.00		
Cinsiyet						
Kadın	40.41	16.29	84.21	12.00/88.00	U= 1.306	p=0.821
Erkek	38.55	4.80	86.94	33.00/46.00		
Medeni Durum						
Evli	39.50	14.82	82.67	16.00/88.00		
Dul	42.83	17.39	92.57	12.00/63.00	X^2=1.012	p=0.603
Bekar	42.00	19.24	84.00	24.00/60.00		

Çocuğa Sahip Olma Durumu					U=1.755	p=0.521
Var	39.95	15.67	83.45	12.00/88.00		
Yok	41.59	14.61	90.00	17.00/60.00		
Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil	44.16	12.68	104.50	32.00/69.00		
Okur-yazar	38.92	11.96	82.23	22.00/55.00		
İlkokul	41.82	17.80	86.60	17.00/88.00	X^2=13.397	p=0.02
Ortaokul	42.25	10.56	96.11	27.00/63.00		
Lise	33.30	11.63	63.24	16.00/63.00		
Üniversite	49.90	21.98	110.20	12.00/66.00		
Mesleği						
Emekli	44.77	16.93	98.28	12.00/88.00		
Ev hanımı/ Çalışmayan	38.75	15.20	79.29	16.00/74.00	X^2=4.948	p=0.084
Çalışan	37.45	11.48	80.32	27.00/60.00		
Sosyal Güvence						
Var	40.98	15.69	86.86	12.00/88.00	U=996.0	p=0.069
Yok	33.77	12.08	64.83	16.00/49.00		
Gelir Varlığı					U=639.0	
Var	42.17	15.32	91.59	12.00/88.00		p=0.0001
Yok	27.82	9.78	39.78	19.00/63.00		
Bakım verilen yaşlı ile yakınlık						
Oğul	41.37	5.31	95.19	33.00/46.00		
Kız	39.01	16.58	79.20	12.00/66.00		
Gelin	43.75	18.22	93.21	16.00/74.00	X^2=3.021 df=6	p=0.806
Damat	38.00	-	86.00	38.00/38.00		
Torun	31.00	-	63.00	31.00/31.00		
Eş	39.14	13.82	83.10	17.00/88.00		
Kardeş	45.75	15.10	99.71			

Bakım verenlerin yaş ortalaması 57.1±10.9 yıl (24-80 yaş) olarak hesaplanmış, yaş ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmuştur (X^2=14.941, p<0.05). Yaş gruplarına göre 30-39 yaş arası 48.60±15.58, 40-49 yaş arası 44.21±18.43, 50-59 yaş arası 34.35±13.09, 60-69 yaş arası 44.53±15.29, 70-79 yaş arası 37.60±10.13, 80 ve üzerindekilerde 41.25±23.28 puana sahip olarak bulunmuştur. Cinsiyetle bakım yükü karşılaştırılmış istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (U=1.306 p>0.05). Kadınların 40.41±16.29, erkeklerin 38.55±4.80 puana sahip olanların bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir. Medeni durum (X^2=1.012 p>0.05) ve çocuğa sahip olma (U= 1.755 p>0.05) durumuyla bakım yükü arasındaki ilişkide de anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır. Medeni durumu evli olanların 39.50±14.82, dul olanların 42.83±17.39, bekarların ise 42.00±19.24 puana sahip olup bakım yükü yaşadıkları belirlenmiştir. Çocuğu olanların 39.95±15.67, olmayanların 41.59±14.61 puana sahip olanların bakım yükü yaşadıkları saptanmıştır. Eğitim durumu ile bakım verme yükü incelendiğinde (X^2=13.397 p<0.05) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, okur yazar olmayanların 44.16±12.68, okur yazarların 38.92±11.96, ilkokul mezunu olanların 41.82±17.80, ortaokul mezunlarının 42.25±10.56, lise mezunu olanların 33.30±11.63 ve üniversite mezunu olanların 49.90±21.98 ile bakım yükü altındadır. Meslek durumu ile bakım yükü arasında istatistiksel anlamı fark saptanmamış olup (X^2=4.948 p>0.05), emekli olanların 44.77±16.93, ev hanımı olan ya da çalışmayan bireylerin 38.75±15.20, çalışanların 37.45±11.48 puana sahip olanlar bakım yükü yaşadığını ifade etmiştir. Sosyal güvence ile bakım yükü arasında anlamı bir ilişki saptanmamasına rağmen (U=996.0 p>0.05), gelir varlığı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (U=639.0 p<0.05). Bakım veren birey ile bakım yükü arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır (X^2=3.021 p>0.05). Yaşlı bireylere bakım verenler arasında en yüksek

bakım yükü 45.75±15.10 puan ortalaması ile kardeşlerde, 43.75±18.22 puan ortalaması ile gelinlerde ve 41.37±5.31 puan ortalaması ile oğullarında saptanmıştır.

Tablo- 10: Bakım Verenin Sağlık Durumlarına Yönelik Özelliklerine Göre Bakım yükü Dağılımı

	X	**SD**	**Ortanca**	**MİN/MAX**	**X²/U**	**P DEĞERİ**
Sağlığı algılama						
Çok iyi	45.33	17.53	101.92	26.00/70.00	X²=5.681 df=3	p=0.128
İyi	38.32	14.92	78.22	12.00/74.00		
Orta	43.72	15.83	96.48	17.00/88.00		
Kötü	41.00	26.87	78.00	22.00/60.00		
Hekimden hastalık tanısı alma					U=2.45	p=0.264
Var	41.23	16.13	87.03	16.00/60.00		
Yok	37.42	13.28	77.58	12.00/88.00		
Varolan hastalıklar						
Hastalığı olmayan	37.42	13.28	77.58	16.00/60.00		
Malignite	22.00	0.00	12.00	22.00/22.00		
Kemik, kas, bağ doku	22.00	-	12.00	22.00/22.00	X²=9.05 df=4	p=0.06
Diğer sorunlar (DM, HT vs.)	41.28	16.10	87.19	12.00/88.00		
Birden çok hastalığı olanlar	43.06	16.05	94.31	17.00/76.00		
Uyku sorunu						
Var	47.29	16.61	104.46	19.00/88.00	U=2.046	p=0.0001
Yok	35.51	12.72	71.26	12.00/70.00		

Uyku ilacı kullanma					U=1.054	p=0.226
Var	44.58	15.23	98.03	19.00/76.00		
Yok	39.72	15.47	82.98	12.00/88.00		
Depresyon ya da anksiyete için ilaç kullanma					U=620.00	p=0.118
Var	47.00	16.57	106.64	27.00/76.00		
Yok	37.90	15.34	82.95	12.00/88.00		
Bakım verme ve sağlık kontrolünü engelleme					U=1.925	p=0.0001
Var	46.58	15.37	105.00	27.00/88.00		
Yok	37.51	14.77	75.81	12.00/70.00		
Bu yıl içinde aşı olma					U=4729.00	p=0.388
Var	37.27	18.07	72.27	16.00/74.00		
Yok	40.42	15.32	85.36	12.00/88.00		

Bakım veren bireylerin sağlık algısı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (X^2=5.681 p>0.05). Sağlık düzeyini çok iyi olarak algılayanların 45.33±17.53, orta düzeyde algılayanların 43.72±15.83, iyi olarak algılayanların 38.32±14.92, kötü cevabını verenlerin 41.00±26.87 puana sahip oldukları ve bakım yükü yaşadıkları belirlenmiştir. Hekimden hastalık tanısı alma ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamı bir fark saptanmamış olup (U=2.45 p>0.05), tanı alanların 41.23±16.13, hastalık tanısı almayanların 37.42±13.28 puana sahip oldukları ve bakım yükü yaşadıkları saptanmıştır. Bakım veren bireylerin bakım yükü ile varolan hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (X^2=9.05 p>0.06). Hastalığı olmayan bireylerin 37.42±13.28, malignite 22.00, kemik, kas, bağ doku hastalığı

olanların 22.00, diyabet, hipertansiyon gibi diğer tanıları almış olanların 41.28±16.10, birden çok hastalığa sahip olanların ise 43.06±16.05 puan ortalaması ile bakım yükü saptanmıştır. Uyku sorunu ile bakım yükü arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuş (U=2.046 p<0.05), uyku sorunu olduğunu ifade edenlerin 47.29±16.61, uyku sorunu olmadığını ifade edenlerin ise 35.51±12.72 puan ortalaması ile bakım yükü yaşamaktadır. Uyku ilacı kullanımı ile bakım yükü arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamış olup (U=1.054 p>0.05), ilaç kullananların 44.58±15.23, kullanmayanların 39.72±15.47 ise puana sahip olanları bakım yükü altındadır. Depresyon ya da anksiyete ilacı kullanımı ile bakım yükü arasında anlamlı fark bulunmamıştır (U=620.00 p>0.05). Bakım vermenin sağlık kontrolünü engellemesi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptanmış olup (U=1.925 p<0.0001), bireylerin 46.58±15.37 puana sahip olanlar sağlık kontrolleri engellendiği için bakım yükü altında bulunmuştur. Bu yıl içinde aşı olma durumu ile bakım yükü arasında anlamlı fark saptanmamıştır (U=4729.00 p>0.05).

Tablo -11: Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreçlerine Yönelik Özelliklerine Göre Bakım Yükü Dağılımı

	X	**SD**	**Ortanca**	**MİN/MAX**	**X^2/U**	**p DEĞERİ**
Yaşlıya bakma süresi						
1 yıl	47.76	17.55	105.83	16.00/88.00		
2 yıl	40.92	10.82	92.31	27.00/54.00		
3 yıl	34.57	14.99	64.29	18.00/68.00	X^2=27.631	p=0.0001
4 yıl	32.00	7.70	61.62	23.00/53.00	df=6	
5 yıl	35.52	11.92	72.38	12.00/66.00		
6-10 yıl	47.05	11.59	110.42	31.00/76.00		
10 yıldan fazla	47.82	18.18	104.48	17.00/74.00		

Yaşlıya Bakma Nedeni						
Ailevi sorumluluk	43.35	14.91	95.84	17.00/74.00		
Sevdiğim için	31.31	12.04	55.24	12.00/76.00	X^2=27.897 df=4	p=0.0001
Bakacak kimse yok	46.75	16.42	102.92	24.00/88.00		
Evde bakım hizmeti yok	41.00	-	99.50	41.00/41.00		
Ekonomik katkısı olduğu için	35.66	11.15	71.83	23.00/44.00		
Yaşlıya bakmaktan memnun olma						
Evet	37.14	14.02	75.33	12.00/74.00	U=1.049	p=0.0001
Hayır	52.32	15.15	120.65	23.00/88.00		
Yaşlı ile iletişim sıkıntısı						
Var	23.50	0.70	108.49	12.00/76.00	U=2.500	p=0.048
Yok	49.42	18.59	66.51	16.00/88.00		
İletişim sıkıntısı türü						
Yok	34.34	11.79	66.51	16.00/88.00		
Konuşma	48.31	16.43	109.48	23.00/76.00		
Anlama	49.36	16.84	111.21	22.00/74.00	X^2=40.129 df=6	p=0.0001
İşitme	35.55	19.00	68.06	12.00/60.00		
İşitme konuşma	51.72	11.25	123.32	28.00/68.00		
Anlama işitme	50.00	5.65	120.00	46.00/54.00		
Konuşma anlama	65.50	3.53	157.00	63.00/68.00		
Bakım veren olmayınca bakan biri					U=2.621	p=0.007
Var	38.13	17.01	75.80	12.00/88.00		
Yok	42.98	12.74	96.10	17.00/68.00		

Dinlendirmek için yardımcı						
Var	41.38	15.98	87.64	18.00/88.00	U=3.186	p=0.49
Yok	39.42	15.15	82.36	12.00/68.00		
Yardım ihtiyacı						
Var	43.87	15.10	96.58	17.00/88.00	U=957.500	p=0.0001
Yok	28.10	9.40	44.55	12.00/69.00		
İstenilen yardım						
Yardım istemiyor	28.63	1.59	47.07	12.00/69.00		
Yatılı bakıcı	37.90	3.11	77.50	17.00/68.00		
Evde yalnız kalmaması için yanında duracak biri	37.12	4.98	72.38	22.00/54.00	X^2=42.934 df=6	p=0.0001
Ev işleri	40.78	2.09	89.24	18.00/60.00		
Gündüzlü bakıcı	48.43	2.09	109.54	22.00/88.00		
Bir yere taşıma	31.20	4.2	54.80	27.00/48.00		
Fizik tedavi	60.00	0	144.00	60.00/60.00		
Kendine vakit ayırma						
Var	36.66	14.54	73.24	12.00/74.00	U=2.300	p=0.0001
Yok	45.30	15.45	100.66	18.00/88.00		
Yaşlı bakımı konusunda bilgi						
Var	25.00	5.83	35.05	16.00/33.00	U=295.500	p=0.001
Yok	41.17	15.40	87.63	12.00/88.00		
Yaşlı bakımı konusunda eğitim						
Alan	28.14	9.37	50.00	16.00/44.00	U=322.000	p=0.055
Almayan	40.73	15.49	86.00	12.00/88.00		

Yaşlı bakımı konusunda eğitim ihtiyacı					U=2.064	p=0.09
Var	43.69	16.06	96.06	18.00/88.00		
Yok	39.16	15.20	81.00	12.00/74.00		
Yaşlıya bakmanın maddi yükü					U=2.07	p=0.0001
Var	45.19	15.73	100.25	17.00/88.00		
Yok	34.32	12.97	65.88	12.00/74.00		
Yaşlıya bakmanın yaşamı etkilemesi					U=460.00	p=0.0001
Var	43.16	14.93	94.74	17.00/88.00		
Yok	24.81	6.62	31.04	12.00/44.00		
Yaşlıya bakmanın yaşama etkisi						
Yok	24.81	6.62	31.04	12.00/44.00		
Sosyal yaşam	40.60	13.74	88.11	22.00/70.00		
Aile yaşamı	39.69	9.58	88.54	24.00/56.00		
Beden sağlığı	43.50	17.81	92.82	17.00/88.00		
Sosyal yaşam ve beden sağlığı	44.91	13.81	101.02	22.00/66.00	X^2=42.938 df=7	p=0.0001
Sosyal yaşam, aile yaşamı, beden sağlığı	54.44	18.56	122.00	24.00/76.00		
Aile yaşamı, beden sağlığı	42.14	14.23	92.39	23.00/67.00		
Sosyal yaşam, aile yaşamı	40.77	10.23	92.28	27.00/56.00		
Ev tipi						
Müstakil	44.52	15.69	97.69	17.00/88.00	X^2=4.438 df=2	p=0.109
Apartman	38.58	14.98	79.70	12.00/76.00		
Gece kondu	45.00	32.52	87.00	22.00/68.00		

Isınma yöntemi					X^2=2.055 df=2	p=0.358
Soba	41.76	15.13	89.56	17.00/74.00		
Kalorifer	37.81	13.99	77.89	16.00/76.00		
Klima	40.45	19.59	82.33	12.00/88.00		

Bakım verme süresi ile bakım yükü arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmış olup (X^2=27.631 p<0.05), en çok bakım yükü on yıl ve üzeri bakım verenlerde 47.82±18.18, 6-10 yıl arası bakım verenlerde 47.05±11.59, bir yıldır bakım verenlerde 47.76±17.55 puana sahip olarak bulunmuştur. Yaşlıya bakma nedeni ve bakım yükü arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (X^2=27.897 p<0.05). Yaşlıya bakım verme nedenleri sorulduğunda 46.75±16.42 'Bakacak kimse yok', 43.35±14.91 'Ailevi sorumluluk', 41.00 'Evde bakım hizmeti olmadığı için', 35.66±11.15 'Ekonomik katkısı olduğu için', 31.31±12.04 puana sahip olanlar 'Sevdiğim için' yanıtlarıyla bakım yüklerini ifade etmişlerdir. Yaşlıya bakmaktan memnun olma ve bakım yükü arasında anlamlı fark bulunmuş (U=1.049 p<0.05), bakım vermekten memnun olan bireylerin 37.14±14.02, memnun olmayanların ise 52.32±15.15 puana sahip olanların bakım yükü altında olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı bireyle iletişim sıkıntısı yaşanması ile bakım yükü arasında anlamlı fark saptanmış (U=2.500 p<0.05), iletişim sıkıntısı yaşayan bakım verenlerin 23.50±0.70, iletişim sorunu olmayan bireylerin 49.42±18.59 puana sahip olanlarda bakım yükü bulunmuştur. İletişim sıkıntısı türü ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(X^2=40.129 p<0.05). Bakım verenlerin yaşadıkları iletişim sorunu türü ile bakım yükleri karşılaştırıldığında; 34.34±11.79 iletişim sıkıntısı olmayan, 48.31±16.43 konuşma, 49.36±16.84 anlama, 35.55±19.00 işitme, 51.72±11.25 hem işitme hem konuşma, 50.00±5.65 anlama ve işitme, 65.50±3.53 puanına sahip olan ise konuşma ve anlamadır. 'Bakım veren biri olmayınca bakan biri var mı' sorusuna evet yanıtını verenlerin 38.13±17.01, hayır yanıtını verenlerin 42.98±12.74 puana sahip olanlar bakım yükü altında olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=2.621 p<0.05).

Bakım verenlerin dinlendirmek için yardımcı ihtiyacı ve bakım yükü arasında anlamlı fark bulunmamış (U=3.186 p>0.05), dinlenmek için yardımcı ihtiyacı olanların 41.38±15.98, yardımcı ihtiyacı olmayanların 39.42±15.15 puana sahip olanlarda bakım yükü saptanmıştır. Yardım ihtiyacı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak ileri anlamlı fark saptanmış (U=975.500 p<0.05), yardım ihtiyacı olanların 43.87±15.10, yardım ihtiyacı olmayanların 28.10±9.40 puana sahip olanlarda bakım yükü bulunmuştur. İstenilen yardım ile bakım yükü arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuş (X^2=42.934 p<0.05), fizik tedavi için yardım isteyenlerin 60.00, gündüzlü bakıcı isteyenlerin 48.43±2.09, ev işleri için yardım isteyenlerin 40.78±2.09 puana sahip olanlar bakım yükü altındadır. Kendine vakit ayırma ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptanmış (U=2.300 p<0.05), kendine vakit ayıramayanların bakım yükü 45.30±15.45 puana sahip olanlar bulunmuştur. Yaşlı bakımında bilgisi olanlar (U=295.500 p<0.05) ve eğitim almış olanlar ile (U=322.000 p<0.05) bakım yükü arasında anlamlı fark saptanmış, yaşlı bakım konusunda bilgi sahibi olmayanların 41.17±15.40, eğitim almamış olanların ise 40.73±15.49 puana sahip olanların bakım yükü altında olduğu bulunmuştur. Yaşlı bakım konusunda eğitim ihtiyacı ile bakım yükü arasında anlamlı ilişki bulunamamış (U=2.064 p>0.05) eğitime ihtiyacı olduğunu düşünen bakım verenlerin 43.69±16.06 puana sahip olanlar bakım yükü altındadır. Yaşlıya bakmanın maddi yükü ile bakım yükü arasında ileri derecede anlamlı fark saptanmış (U=2.07 p<0.05) maddi yük yaşayanların 45.19±15.73 puana sahip olanlar bakım yükü yaşamaktadır. Yaşlıya bakım verenlerin yaşamının etkilenmesi ile bakım yükü arasında ileri derecede anlamlı fark saptanmış (U=460.00 p<0.05) ve yaşamının etkilendiğini ifade eden bireylerin 43.16±14.93 puana sahip olanlar bakım yükünün altında olduğu bulunmuştur. Yaşlıya bakmanın yaşama etkisi ile bakım yükü arasında ileri derecede anlamlı fark saptanmış (X^2=42.938 p<0.05), 54.44±18.56 sosyal yaşam, aile yaşamı ve beden sağlığı, 43.50±17.81 beden sağlığı ve

44.91±13.81 puana sahip olanlar sosyal yaşam ve beden sağlığı ile en fazla bakım yükü altındadır. Ev tipi (X^2=4.438 p>0.05) ve ısınma yöntemi (X^2=2.055 p>0.05) ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark saptanmamış, müstakil evde yaşayan 44.52±15.69 ve soba ile ısınanlarda 41.76±15.13 puana sahip olanlarda bakım yükü daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-12: Sosyal Destek Ölçeği Maddelerinin Dağılımı

Sosyal Destek Ölçek Maddeleri	**Kesinlikle Evet/Hayır**	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var	1	23	13.70
	2	9	5.40
	3	18	10.70
	4	31	18.50
	5	18	10.70
	6	8	4.80
	7	61	36.30
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var	1	42	25.00
	2	34	20.20
	3	47	28.00
	4	14	8.30
	5	11	6.50
	6	4	2.40
	7	16	9.50
Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) **bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.**	1	24	14.30
	2	8	4.80
	3	18	10.70
	4	24	14.30
	5	14	8.30
	6	17	10.10
	7	63	37.50

İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) **alırım.**	1	45	26.80
	2	29	17.30
	3	39	23.20
	4	24	14.30
	5	15	8.90
	6	4	2.40
	7	12	7.10
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nisanlı, sözlü, akraba, komsu, doktor) **var.**	1	17	10.10
	2	15	8.90
	3	16	9.50
	4	23	13.70
	5	28	16.70
	6	19	11.30
	7	50	29.80
Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	28	16.70
	2	30	17.90
	3	10	6.00
	4	25	14.90
	5	20	11.90
	6	10	6.00
	7	45	26.80
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	22	13.10
	2	14	8.30
	3	12	7.10
	4	22	13.10
	5	30	17.90
	6	9	5.40
	7	59	35.10

Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) **konuşabilirim.**	1	37	22.00
	2	19	11.30
	3	41	24.40
	4	37	22.00
	5	17	10.10
	6	6	3.60
	7	11	6.50
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	22	13.10
	2	11	6.50
	3	23	13.70
	4	15	8.90
	5	26	15.50
	6	20	11.90
	7	51	30.40
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) **var.**	1	13	7.70
	2	13	7.70
	3	12	7.10
	4	38	22.60
	5	18	10.70
	6	18	10.70
	7	56	33.30
Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) **bana yardımcı olmaya isteklidir.**	1	46	27.40
	2	7	4.20
	3	44	26.20
	4	24	14.30
	5	8	4.80
	6	14	8.30
	7	25	14.90

Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	20	11.90
	2	13	7.70
	3	13	7.70
	4	16	9.50
	5	32	19.00
	6	28	16.70
	7	46	27.40
TOPLAM		**168**	**100.00**

Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan olup olmadığı sorulduğunda 61 kişi (%36.30) kesinlikle hayır (7) yanıtını vermiştir. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır sorusuna 63 kişi (%37.50), işler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim sorusuna ise 59 kişi (%35.10), sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var sorusuna 51 kişi (%30.40), ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan var sorusuna 56 kişi (%33.30) kesinlikle hayır yanıtını vermiştir.

Tablo- 13: Bakım Verenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Toplam Puan Dağılımı

	X	**SD**	**Ortanca**	**MİN/MAX**	**X^2/U**	**p DEĞERİ**
Yaş Grupları						
20-29	58.00	-	109.50	58.00/58.00		
30-39	45.60	17.16	77.30	20.00/60.00		
40-49	51.93	20.44	93.11	15.00/76.00	X^2=2.475	p=0.871
50-59	49.14	19.80	80.58	12.00/84.00	df = 6	
60-69	51.61	16.20	86.19	12.00/84.00		
70-79	46.40	24.11	76.32	12.00/84.00		
80 ve üzeri	52.50	35.26	91.25	12.00/84.00		
Cinsiyet						
Kadın	50.65	19.22	85.64	12.00/84.00	U= 1.17	p=0.379
Erkek	45.61	22.71	74.97	12.00/81.00		

Medeni Durum						
Evli	50.02	19.97	85.02	12.00/84.00	X^2=0.12 df = 2	p=0.94
Dul	51.33	19.92	83.73	12.00/84.00		
Bekar	47.00	12.82	79.00	35.00/59.00		
Çocuğa Sahip Olma Durumu					U= 1.53	p=0.107
Var	49.06	20.59	81.85	12.00/84.00		
Yok	55.59	12.25	98.31	35.00/84.00		
Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil	64.00	25.92	124.42	12.00/84.00		
Okur-yazar	61.76	15.41	115.62	24.00/80.00		
İlkokul	52.75	15.79	89.31	25.00/84.00	X^2=18.82	p=0.002
Ortaokul	50.74	21.64	85.65	12.00/84.00	df = 5	
Lise	41.80	21.46	65.88	12.00/79.00		
Üniversite	40.00	15.31	58.35	12.00/52.00		
Mesleği						
Emekli	45.26	18.47	72.59	12.00/84.00	X^2= 3.74 df = 2	p=0.05
Ev hanımı/ Çalışmayan	51.60	20.18	88.42	12.00/84.00		
Çalışan	53.35	18.03	91.10	33.00/81.00		
Sosyal Güvence					U= 1.31	p=0.851
Var	50.44	18.82	84.74	12.00/84.00		
Yok	47.33	25.76	82.47	15.00/79.00		
Gelir Varlığı					U= 1.33	p=0.122
Var	49.29	18.50	82.19	12.00/84.00		
Yok	55.26	25.43	99.04	15.00/84.00		
Bakım verilen yaşlı ile yakınlık						
Oğul	57.12	17.73	103.38	21.00/81.00		
Kız	43.66	17.23	68.74	12.00/79.00		
Gelin	61.55	18.28	112.74	20.00/84.00	X^2= 24.28	p=0.0001
Damat	75.00	-	151.00	75.00/75.00	df = 6	
Torun	58.00	-	109.50	58.00/58.00		
Eş	48.31	18.97	79.50	12.00/84.00		
Kardeş	64.57	26.70	119.93	12.00/84.00		

Yaş grupları ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark yoktur (X^2=2.475 p>0.05). Cinsiyet ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamış (U=1.17 p>0.05) ve kadınların 50.65±19.22 puan ortalamasına sahip olanların sosyal destek aldığı belirlenmiştir. Medeni durum ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmış (X^2=0.12 p>0.05) ve dul olan bireylerin 51.33±19.92'si sosyal destek almıştır. Çocuğa sahip olma durumu ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamış (U=1.53 p>0.05) ve çocuğu olmayan bireylerin 55.59±12.25 puan ortalamasına sahip olanların sosyal destek aldığı bulunmuştur. Eğitim durumu ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmış (X^2=18.82 p<0.05) ve okur yazar olmayanların 64.00±25.92'si sosyal destek almıştır. Meslek durumu ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmış (X^2=3.74 p<0.05) ve çalışan bireylerin 53.35±18.03 puan ortalamasına sahip olduğu ve sosyal destek aldığı belirlenmiştir. Sosyal güvence ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmış (U=1.31 p<0.05) ve sosyal güvencesi olanların aldığı sosyal destek daha fazla(50.44±18.82) bulunmuştur. Gelir varlığıyla alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmış (U=1.33 p<0.05) ve herhangi bir geliri olmayan bireylerin (55.26±25.43) daha fazla sosyal destek aldığı belirlenmiştir. Bakım verilen yaşlı ile yakınlık derecesi ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark bulunmuş, en çok sosyal destek damatlar (75.00) ve kardeşler (64.57±64.57) olduğu saptanmıştır.

Tablo- 14: Bakım Verenin Sağlık Durumlarına Yönelik Özelliklerine Göre Toplam Sosyal Destek Puanı Dağılımı

	X	**SD**	**Ortanca**	**MİN/MAX**	**X^2/U**	**p DEĞERİ**
Sağlığı algılama						
Çok iyi	50.83	13.62	86.42	36.00/72.00	X^2= 6.102 df = 3	p=0.107
İyi	47.75	20.08	79.16	12.00/84.00		
Orta	54.28	18.45	93.64	19.00/84.00		
Kötü	73.50	9.19	144.00	67.00/80.00		

Hekimden hastalık tanısı alma Var Yok	50.94 47.84	19.82 19.07	85.85 80.80	12.00/84.00 12.00/84.00	U= 2.601	p=0.551
Varolan hastalıklar Hastalığı olmayan Malignite Kemik, kas, bağ doku Diğer sorunlar (DM, HT vs.) Birden çok hastalığı olanlar	47.84 15.00 80.00 51.26 51.41	19.07 0.00 - 19.75 18.29	80.80 11.50 157.00 86.95 85.09	12.00/84.00 15.00/15.00 80.00/80.00 12.00/84.00 12.00/84.00	X^2= 7.23 df = 4	p=0.124
Uyku sorunu Var Yok	50.85 49.62	19.27 19.91	85.48 83.85	12.00/84.00 12.00/84.00	U= 3.31	p=0.832
Uyku ilacı kullanma Var Yok	51.11 50.00	21.15 19.50	86.47 84.28	15.00/84.00 12.00/84.00	U= 1.25	p=0.860
Depresyon ya da anksiyete için ilaç kullanma Var Yok	51.09 50.04	17.40 19.80	80.36 84.79	31.00/84.00 12.00/84.00	U= 818.00	p=0.770
Bakım verme ve sağlık kontrolünü engelleme Var Yok	56.30 47.49	16.31 20.35	100.45 77.74	32.00/84.00 12.00/84.00	U= 2.15	p=0.006

Bu yıl içinde aşı olma						
Var	43.27	25.92	67.77	12.00/84.00	U= 679.50	p=0.238
Yok	50.59	19.11	85.67	12.00/84.00		

Sağlık algılaması ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamış (X^2= 6.102 p>0.05), sağlığını kötü algılayanların puan ortalaması 73.50±9.19'dur ve sosyal destek almıştır. Hekimden hastalık tanısı alma ile ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Varolan hastalıklar ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark bulunmamıştır (X^2= 7.23 p>0.05). Uyku sorunu (U=3.31 p>0.05) ve depresyon ya da anksiyete için ilaç kullananlarda (U=818.00 p>0.05) alınan sosyal destek ile anlamlı fark bulunmamış, uyku sorunu olanların 50.85±19.27, depresyon ya da anksiyete için ilaç kullananların 51.09±17.40 puan ortalaması olanların daha fazla sosyal destek aldığı belirlenmiştir. Uyku ilacı kullanma ile sosyal destek arasında istatiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Bakım verme ve sağlık kontrolünün engellenmesi (U=2.15 p<0.05) ile anlamlı fark bulunmuş, bu yıl içinde aşı yaptırma (U=679.50 p>0.05) ile sosyal destek arasında anlamlı fark tespit edilmemiş, sağlık kontrolünün engellendiğini düşünenlerin 56.30±16.31, aşı yaptırmayanların 50.59±19.11 puan ortalamasına sahip olduğu ve sosyal destek aldığı bulunmuştur.

Tablo -15: Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreçlerine Yönelik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Puan Dağılımı

	X	**SD**	**Ortanca**	**MİN/MAX**	**X^2/U**	**p DEĞERİ**
Yaşlıya bakma süresi						
1 yıl	50.71	20.70	86.90	12.00/84.00		
2 yıl	48.00	15.05	82.46	18.00/72.00		
3 yıl	47.26	22.49	75.63	12.00/84.00		
4 yıl	50.17	21.71	82.85	12.00/84.00	X^2= 2.61	p=0.856
5 yıl	52.84	20.26	92.02	12.00/80.00	df = 6	
6-10 yıl	50.89	23.50	89.79	12.00/84.00		
10 yıldan fazla	52.21	9.81	88.59	25.00/66.00		

Yaşlıya Bakma Nedeni						
Ailevi sorumluluk	46.58	17.88	75.53	12.00/84.00		
Sevdiğim için	43.45	18.35	68.29	12.00/84.00	X^2= 35.96	
Bakacak kimse yok	66.36	15.70	124.77	35.00/84.00	df = 4	p=0.0001
Evde bakım hizmeti yok	72.00	-	144.50	72.00/72.00		
Ekonomik katkısı olduğu için	71.33	15.04	136.17	54.00/81.00		
Yaşlıya bakmaktan memnun olma						
Evet	48.26	19.52	79.60	12.00/84.00	U= 1.62	p=0.009
Hayır	57.41	18.48	103.81	12.00/84.00		
Bakım verirken sıkıntı yaşanan konular						
Cinsiyet farkı	56.50	3.53	104.25	54.00/59.00		
İletişim	53.00	21.86	96.42	12.00/84.00		
Vücut bakımı	50.24	18.83	84.16	12.00/84.00		
Yok	35.66	15.37	44.94	12.00/52.00		p=0.025
Yaşlının memnuniyetsizliği	29.00	12.72	35.00	20.00/38.00	X^2= 17.51	
Ev işleri					df = 8	
İletişim ve vücut bakımı	60.88	16.33	105.33	47.00/84.00		
Taşıma/yer değiştirme	72.00	0.00	144.50	72.00/72.00		
Yaşlının beslenmesi	36.83	27.22	58.83	15.00/80.00		
	56.00	-	100.00	56.00/56.00		
Yaşlı ile iletişim sıkıntısı						
Var	51.22	18.88	88.42	12.00/84.00	U= 3.17	p=0.365
Yok	49.28	20.20	81.56	12.00/84.00		
İletişim sıkıntısı türü						
Yok	49.28	20.20	81.56	12.00/84.00		
Konuşma	48.51	18.02	81.43	12.00/75.00		
Anlama	50.78	21.24	86.61	12.00/84.00	X^2= 3.816	p=0.702
İşitme	48.33	25.96	83.33	12.00/84.00	df=6	
İşitme konuşma	58.81	11.32	107.50	35.00/72.00		
Anlama işitme	57.00	1.41	104.75	56.00/58.00		
Konuşma anlama	60.00	16.97	108.75	48.00/72.00		

Bakım veren olmayınca bakan biri Var Yok	42.54 60.20	19.76 14.19	65.66 109.62	12.00/84.00 12.00/84.00	U= 1.64	p=0.0001
Dinlendirmek için yardımcı Var Yok	46.30 52.70	19.73 19.20	74.65 91.20	12.00/84.00 12.00/84.00	U= 2.73	p=0.03
Yardım ihtiyacı Var Yok	52.89 40.89	17.86 22.40	91.04 62.86	12.00/84.00 12.00/84.00	U= 1.67	p=0.002
İstenilen yardım Yardım istemiyor Yatılı bakıcı Evde yalnız kalmaması için yanında duracak biri Ev işleri Gündüzlü bakıcı Bir yere taşıma Fizik tedavi	41.22 56.36 43.50 54.64 52.93 37.00 35.00	21.18 21.20 20.60 19.33 16.53 11.18 0.00	63.10 99.48 69.19 94.70 92.50 45.10 44.00	12.00/84.00 12.00/84.00 15.00/76.00 16.00/84.00 12.00/79.00 32.00/57.00 35.00/35.00	X^2= 17.73 df = 6	p=0.007
Kendine vakit ayırma Var Yok	45.70 56.43	20.39 16.62	73.43 100.38	12.00/84.00 12.00/84.00	U= 2.320	p=0.0001
Yaşlı bakımı konusunda bilgi Var Yok	31.30 51.30	11.40 19.43	33.60 87.72	12.00/58.00 12.00/84.00	U= 281.00	p=0.001
Yaşlı bakımı konusunda eğitim Alan Almayan	36.42 50.70	19.61 19.45	46.50 86.15	18.00/79.00 12.00/84.00	U= 297.50	p=0.035

Yaşlı bakımı konusunda eğitim ihtiyacı						
Var	51.00	15.18	86.31	25.00/84.00		
Yok	49.84	20.81	83.95	12.00/84.00	U= 2.445	p=0.791
Yaşlıya bakmanın maddi yükü						
Var	50.49	17.50	84.95	12.00/84.00		
Yok	49.66	21.96	83.97	12.00/84.00	U= 3.462	p=0.896
Yaşlıya bakmanın yaşamı etkilemesi						
Var	50.52	18.99	85.27	12.00/84.00		
Yok	47.96	22.86	80.48	12.00/84.00	U= 1.79	p=0.639
Yaşlıya bakmanın yaşama etkisi						
Yok	47.96	22.86	80.48	12.00/84.00		
Sosyal yaşam	46.34	19.70	77.24	12.00/79.00		
Aile yaşamı	48.61	23.88	81.62	12.00/84.00		
Beden sağlığı	53.30	21.55	92.67	12.00/84.00		
Sosyal yaşam ve beden sağlığı	48.78	13.88	79.09	15.00/72.00	X^2= 5.07	p=0.651
Sosyal yaşam, aile yaşamı, beden sağlığı	57.55	18.90	104.72	24.00/76.00	df = 7	
Aile yaşamı, beden sağlığı	53.25	14.85	88.93	31.00/84.00		
Sosyal yaşam, aile yaşamı	41.77	21.41	66.44	12.00/72.00		
Ev tipi						
Müstakil	54.81	14.37	96.68	25.00/84.00	X^2= 9.26	p=0.01
Apartman	47.89	20.68	78.86	12.00/84.00	df = 2	
Gece kondu	82.00	2.82	160.25	80.00/84.00		
Isınma yöntemi						
Soba	56.90	17.60	100.46	12.00/84.00	X^2= 23.38	p=0.0001
Kalorifer	46.15	18.40	75.00	12.00/84.00	df = 2	
Klima	35.33	19.19	50.27	12.00/76.00		

Bakım verme süresi ile alınan sosyal destek arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamış olup (X^2=2.61 p>0.05), en çok sosyal desteği alanların beş yıl süre ile bakım verenlerde 52.84±20.26 ve on yıldan fazla bakım verenlerde 52.21±9.81 puan ortalaması bulunmuştur. Yaşlıya bakma nedeni ve alınan sosyal destek arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır(X^2=35.96 p<0.05). Yaşlıya bakım verme nedenleri sorulduğunda 72.00 puan ile 'Evde bakım hizmeti olmadığı için', 71.33±15.04 'Ekonomik katkısı olduğu için', 66.36±15.70 'Bakacak kimse yok', 46.58±17.88 'Ailevi sorumluluk', 43.45±18.35 'Sevdiğim için' yanıtlarıyla aldıkları sosyal desteği ifade etmişlerdir. Yaşlıya bakmaktan memnun olma ve alınan sosyal destek arasında anlamlı fark bulunmuş (U=1.62 p<0.05), bakım vermekten memnun olan bireylerin 48.26±19.52, memnun olmayanların ise 57.41±18.48 puan ortalaması ile sosyal destek aldığı tespit edilmiştir. Yaşlı bireyle iletişim sıkıntısı yaşanması ve iletişim sıkıntısı türü ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamıştır. 'Bakım veren biri olmayınca bakan biri var mı' sorusuna evet yanıtını verenlerin 42.54±19.76, hayır yanıtını verenlerin 60.20±14.19 puan ortalaması ile sosyal destek almakta olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=1.64 p<0.05). Bakım verenlerin dinlendirmek için yardımcı ihtiyacı ve alınan sosyal destek anlamlı fark bulunmış (U=2.73 p<0.05), dinlenmek için yardımcı ihtiyacı olanların 46.30±19.73, yardımcı ihtiyacı olmayanların 52.70±19.20 puan ortalaması ile sosyal destek aldığı saptanmıştır. Yardım ihtiyacı ile alınan sosyal destek istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış (U=1.67 p<0.05), yardım ihtiyacı olanların 52.89±17.86, yardım ihtiyacı olmayanların 40.89±22.40 puan ortalaması ile sosyal destek aldığı bulunmuştur. İstenilen yardım ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı fark bulunmuş (X^2=17.73 p<0.05) yatılı bakıcı isteyenlerin 56.36±21.20, ev işleri için yardım isteyenlerin 54.64±19.33 puan ortalaması ile sosyal destek almaktadır. Kendine vakit ayırma ile alınan sosyal destek

istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptanmış (U=2.320 p<0.0001), kendine vakit ayıramayanların aldığı sosyal destek 56.43±16.62 puan olarak bulunmuştur. Yaşlı bakımında bilgisi olanlar (U=281.00 p<0.05) ve eğitim almış olanlar ile(U=297.50 p<0.05) alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmış, yaşlı bakım konusunda bilgi sahibi olmayanların 51.30±19.43, eğitim almamış olanların ise 50.70±19.45 puan ile sosyal destek aldıkları bulunmuştur. Yaşlı bakım konusunda eğitim ihtiyacı ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Yaşlıya bakmanın maddi yükü ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Yaşlıya bakım verenlerin yaşamının etkilenmesi ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmış (U=1.79 p<0.05) ve yaşamının etkilendiğini ifade eden bireylerin 50.52±18.99 puan ortalaması ile sosyal destek aldığı bulunmuştur. Yaşlıya bakmanın yaşama etkisi ile alınan sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamış (X^2=5.07 p>0.05), 57.55±18.90 puan ile sosyal yaşam, aile yaşamı ve beden sağlığı ile en fazla sosyal destek aldığı bulunmuştur. Ev tipi (X^2=9.26 p<0.005) ve ısınma yöntemi (X^2=23.38 p<0.05) ile alınan sosyal destek arasında anlamlı bir fark saptanmamış, gecekonduda yaşayan (82.00±2.82) ve soba ile ısınanlarda (56.90±17.60) alınan sosyal destek daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-16: Stres İndeksi Ölçeği Maddelerinin Dağılımı

Stres İndeksi Ölçek Maddeleri	**Evet/Hayır**	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Uykum bölünüyor (Örn:.....yatıyor,kalkıyor ya da gece dolaşıyor)	Evet	73	43.50
	Hayır	95	56.50
Bu uygun bir iş değil (Örn: Yardım çok zaman alıyor ya da yardım etmek için arabayla uzun bir yol gitmek gerekiyor)	Evet	124	73.80
	Hayır	44	26.20
İş fiziksel bir zorluk getiriyor (Örn: Hastanın sandalyesine oturtulması, sandalyeden kaldırılması ya da çaba ve dikkat gerektirmesi gibi)	Evet	143	85.10
	Hayır	25	14.90

İş, beni sınırlıyor (Örn: Hastaya yardım etmek boş zamanımı sınırlandırıyor ya da arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum)	Evet	118	70.20
	Hayır	50	29.80
Aile yaşantımda değişiklikler oldu Örn: Bakım veriyorum, düzenim bozuldu, hiçbir mahremiyetim kalmadı...)	Evet	123	73.20
	Hayır	45	26.80
Kişisel planlarımda değişiklikler oldu (Örn: Bir işi geri çevirmek zorunda kaldım, tatile çıkamadım)	Evet	104	61.90
	Hayır	64	38.10
Çalışma süremde başka istekler oldu (Örn: Diğer aile bireylerinden gelen istekler...)	Evet	47	28.00
	Hayır	121	72.00
Duygusal yönden değişikler oldu (Örn: Şiddetli münakaşalar …)	Evet	93	55.40
	Hayır	75	44.60
Hastanın bazı davranışları can sıkıcı (Örn: İdrar ya da gaitasını tutamama, bazı şeyleri hatırlayamama, ya da başkalarını eşyalarını almakla suçlaması)	Evet	106	63.10
	Hayır	62	36.90
Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı bir durum (Örn:Öncekinden farklı birisi..)	Evet	150	89.30
	Hayır	18	10.70
İşimle ilgili düzenlemeler oldu (Örn: İzin almak zorunda kaldığım için)	Evet	54	32.10
	Hayır	114	67.90
İş, mali yönden stres getiriyor	Evet	93	55.40
	Hayır	75	44.60
İş yükü altında tamamen ezildiğimi hissediyorum (Örn: .....konusunda kaygılıyım,bakım konusunda endişelerim var)	Evet	72	42.90
	Hayır	96	57.10
TOPLAM		**168**	**100.00**

Bakım verenlerin 95 kişi (%56.60) bakım verirken uykusu bölünmemekte, 124 kişi (%73.80) ise bakım verme işinin kendisine uygun olmadığı belirlenmiştir. Bakım verme

143 kişi (%85.10) fiziksel bir zorluk getirmekte olduğu saptanmıştır. Bakım vermenin 118 kişi (%70.20) kendini sınırladığını ifade etmiştir. Aile yaşantısında değişiklik olan 123 kişi (%73.20), kişisel planında değişiklik olan 104 kişi (%61.90) saptanmıştır. Duygusal değişiklikler yaşayan 93 kişi (%55.40), hastaların bazı davranışlarını can sıkıcı bulan 106 kişi (%63.10) bulunmuştur. Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı bir durum olduğunu 150 kişi (%89.30) ifade etmiştir. Bakım verenlerin 114 kişisi (%67.90) işiyle ilgili düzenleme yapmamıştır. Bakım vermenin mali yönden stres getirdiğini 93 kişi (%55.40) belirtmiştir. 96 kişi (%57.10) iş yükü altında tamamen ezilmekte olduğunu belirtmiştir.

Tablo- 17: Bakım Verenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stres İndeksleri

	X	**SD**	**Ortanca**	**MİN/MAX**	**X^2/U**	**p DEĞERİ**
Yaş Grupları						
20-29	6.00	-	47.50	6.00/6.00		
30-39	6.60	4.50	74.60	0.00/12.00		
40-49	8.54	3.16	96.95	4.00/13.00	X^2=9.051	p=0.171
50-59	7.42	2.55	79.61	3.00/13.00	df = 6	
60-69	8.16	2.43	91.28	3.00/12.00		
70-79	6.40	2.47	62.55	3.00/10.00		
80 ve üzeri	8.75	4.03	98.62	4.00/13.00		
Cinsiyet						
Kadın	7.74	2.74	84.25	0.00/13.00	U= 1.312	p=0.844
Erkek	7.72	3.17	86.61	3.00/11.00		
Medeni Durum						
Evli	7.50	2.76	80.45	0.00/13.00	X^2=4.086	p=0.13
Dul	8.53	2.47	98.87	3.00/11.00	df = 2	
Bekar	7.73	3.74	96.50	5.00/12.00		
Çocuğa Sahip Olma Durumu						
	7.53	2.77	81.27	0.00/13.00	U= 1.448	p=0.047
Var	8.77	2.62	101.39	5.00/12.00		
Yok						

Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil	8.16	2.40	87.92	7.00/13.00		
Okur-yazar	7.00	1.68	70.69	4.00/9.00		
İlkokul	8.39	2.55	95.15	4.00/13.00	X^2=14.754	p=0.011
Ortaokul	7.67	3.11	86.76	0.00/11.00	df = 5	
Lise	6.52	2.75	62.92	3.00/13.00		
Üniversite	9.00	2.26	107.30	3.00/11.00		
Mesleği						
Emekli	8.22	2.85	94.08	3.00/12.00		
Ev hanımı/ Çalışmayan	7.36	2.86	77.58	0.00/13.00	X^2= 5.62	p=0.06
Çalışan	8.55	1.79	98.60	7.00/12.00	df = 2	
Sosyal Güvence						
Var	7.92	2.84	87.92	0.00/13.00	U= 837.00	p=0.008
Yok	6.22	1.51	56.00	4.00/9.00		
Gelir Varlığı						
Var	8.11	2.74	91.29	0.00/13.00	U=683.00	p=0.0001
Yok	5.39	1.72	41.70	4.00/11.00		
Bakım verilen yaşlı ile yakınlık						
Oğul	9.87	2.10	123.31	5.00/11.00		
Kız	7.73	2.82	85.10	0.00/12.00		p=0.03
Gelin	8.48	3.39	95.90	4.00/13.00	X^2=13.98	
Damat	5.00	-	34.50	5.00/5.00	df = 6	
Torun	6.00	-	47.50	6.00/6.00		
Eş	7.00	0.30	71.51	3.00/13.00		
Kardeş	8.85	0.79	105.57	5.00/11.00		

Bakım verenlerin yaş grupları ile stres arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Cinsiyet ve medeni durum ile bakım yükü karşılaştırılmış istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çocuğa sahip olma (U= 1.448 $p<0.05$) durumuyla stres durumu arasındaki

ilişkide anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır. Çocuğu olanların 7.53±2.77, olmayanların 8.77±2.62 puana sahip olanların stres yaşadıkları saptanmıştır. Eğitim durumu ile bakım verme yükü incelendiğinde (X^2=14.754 p<0.05) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, okur yazar olmayanların 8.16±2.40, okur yazarların 7.00±1.68, ilkokul mezunu olanların 8.39±2.55, ortaokul mezunlarının 7.67±3.11, lise mezunu olanların 6.52±2.75 ve üniversite mezunu olanların 9.00±2.26 puana sahip olanlar stres altındadır. Meslek durumu ve sosyal güvence varlığı ile stres arasında istatistiksel anlamı fark saptanmamıştır. Gelir varlığı ile stres durumu arasında ileri anlamlı fark saptanmış (U=683.00 p<0.0001), geliri olanların 8.11±2.74, geliri olmayanların 5.39±1.72 puana sahip olanlar stres yaşamaktadır. Bakım veren birey ile stres durumu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuş (X^2=3.021 p<0.05), yaşlı bireylere bakım verenler arasında 9.87±2.10 ile oğulların, 8.85±0.79 ile kardeşlerin, 8.48±3.39 puan ile gelinlerin stres yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo- 18: Bakım Verenin Sağlık Durumlarına Yönelik Özelliklerine Göre Stres İndeksleri

	X	**SD**	**Ortanca**	**MİN/MAX**	**X^2/U**	**p DEĞERİ**
Sağlığı algılama						
Çok iyi	7.16	4.26	80.92	0.00/12.00	X^2= 0.450 df = 3	p=0.930
İyi	7.62	2.64	82.95	3.00/13.00		
Orta	8.04	2.86	88.17	3.00/13.00		
Kötü	8.00	5.65	88.50	4.00/12.00		
Hekimden hastalık tanısı alma					U= 2.58	p=0.497
Var	7.82	2.80	86.03	3.00/13.00		
Yok	7.48	2.75	80.32	0.00/13.00		
Varolan hastalıklar						
Hastalığı olmayan	7.48	2.75	80.32	0.00/13.00		
Malignite	5.00	0.00	34.50	5.00/5.00		
Kemik, kas, bağ doku	4.00	-	18.50	4.00/4.00	X^2= 4.822 df = 4	p=0.306
Diğer sorunlar (DM, HT vs.)	7.90	2.71	87.52	3.00/13.00		
Birden çok hastalığı olanlar	7.93	3.05	87.24	3.00/13.00		

Uyku sorunu						
Var	8.73	2.92	102.70	3.00/13.00	U= 2.164	p=0.0001
Yok	7.07	2.49	72.43	0.00/13.00		
Uyku ilacı kullanma						
Var	7.94	1.67	89.35	3.00/13.00	U= 1.201	p=0.661
Yok	7.71	2.88	83.95	0.00/13.00		
Depresyon ya da anksiyete için ilaç kullanma						
Var	8.09	2.80	93.45	3.00/12.00	U= 765	p=0.524
Yok	7.71	2.78	83.87	0.00/13.00		
Bakım verme ve sağlık kontrolünü engelleme						
Var	8.90	2.35	103.48	5.00/13.00	U= 2.001	p=0.001
Yok	7.24	2.81	76.46	0.00/13.00		
Bu yıl içinde aşı olma						
Var	7.09	2.77	72.95	4.00/11.00	U= 736.5	p=0.411
Yok	7.78	2.78	85.31	0.00/13.00		

Bakım veren bireylerin sağlık algısı ile stres durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (X^2=0.450 p>0.05). Hekimden hastalık tanısı alma ile stres durumu arasında istatistiksel olarak anlamı bir fark saptanmamıştır (U=2.58 p>0.05). Bakım veren bireylerin stres durumu ile varolan hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (X^2=4.822 p>0.05). Uyku sorunu ile stres durumu arasında istatistiksel ileri anlamlı fark bulunmuş (U=2.164 p<0.0001), uyku sorunu olduğunu ifade edenlerin 8.73±2.92, uyku sorunu olmadığını ifade edenlerin ise 7.07±2.49 puana sahip olanlar stres durumu yaşamaktadır. Uyku ilacı ve depresyon ya da anksiyete ilacı kullanımı ile stres durumu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Bakım vermenin sağlık kontrolünü engellemesi ile stres durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, bireylerin 8.90±2.35 puana sahip olanlar sağlık kontrolleri engellendiği için stres durumu altında bulunmuştur. Bu yıl içinde aşı olma durumu ile stres durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır (U=736.500 p>0.05).

Tablo -19: Yaşlıya Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreçlerine Yönelik Özelliklerine Göre Stres İndeksleri

	X	SD	Ortanca	MİN/MAX	X^2/U	p DEĞERİ
Yaşlıya bakma süresi						
1 yıl	8.61	2.95	99.71	3.00/13.00		
2 yıl	7.76	1.09	84.65	6.00/9.00		
3 yıl	7.82	2.87	85.28	4.00/13.00	X^2= 31.09	p=0.0001
4 yıl	6.29	2.99	59.06	3.00/13.00	df = 6	
5 yıl	5.76	2.06	48.98	3.00/11.00		
6-10 yıl	9.57	1.74	117.45	6.00/11.00		
10 yıldan fazla	8.32	2.82	96.57	0.00/11.00		
Yaşlıya Bakma Nedeni						
Ailevi sorumluluk	8.57	2.49	99.87	0.00/13.00		
Sevdiğim için	5.86	2.18	51.62	3.00/12.00	X^2= 34.609	
Bakacak kimse yok	8.57	3.03	97.55	4.00/13.00	df = 4	p=0.0001
Evde bakım hizmeti yok	7.00	-	68.00	7.00/7.00		
Ekonomik katkısı olduğu için	8.33	2.08	95.67	6.00/10.00		
Yaşlıya bakmaktan memnun olma					U= 1.282	p=0.0001
Evet	7.29	2.56	77.07	4.00/11.00		
Hayır	9.50	2.95	113.79	0.00/13.00		
Bakım verirken sıkıntı yaşanan konular						
Cinsiyet farkı	7.50	3.53	81.50	5.00/10.00		
İletişim	8.42	3.22	92.89	5.00/13.00		
Vücut bakımı	7.90	2.52	88.09	0.00/12.00		
Yok	3.77	1.09	16.83	3.00/6.00		p=0.0001
Yaşlının memnuniyetsizliği	6.00	1.41	51.25	5.00/7.00	X^2=40.425	
Ev işleri	8.66	1.22	102.33	7.00/11.00	df = 8	
İletişim ve vücut bakımı	13.00	0.00	165.50	13.00/13.00		
Taşıma/yer değiştirme	4.33	0.81	24.50	3.00/5.00		
Yaşlının beslenmesi	11.00	-	142.50	11.00/11.00		

Yaşlı ile iletişim sıkıntısı						
Var	8.95	2.74	103.96	3.00/13.00	U= 2.055	p=0.0001
Yok	6.82	2.45	69.91	0.00/12.00		
İletişim sıkıntısı türü						
Yok	6.82	2.45	69.91	0.00/12.00		
Konuşma	9.27	2.58	109.26	5.00/13.00		
Anlama	8.31	2.84	93.05	5.00713.00	X^2= 30.351	p=0.0001
İşitme	7.11	2.89	71.72	3.00/12.00	df=6	
İşitme konuşma	10.18	2.18	125.86	6.00/13.00		
Anlama işitme	9.00	2.82	105.25	7.00/11.00		
Konuşma anlama	12.00	1.41	154.00	11.00/13.00		
Bakım veren olmayınca bakan biri						
Var	7.59	2.96	82.71	0.00/13.00	U= 3.284	p=0.579
Yok	7.93	2.52	86.88	3.00/13.00		
Dinlendirmek için yardımcı						
Var	8.26	2.47	93.77	3.00/13.00	U= 2.77	p=0.04
Yok	7.38	2.93	78.20	0.00/13.00		
Yardım ihtiyacı						
Var	8.40	2.54	95.90	3.00/13.00	U= 1.044	p=0.0001
Yok	5.53	2.39	46.78	0.00/13.00		
İstenilen yardım						
Yardım istemiyor	5.61	2.47	48.25	0.00/13.00		
Yatılı bakıcı	7.40	2.93	77.50	3.00/13.00		
Evde yalnız kalmaması için yanında duracak biri	7.00	2.56	70.44	3.00/11.00	X^2= 37.317	p=0.0001
Ev işleri	8.00	2.54	89.36	3.00/12.00	df = 6	
Gündüzlü bakıcı	8.86	2.40	103.66	4.00/13.00		
Bir yere taşıma	9.00	0.00	111.00	9.00/9.00		
Fizik tedavi	12.00	0.00	158.50	12.00/12.00		

Kendine vakit ayırma Var Yok	7.17 8.55	2.56 2.89	74.98 98.16	3.00/13.00 0.00/13.00	U= 2.473	p=0.002
Yaşlı bakımı konusunda bilgi Var Yok	4.80 7.90	2.09 2.72	33.70 87.72	3.00/9.00 0.00/13.00	U= 282.00	p=0.001
Yaşlı bakımı konusunda eğitim Alan Almayan	4.42 7.88	1.90 2.73	27.71 86.97	3.00/8.00 0.00/13.00	U=166.00	p=0.001
Yaşlı bakımı konusunda eğitim ihtiyacı Var Yok	7.92 7.68	2.48 2.87	86.59 83.87	3.00/12.00 0.00/13.00	U= 2.434	p=0.757
Yaşlıya bakmanın maddi yükü Var Yok	8.89 6.37	2.5 2.48	104.66 60.67	3.00/13.00 0.00/13.00	U= 1.668	p=0.0001
Yaşlıya bakmanın yaşamı etkilemesi Var Yok	8.17 5.48	2.65 2.35	92.33 43.63	0.00/13.00 3.00/13.00	U=800	p=0.0001

Yaşlıya bakmanın yaşama etkisi						
Yok	5.48	2.35	43.63	3.00/13.00		
Sosyal yaşam	6.95	2.86	72.57	0.00/12.00		
Aile yaşamı	7.69	2.65	83.69	4.00/11.00		
Beden sağlığı	8.13	2.55	90.58	3.00/13.00		
Sosyal yaşam ve beden sağlığı	8.69	2.03	101.65	5.00/12.00	X^2= 33.53	p=0.0001
Sosyal yaşam, aile yaşamı, beden sağlığı	9.88	3.21	117.61	5.00/13.00	df = 7	
Aile yaşamı, beden sağlığı	8.00	2.80	90.61	3.00/13.00		
Sosyal yaşam, aile yaşamı	9.55	1.50	118.50	7.00/12.00		
Ev tipi						
Müstakil	8.11	2.66	90.68	0.00/13.00	X^2= 0.985	p=0.611
Apartman	7.60	2.81	82.34	3.00/13.00	df = 2	
Gece kondu	7.50	4.94	80.50	4.00/11.00		
Isınma yöntemi						
Soba	8.25	2.74	93.13	3.00/13.00	X^2= 5.663	p=0.059
Kalorifer	7.22	2.25	75.10	3.00/11.00	df = 2	
Klima	7.12	3.69	76.29	0.00/13.00		

Bakım verme süresi ile stres durumu arasında istatistiksel ileri anlamlı fark saptanmış olup (X^2=31.09 p<0.0001), en çok stres durumu 6-10 yıl arası bakım verenlerde 9.57±1.74, bir yıldır bakım verenlerde 8.61±2.95, on yıl ve üzeri bakım verenlerde 8.32±2.82 puana sahip olarak bulunmuştur. Yaşlıya bakma nedeni ve stres durumu arasında ileri anlamlı fark olduğu saptanmıştır(X^2=34.609 p<0.0001). Yaşlıya bakım verme nedenleri sorulduğunda 8.57±3.03 'Bakacak kimse yok', 8.57±2.49 'Ailevi sorumluluk', 7.00 'Evde bakım hizmeti olmadığı için', 8.33±2.08 'Ekonomik katkısı olduğu için', 5.86±2.18 puana sahip olanlar 'Sevdiğim için' yanıtlarıyla stres durumlarını ifade etmişlerdir. Yaşlıya bakmaktan memnun olma ve stres durumu arasında ileri anlamlı fark bulunmuş (U=1.282 p<0.0001), bakım vermekten memnun olan bireylerin 7.29±2.56, memnun olmayanların ise 9.50±2.95 puana sahip olanlar stres durumu altında olduğu tespit

edilmiştir. Yaşlı bireyle iletişim sıkıntısı yaşanması ile stres durumu arasında ileri anlamlı fark saptanmış (U=2.055 p<0.0001), iletişim sıkıntısı yaşayan bakım verenlerin 8.95±2.74, iletişim sorunu olmayan bireylerin 6.82±2.45 puana sahip olanlar stres durumu bulunmuştur. İletişim sıkıntısı türü ile stres durumu arasında istatistiksel olarak ileri anlamlı fark bulunmuştur (X^2=30.351 p<0.0001). Bakım verenlerin yaşadıkları iletişim sorunu türü ile stres durumu karşılaştırıldığında; 6.82±2.45 iletişim sıkıntısı olmayan, 9.27±2.58 konuşma, 8.31±2.84 anlama, 7.11±2.89 işitme, 10.18±2.18 hem işitme hem konuşma, 9.00±2.82 anlama ve işitme, 12.00±1.41 puana sahip olanlar ise konuşma ve anlamadır. 'Bakım veren biri olmayınca bakan biri var mı' sorusuna evet yanıtını verenlerin 7.59±2.96, hayır yanıtını verenlerin 7.93±2.52 puana sahip olanlar stres durumu yaşamakta olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=3.284 p>0.05). Bakım verenlerin dinlendirmek için yardımcı ihtiyacı ve stres durumu arasında anlamlı fark bulunmuş (U=2.770 p<0.05), dinlenmek için yardımcı ihtiyacı olanların 8.26±2.47, yardımcı ihtiyacı olmayanların 7.38±2.93 puana sahip olanlar stres durumu saptanmıştır. Yardım ihtiyacı ile stres durumu arasında istatistiksel olarak ileri anlamlı fark saptanmış(U=1.044 p<0.0001), yardım ihtiyacı olanların 8.40±2.54, yardım ihtiyacı olmayanların 5.53±2.39 puana sahip olanlar da stres durumu bulunmuştur. İstenilen yardım ile stres durumu arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuş (X^2=37.317 p<0.0001), fizik tedavi için yardım isteyenlerin 12.00, gündüzlü bakıcı isteyenlerin 8.86±2.40, ev işleri için yardım isteyenlerin 8.00±2.54 puana sahip olanlar stres durumu altındadır. Kendine vakit ayırma ile stres durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış (U=2.473 p<0.05), kendine vakit ayıramayanların stres durumu 8.55±2.89 puana sahip olarak bulunmuştur. Yaşlı bakımında bilgisi olanlar (U=282.000 p<0.05) ve eğitim almış olanlar ile(U=166.000 p<0.05) stres durumu arasında anlamlı fark saptanmış, yaşlı bakım konusunda bilgi sahibi olmayanların 7.90±2.72, eğitim almamış olanların ise 7.88±2.73 puana sahip olanların stres durumu altında olduğu bulunmuştur. Yaşlı bakım konusunda eğitim ihtiyacı ile stres durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuş (U=2.434 p>0.05) eğitime ihtiyacı olduğunu düşünen bakım verenlerin 7.92±2.48 puana sahip olanlar stres durumu altındadır. Yaşlıya bakmanın maddi yükü ile stres durumu arasında ileri derecede anlamlı fark saptanmış (U=1.668 p<0.0001) maddi yük yaşayanların 8.89±2.5 puana sahip olanlar stres durumu yaşamaktadır. Yaşlıya bakım verenlerin yaşamının etkilenmesi ile stres durumu arasında ileri derecede anlamlı fark saptanmış (U=800.000 p<0.0001) ve yaşamının etkilendiğini ifade eden bireylerin 8.17±2.65 puana sahip olanların stres durumu yaşandığı bulunmuştur. Yaşlıya bakmanın yaşama etkisi ile stres durumu arasında ileri

derecede anlamlı fark saptanmış (X^2=33.530 p<0.0001), 9.88±3.21 sosyal yaşam, aile yaşamı ve beden sağlığı, 9.55±1.50 sosyal yaşam ve aile yaşamı, 8.69±2.03 puana sahip olanlar sosyal yaşam ve beden sağlığı ile en fazla stres durumu yaşamaktadır. Ev tipi (X^2=0.985 p>0.05) ile stres durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Isınma yöntemi (X^2=5.326 p<0.05) ile stres durumu arasında anlamlı bir fark saptanmış, soba ile ısınanlarda 8.25±2.74 puana sahip olanlar stres durumu daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-20: Bakım Verenlerin Sosyal Ağ Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Ağ Alt Ölçekleri	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Sosyal Alt Ölçeği	1.00	44.00	14.33	8.85
Akraba Alt Ölçeği	0.00	43.00	11.58	8.36
Arkadaş Alt Ölçeği	0.00	13.00	2.75	3.08

Sosyal ağ ölçeğinin toplam puanları Tablo 20'de verilmiştir. Sosyal ağ sosyal alt ölçek puanı 14.33±8.85, akraba alt ölçek puanı 11.58±8.36, arkadaş alt ölçek puanı ise 2.75±3.08 bulunmuştur.

Tablo-21: Bakım Yükü İle Stres Durumu Arasındaki İlişki

	Stres İndeksi Toplam Puanı	
Bakım Yükü Ölçeği Toplam Puanı	r	p
	0.646	0.0001

Bakım yükü toplam puanı ile stres indeksi puanıyla korelasyonu incelendiğinde, pozitif, doğrusal ve istatistiksel olarak ileri anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (r=0.646, p=0.0001).

Tablo-22: Bakım Yükü ile Sosyal Ağ Puanları Arasındaki İlişki

Bakım Yükü Ölçeği Toplam Puanı	Sosyal Ağ Puanı	
	r	p
	-0.40	0.606

Bakım yükü toplam puanı ile sosyal ağ puanı korelasyonu incelendiğinde, negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmektedir (r=-0.40, p=0.606).

Tablo-23: Bakım Yükü İle Alınan Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Stres İndeksi Puanı	Sosyal Destek Puanı	
	r	p
	0.319	0.0001

Bakım Yükü ile sosyal destek puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde, pozitif, doğrusal ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0.319, p=0.0001).

4. BÖLÜM

4.1. TARTIŞMA

Yıldırım ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada bakım verenlerin %78.8'inin bakım verme sürecinde çalışmadığı, bakım verdikleri hastaların %45'inin 70 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu, %78,8'inin bakım verme konusunda eğitim almaya istekli olduğu bulunmuştur (Yıldırım ve ark.2013). Çalışmada benzer doğrultuda sonuçlar elde edilmiş olup, %61.3'ünün bakım verme sürecinde çalışmadığı, bakım verdikleri yaşlıların %80.2'sinin 70 yaş ve üzeri olduğu, %16.06'sının bakım verme konusunda eğitim almaya istekli oldukları saptanmıştır. Bakım verme konusunda bilgi almaya istekli olmayışlarının nedenlerinin kişilerin yaşlıyı evde yalnız bırakmayı istememe, ulaşım sorunu ve zaman ayırmayı istememe olabileceği düşünülmektedir.

Bir çalışmada bakım veren bireylerin %77'sinin kadın, %35'inin 38-47 yaş grubunda, %44'ünün ilkokul mezunu, %66'sının evli, %66'sının çalışmadığı, %52'sinin ev hanımı ve %73'ünün gelirlerinin gidere eşit olduğu belirlendi (Zaybak ve ark 2011).Bakım veren bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde kadınların oranının yüksek olduğu, sonucun ilgili çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Akça KN, Taşçı S 2005). Ülkemizde kadının daha çok "bakım veren" rolü ön plana çıkmaktadır (Zaybak ve ark 2011). Yaşlıların bakımında aile, tüm toplumlarda önemli role sahiptir. Doğu ve batı toplumlarında ailede yaşlının bakımından geleneksel olarak kadınlar sorumludur (Alpteker 2008). Ülkemizde yaşlıların bakımı genellikle evde, aile ortamında yapılmasının yanı sıra, bir diğer temel özellikte bu bakımın çoğunlukla kadınlar tarafından yürütülmesidir. Aslında bakım denildiğinde, ülkemizde toplumsal rol olarak bakım işi ve sorumluluğu kadına atfedilmesi nedeniyle çocuk, hasta ve yaşlı bakımında bakımı sağlayacak kişi olarak akla ilk kadın gelmektedir. Kadının eş, anne, bakım verme vb. toplumsal rolleri göz önüne alındığında, bakım yükü ve bakım stresi yaşaması ve bu rolleri yerine getirirken

zorlanması kaçınılmazdır. Pek çok rolü olan kadın, kendi gereksinimlerinden feragat ederken karşı tarafa ilgi gösterme görevlerini de üstlenir. Sıklıkla kızgınlık, acı çekme, çaresizlik, pişmanlık gibi duyguları deneyimler ve bunları genellikle baskılar (Alpteker 2008).

Seyyar (2004), Türkiye'de çekirdek ailelerin arttığı ve iş hayatında aktif çalışmasının yeni rol ve sorumluluk getirmesi ile yaşlıya bakmasının "bakım yükü" ve "bakım stresi" yaşadıklarını belirtmektedir (Seyyar 2004).

Yapılan bir çalışma sonucunda %89.3 kadın bakım veren, %33.3'ü 50-59 yaş grubu arasında, %40.5 ilkokul mezunu, %77.4'ü evli, %61.3'ü çalışmıyor ve %82.1'inin gelirinin giderine denk olması literatür bilgisini destekler niteliktedir (Zaybak ve ark 2011).

Bakım veren bireylerin %38'inin bakım alan bireyin çocukları, %24'ünün eşi olduğu, %65'inin bakım verme süresinin 0-3 ay arasında olduğu, %71'inin diğer yakınlarıyla dönüşümlü olarak bakım verdiği belirlendi(Zaybak ve ark 2011). Yapılan çalışmalarda, bakım rolünü daha çok bakım veren bireylerin çocukları ve eşlerinin üstlendikleri saptanmıştır (Zaybak ve ark 2011). Çalışmamızda bakım verenlerin yakınlık derecelerine bakıldığında %38.7'si kızı, %33.9'u eşi olarak belirlenmiştir. Bakım verme süresi ise üç yıl (%26.8) olarak saptanmıştır.

Bakım verme, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (Mollaoğlu ve ark 2011). Bakım verme güçlüğü; yaşlı, kronik hastalığı olan, yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da bakım yükü altına girmesi ile ortaya çıkmaktadır (Mollaoğlu ve ark 2011).

Bakım veren bireylerin Bakım Yükü puan ortalamasının 27.71±8.85 olduğu, en yüksek puanın 52, en düşük puanın 6 olduğu belirlendi. (zaybak ve ark.2011)

Zaybak'ın çalışmasında, sağlık algısı ile bakım yükü arasında bir ilişki olduğu ve bakım vermeye başladıktan sonra sağlığını kötü algılayan bakım verenlerin iyi-orta sağlık algısına sahip olan bireylere göre daha fazla yük altında bulunduğu belirlendi (p=0.000, F=8.984).

Evli kadının yaşlı bakımı ile ilgili sorumluluklarının yanında aile içinde eş, anne, evin temizlik işleri ve kişilerin bakımı gibi rollerinin olması, evde yaşlı bireye bakım vermenin sosyal aktivite zamanını kısıtlaması ve azalan dinlenme zamanı bakım veren kadın bireylerin sağlık etkilenimini arttırmaktadır (Akça KN, Taşçı S, 2005).

Araştırmadan elde edilen sonuç doğrultusunda Mollaoğlu ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada bakım vericilerde bakım yükünü etkileyen faktörler incelendiğinde; sağlık sorunu olan, bağımlı hastalara bakım veren ve okuryazar olmayan bakım vericilerin bakım yüklerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir(Mollaoğlu ve ark 2011).

Ankara'da yaşlı ile ailesi arasındaki ilişkileri çok yönlü inceleyen bir araştırmada (Baran ve ark., 2005) ise, yaşlı ile birlikte yaşayanların çoğunluğu kendilerini daha çok mutlu, güvenli, endişesiz vb. olarak betimlemektedirler; daha çok sosyal yaşamlarının kısıtlandığından şikayet etmektedirler; görece daha az olmakla birlikte stres yaşadıklarını belirtenler de vardır ve stres yaşama düzeyi ile sosyo ekonomik düzeyin ilişkili olduğu görülmektedir. Çalışmamızda stres durumu ile gelir durumu (X^2=14.754 p<0.005) ve eğitim durumu (U=683.00 p<0.0001) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bir araştırmada yaşlı hastalarına bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükü ile kamu yardım hizmetlerinden yararlanma (yıkanma, hemşire desteği, ev işlerine yardım

gibi) arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Kumamoto, Arai ve Zarit, 2006). Kamu yardım hizmetlerinden yardım alan bakım verenlerin yükü azalmaktadır.

Yaşar'ın 2009 yılında yüksek lisans çalışmasında bakım verenlerin %93'ünün, İnci çalışmasında %62.7'sinin en az bir çocuğa sahip olduğunu belirlemiş, çalışmada bu sonuç %83.9 olarak bulunmuştur. Ancak çocuk sahibi olma bakım veren kadın bireylerin bakım yükünü arttıracağı beklenen bir durum olacaktır.

Yaşar'ın çalışmasında sağlığını çok kötü olarak değerlendirenlerin bakım yükü puan ortalaması 275.67 olarak en yüksek olarak değerlendirilmiş ve bakım yükü arasında anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmada benzer sonuçlar elde edilmemiş, sağlığını çok iyi olarak algılayanların bakım yükü daha yüksek bulunmuş ve anlamlı fark saptanmamıştır. Yaşar'ın aynı çalışmasında doktor tanısı alan bireylerin bakım yükü ölçek puanı karşılaştırmasında anlamlı fark bulunmuş, çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş, desteklenmiştir. Sağlığın bozuk olması, hastalık tanısı alma bakım verme yükünü arttıracaktır.

Alpteker'in çalışmasında, bakım verenlerin yaklaşık yarısının (%50.8) bakım yükünün, "hafif, %18.8'inin "orta düzeyde" ve %1.4'ünün ise "ağır" olduğu saptanmış, bakım verenlerin stresi ve bakım yükünün belirlenmesinde Zarit ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenirliği İnci (2006) tarafından yapılan "Bakım Verme Yükü Ölçeği" kullanılmıştır. Aynı ölçekler kullanılarak yapılmış olan bu çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Alpteker'in çalışmasında bakım verenlerin yaşlıya bakma nedeni incelendiğinde, yaşlıya bakma nedeni olarak "ailevi sorumluluk" olarak nitelendirenlerde bakım yükü olanların yüzdesi (%55.1), olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş; ancak bakım yükü olmayanlarda yaşlıyı sevdiği için (%30.0), bakacak kimsesi olmaması/ mecbur olması (%20.0) ve ekonomik nedenler yüzdesi (%5.0) daha yüksek bulunmuştur. Yaşlıya ailevi

sorumluluk olarak bakanların daha fazla performans göstererek yaşlıya bakmasına bağlı bakım yükünün artabileceği söylenebilir. Ayrıca yaşlıya sevdiği için bakım verenlerde bakım yükünün olmaması, yaşlıya bakacak kişiye bakımda yer almak isteyip istemediğinin sorulması ya da böyle bir tercihin olması, bakım yükünü azaltmada önemlidir (Alpteker 2009).

Alpteker'in yaptığı çalışmada bakım verenlerin yaşlı bakımı sırasında en çok zorlandığı konuların yaşlının çok konuşması/karışması (%41.0),bakım verenin de yaşlı olması ve zorlanması (%28.2), banyo yaptırması (%12.8), yaşlıyı yalnız bırakamaması (%10.3) ve yaşlı bakımına ilave olarak ev işi de yapıyor olması (%7.7) şeklinde saptanmıştır (Alpteker 2009). Çalışmamızda ise en çok zorlanılan konu %69.6, %11.3 ile iletişim sorunları gelmektedir.

Çetinkaya'nın kanser hastalarına bakım verenler üzerine yaptığı çalışmada bakım verenlerin meslekleri ile stres indeksi toplam ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır (F=2,027 p=0,96 >0,05). Benzer sonuç çalışmamızda yaşlılara bakım veren bireyler üzerinde de saptanmıştır (X^2=5.62 p>0.005).

Bakım verenlerin bilgi ve becerileri, sunulan bakımın kalitesini ve bakım vermeye karşı baş etme becerilerini etkilemektedir (Küçükgüçlü ve arkadaşları 2011). Çalışmamızda yaşlı bakımı konusunda bilgi sahibi olma ve bakım yükü karşılaştırıldığında anlamlı fark elde edilmiş(U= 295.500 p<0.005), bilgi sahibi olanların %25.00'i, bilgi sahibi olmayan %41.17 bireyin bakım yükü yaşadığı saptanmış, literatür desteklenmiştir.

Bakım yükü ile sosyal destek düzeyi ve bakım yükü ile stres durumları arasında pozitif, doğrusal ve anlamlı ilişki saptanmış, H1 ve H2 hipotezleri kabul edilmiş ancak bakım yükü ile sosyal ağ puanı arasında ilişki saptanamamış H3 hipotezi red edilmiştir.

5. BÖLÜM

5.1. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birden fazla kronik hastalığı olan, bağımlı ya da yarı bağımlı yaşlıya bakım vermek bakım veren aile üyelerinde stres, umutsuzluk gibi duyguların yaşanmasına neden olmaktadır. Aile üyelerini en çok umutsuzluğa ya da strese götüren durum bakımın getirdiği sorumluluk ve yükün katlanarak artmasıdır (Piro 2012).

Yaşlı bireylere bakım veren kadın bireylerin genel yaşam koşullarında yaşam koşullarındaki ağır değişimler günlük yaşamını, özellikle iş koşulları ağır olan ve gece vardiyasında çalışanlar zor durumda kalabilmektedir.

Bakım yükü birey için zorlayıcı olabilir, bu nedenle yaşlı bireye bakım verme işlemi bir ailede paylaşılmalı, sadece bir kişiye yüklenmemelidir. Özellikle ailedeki tek bir bireye bırakılan bakım verme işlemi bakım yükü ve stresi arttırmaktadır. Bu nedenle aile bireyleri arasında yapılacak sorumluluk paylaşımı ile sürekli bakım veren birey üzerindeki yük azalacak, bakımın kalitesi artacaktır.

Ayrıca bakım veren bireylerin şu noktaları atlamaması önerilmelidir:

- Bakım verilen kişinin hastalığı ve nasıl iyi bir bakım veren olunacağı ile ilgili mümkün olduğu kadar çok şey öğrenilmelidir. Bakım veren bireylerin profesyonel kişilerden alacakları evde yaşlı bakımına ilişkin eğitimle konu hakkında bilgi sahibi olacak ve stresleri azalacaktır.
- Diğer bakım verenlerle iletişime geçilmelidir. Böylece benzer süreçlerde bulunan kişilerle paylaşım şansı olacaktır.
- Gündüzlü bakım evleri bakım veren bireyler açısından rahatlatıcı olmaktadır. Bu merkezlerden alınan destekle bakım veren bireylerin bakım yükleri azalacaktır.

ÖZET

Yaşlı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Aldıkları Sosyal Destek ve Stres Durumlarının İncelenmesi

Bu araştırma yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım verme yükü, aldıkları sosyal destek ve stres durumlarının incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

Araştırma, Ekim 2011-Eylül 2013 tarihleri arasında Manisa Merkez Efendi Hastanesi ve Bornova Belediyesi Evde Bakım Birimlerinde yürütülmüştür. Araştırma örneklemini basit rastgelei örnekleme yöntemi ile seçilerek, aileye bakım veren ve yaşlıyla birlikte yaşayan 168 kişi oluşturmuştur. Araştırma verileri aileye bakım veren bireyler ve yaşlılardan onay alındıktan sonra araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılarak toplanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan, Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve ölçek için yazardan izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 programı kullanılmıştır.

Yaşlıya bakım verenlerin %77.40'ı evli ve %89.30'u kadındır. Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 76.72±7.00 ve %56.00'sı kadındır. Bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması 40.20±15.40'tır. Korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; bakım yükü puanı ile stres indeksi puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Bakım veren bireylerin bakım yükünün ve stres durumunun azaltılması, geriatri alanında uzmanlaşmış hemşirelerin bakım veren bireylere sağlayacağı eğitim ve sosyal destekle mümkündür.

Investigation On Burden Of Care Giving On Caregivers Of The Elderly And Stress Factors And Social Support They Receive

This is a descriptive and cross-sectional research which has been implemented in order to investigate the burden of care giving on caregivers of the elderly, social support that has been taken by them and their situation of stres.

The research has been implemented between October 2011 –September 2013 in Manisa Merkez Efendi Hospital and Bornova Municipal Government Home Nursing Units. The Research sample consists of 168 people who provide care to families and live with the elderly, selected by simple random sampling method. Research data were collected by the researcher by visiting homes after the confirmation of family care givers and elderly.

The necessary permissions were granted from the author for the scale used, Ege University Faculty of Nursing Ethics Comittee and Manisa Provincial Health Directorate. SPSS 16.0 were used for the evaluation of data.

% 77.40 of the caregivers who provide care to elderly are married and % 89.30 are women. The mean of elderly age is 76.72±7.00 and % 56.00 of these individuals are women. The mean of the care giving point fort he care givers is 40.20±15.40. When the correlation analysis results are evaluated it is established that there is a positively meaningful relation between care giving point and stres index.

It is possible to reduce the care giving burden and stress of the care givers with the trainings for the caregivers, provided by nurses on geriatrics to care givers and social support.

KAYNAKLAR:

1. Capezuti E., Zwicker D. (2008). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice 3. edition: Family caregiving Pg: 127-160. New York: Springer Publishing Company.
2. Kutsal Y., Biberoğlu K. (2010). TC sağlık bakanlığı temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi
3. Alptekin H. (2008). Evde Bakım Verenlerin Karşılaştığı Güçlüklerin Belirlenmesi Abant Üni., Yüksek lisans tezi 2008
4. Altay, B. (2005). Yaşlılara Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara.
5. Pınar R. (2010). Türkiye'de evde bakımda mevcut durum, akademik geriatri 2010 kongre kitabı
6. Arpacı F. (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, www.tied.org.tr/tied_kitaplar/yaslilik.pdf (Erişim tarihi:30.12.2012)
7. ……' Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler' http://www.genbilim.com/content/view/292102/33/ (Erişim Tarihi: 20.03.2011)
8. Milli Eğitim Bakanlığı (2008) Yaşlı ve Hasta Hizmetleri, Sağlıklı Yaşlanma, Ankara
9. ……'Yaşlılık Döneminde Kişilerarası İlişkiler' (www.pdrciyiz.biz/yaslilik-doneminde-kisilerarasi-iliskiler-t1596.html) (Erişim tarihi 12.03.2011)
10. ….. 'Yaşlanan Nüfusta Yaşlılık Ve Ailede Bakım' http://www.yaslilikplatformu.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1242:yaslanan-nufusta-yaslilik-ve-ailede-bakim&catid=109:makaleler&Itemid=621 (Erişim tarihi 12.03.2011)

11. Akın G. (2006). Her Yönüyle Yaşlılık, Yaşlı- genetik- çevre ilişkisi ve yaşlanma teorileri, Palme Yayınevi, Ankara.
12. İnci H. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli
13. Arıoğlu S. (2006). Geriatri ve gerontoloji, Türkiye'de ve dünyada yaşlılarda demografik özellikler S: 3- 11 Evde bakım sistemleri ve ülkemizde yaşlı sağlığı hizmetleri S: 25-37
14. ……..'Yaşlı Bakım Hizmetinde Kalite' http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yaslibakimvebakici2.htm (Erişim tarihi 12.03.2011)
15. …..……. 'Yaşlıların toplumsal iletişim sorunları' http://blog.milliyet.com.tr/Yaslilarin_toplumsal_iletisim_sorunlari/Blog/?BlogNo=50379 (Erişim tarihi 12.03.2011)
16. İçli G. (2008) Yaşlılar ve yetişkin çocuklar, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, (1): 29-38
17. Hablemitoğlu Ş. Özmete E. (2010). Yaşlı Refahı, Kilit Yayınları, Ankara
18. Tang Y. (2008). Social Support of Elderly Caregivers , Internal Journal of Business and Management, China
19. Akdemir N., Akyar İ. (2009). 'Geriatri Hemşireliği' , Hacettepe Üniversitesi, http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-02/html/2009-1-2-073-081.htm (Erişim tarihi 02.04.2011)
20. Annak B. (2005). Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yasam Kalitesi ve Yaşam Doyumu**:** Duygu-Durum Ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz

Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

21. ……. ‘ elderly caregivers stress’ http://www.allaboutlifechallenges.org/caregiver-stress-faq.htm (Erişim tarihi 23.04.2011)
22. Karahan A., Güven S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. Geriatri 5 (4):155-159
23. Akça K. N., Taşçı S. (2005). 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 14 (Hemşirelik Özel Sayısı) 30-36.
24. Mollaoğlu M., Tuncay Ö.F., Fertelli K.T. (2011). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. DEUHYO ED. 4 (3), 125-130
25. Baran, G. A., Kalınkara, V., Aral, N. Akın, G., Baran, G. Ve Özkan, Y. (2005). Yaşlı ve aile ilişkileri araştırması. Ankara örneği. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü yayını. ISBN: 975-19-821-X. (http://www.aile.gov.tr/konu/263/lang/TR/Bilim_Serisi.htm)
26. Kumamoto, K., Arai, Y. ve Zarit, S. H. (2006). Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: preliminary results. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 163–170. (www.interscience.wiley.com, DOI: 10.1002/gps.1445).
27. Seyyar A. (2005). Dünyada ve Türkiye'de Yaslılıga Baglı Bakım Sorununa Karsı Güvence Sistemleri, Öz veri Dergisi, 2 (1), sf: 377-503.
28. http://www.belgeler.com/blg/29j/yaslilik
29. http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/8638/files/Yaslanma_Ulusal_Eylem_Plani.pdf
30. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1saglgiyeni16.7.2012.pdf

31. Atagün İ. M., Balaban D.Ö., Atagün Z., Elagöz M., Özpolat Y.A. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 3(3):513-552 © 2011, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658
32. Birol L. (2002). Hemşirelik Süreci. 5. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
33. Aştı T. A., Karadağ A. (2012). Hemşirelik Esasları. Bölüm 45 Stres Yönetimi.
34. Tufan, İ. (2006). Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık ve Yeni Bir Bakım Kültürü, Antalya GeroYay.
35. Adak N. (2003). Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları: Kadınlar. Aile ve Toplum Dergisi. http://www.ailetoplum.gov.tr/upload/athgm.gov.tr/mce/eskisite/files/AILE_VE_TOPLUM_6_AILE_VE_TOPLUM6.PDF
36. Çetinkaya, Y. (2006). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar ve Etkilerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi
37. Küçükgüçlü Ö., Akpınar B., Buckwalter C. K. (2011). Demansı Olan Bireyde Davranışsal Problemleri Azaltmada Kanıta Dayalı Bir Model: Azalmış Stres Eşiği Modeli. DEUHYO ED. 4 (1), 41-47.
38. Akyar İ, Akdemir N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 32–49
39. Smith J.M., Liehr R.P. (2008). Middle Range Teory for Nursing. William A.L. Theory of Caregiving Dynamics. Chapter 14 p.261-273. New York: Springer Publishing Company.

40. Fadıloğlu Ç. (1992). Yaşlılıkta Psikososyal Sorunlar, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.8:2
41. Karadakovan, A. (2005). Yaşlılarda Sağlık Sorunları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 21:2
42. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V. (2010). Biyoistatistik. Hatipoğlu Yayınevi 14.Baskı.
43. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese dayalı Nüfus Kayıt Sonuçları Dönemi (2012) http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8428
44. Tiftik S., Kayış A., İnanır İ. (2012). Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü, Akad Geriatri, 4(1): 1-11
45. Özkayar N., Arıoğul S.(2007).Yaşlanma ile Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler, İç Hastalıkları Dergisi, 14(1): 18-26
46. Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlıların Demografik Özellikleri, Ege Tıp Dergisi, 49(3): 39-45
47. Kurt, G. (2008). Türkiye'de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış (Sivas İl Örneği), Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Toplumsal Yapı ve Değişme Bilim Dalı Lisans Tezi, Sivas
48. Boyacıoğlu H., Güneri P. (2006). Sağlık Araştırmalarında Kullanılan Temel İstatistik Yöntemler, Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 30(3): 33-39
49. Erefe, İ. (2004). Veri Toplama Araçlarının Niteliği In: Erefe İ.(Ed): Hemşirelikte Araştırma. Odak Ofset Yayınevi, Ankara
50. Er, D. (2009). Psikososyal Açıdan Yaşlılık, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4 (11):131-144
51. Akyol A. (1996). Yaşlılığın Tanımı ve Toplumsal Konumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.12:2

52. Eker D., Arkar H., Yaldız H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 12(1):17-25
53. Dökmen Y.Z.(2012). Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. Ankyra: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3(1) DOI: 10.1501/sbeder_0000000038
54. Alpteker H. (2008). 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
55. Yaşar K.E. (2009). Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
56. Uğur Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi
57. Öner İ.Ö. (2012). Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
58. Öztop H., Şener A., Güven S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. Yaslı Sorunları Arastırma Dergisi, (1): 39-49
59. Bahar A., Parlar S. (2007). Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:4
60. Piro N. (2012). Evde Bakımın Yaşlı ve Çevresi Açısından Psikososyal Boyutu. İzmir 5. İleri Yaş Sempozyumu 'İleri Yaşta Evde Yaşam'. 22-23 Mart2012, Balçova Termal Otel, İzmir.
61. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Raporu 1998. Sağlık Bakanlığı, Ankara 1999.

62. Zaybak A., Güneş Ü., İsmailoğlu G.E., Ülker E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15: 1
63. Lovelace M.L.(2008). The Effect Of Copıng Strategıes On Burden Among Male Alzheımer's Caregıvers, Master of Social Work Thesis, B.S., Louisiana State University
64. Yaşar F.(2008). Kronik Obstrükstif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
65. Hilgeman M.M, Durkin W.D., Sun F., DeCoster J., Allen S.R. , Thompson G.D., Burgio D.L. (2009). Testing a Theoretical Model of the Stress Process in Alzheimer's Caregivers With Race as a Moderator. The Gerontologist Vol. 49, No. 2, 248–261
66. Cho E.(2007). A Proposed Theoretical Framework Addressing the Effects of Informal Caregivers on Health-Related Outcomes of Elderly Recipients in Home Health Care. Asian Nursing Research Vol. 1, No. 1, 23-34
67. Küçükgüçlü Ö., Esen A., Yener G. (2009). Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumu İçin Geçerlik Güvenirliğinin İncelenmesi. Journal of Neurological Sciences 26:(1) 18; 060-073

6. BÖLÜM

EK-V: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(BAKIM VEREN)

Bu çalışma Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Geriatri Bölümü yüksek lisans öğrencisi Nicole ESMERAY tarafından yüksek lisans tezi olarak planlanmıştır.

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

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

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

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

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

İmza

EK-II: Yaşlı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Aldıkları Sosyal Destek ve Stres Durumlarının İncelenmesi

Bu araştırma yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım verme yükü, aldıkları sosyal destek ve stres durumlarının incelenmesi amacıyla planlanmaktadır.

Sizlerden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır.

Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

İletişim ve sorular için: NİCOLE ESMERAY
EGE ÜNİ. HEMŞİRELİK Y.O.
İÇ HAST. HEMŞ./ GERİATRİ BÖLÜMÜ Y.L.

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

Görüşme Sonucu:
1. Görüşme yapıldı
2. Reddetti
3. Görüşme yapmaya uygun kimse yok
4. Böyle bir adres yok

Yaşlı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Aldıkları Sosyal Destek ve Stres Durumlarının İncelenmesi

EK-III ANKET FORMU

A.YAŞLIYA AİT SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİ

1. Yaş: ……
2. Cinsiyeti
    1. Kadın
    2. Erkek
3. Öğrenim durumu
    1. Okur-yazar değil
    2. Okur-yazar
    3. İlkokul
    4. Ortaokul
    5. Lise
    6. Üniversite
4. Boy:……..
5. Kilo:……..
6. BMI:……....
7. Uzun süredir tedavi gördüğünüz bir hastalığınız var mı?

Varsa belirtiniz…….

    1. Evet
    2. Hayır

8.Yatağa bağımlı mısınız?

    1. Evet
    2. Hayır

9. Kendinizi sağlıklı buluyor musunuz?

    1. Evet
    2. Hayır

B. BAKIM VERENE AİT SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİ

8. Yaş:…

9. Cinsiyet

1. Kadın
2. Erkek

10. Medeni Durum

1. Evli
2. Dul
3.Bekar
4.Boşanmış
5.Diğer

11. Boy: ……..

12. Kilo: ……..

13. Çocuğunuz var mı?

1. Var
2. Yok

14. Eğitim Durumu:

1. Okur-yazar değil
2.Okur-yazar
3.ilkokul
4. Ortaokul
5. Lise
6. Üniversite
7. Diğer

15. Meslek

1. Emekli
2. Ev Hanımı
3. İşçi
4. Çiftçi
5.Diğer

16. Sosyal Güvenceniz var mı?

1. Evet

2.Hayır

17. Herhangi bir geliriniz var mı?

1. Evet
2. Hayır

18. Gelir düzeyiniz?

1. gelir-gidere denk
2. gelir giderden az
3. gelir giderden fazla

C. Bakım Verenin Sağlık Durumu ve Bakım Vermedeki Yeterlilik Algısı (Sağlık Algısı ve Kronik Hastalık Durumu)

19. Genel olarak sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?

1. Mükemmel
2.Çok iyi
3. İyi
4.Orta
5.Kötü

20. Hekim tarafından konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

1.Evet/ Nedir?.....
2.Hayır

21. Bu yaşlıya ne kadar süredir bakıyorsunuz?

1. 1 yıl
2. 2 yıl
3. 3 yıl
4. 4 yıl
5. 5 yıl
6. 5-10 yıl
7.10 yıldan fazla

22. Yaşlıya bakma nedeniniz nedir?

1. Ailevi sorumluk
2.Sevdiğim için/aile bağı olduğu için
3. Bakacak başka kimse olmadığı için
4. Evde Bakım hizmetleri olmadığı için
5. Ekonomik katkısı olduğu için

6. Diğer ……

23. Yaşlıya bakma olarak yaptığınız işler nelerdir?

1. Vücut temizliği
2. Yemek yedirme
3. Sağlık kurumuna götürme
4. Hepsi
5. Diğer……..

24. Yaşlıya bakmaktan memnun musunuz?

1. Evet
2. Hayır

25. Uyku sorununuz var mı?

1. Evet
2. Hayır

26. Uyumak için ilaç alıyor musunuz?

1. Evet/ İlacın adı: ……
2. Hayır

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

1. Evet/ İlacın adı: ……
2. Hayır

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

1. Cinsiyet farklılığı
2. İletişim
3. Kültür farklılığı
4. Vücut bakımı
5. Diğer……..

29. Bakım verirken yaşlıyla iletişim sıkıntısı yaşıyor musunuz?

1. Evet/ Nedir? (konuşma, anlatma, işitme..)……
2. Hayır

30. Siz olmadığınız zaman yaşlıya bakan var mı?

1. Evet
2. Hayır

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

1. Evet

2.Hayır

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

1. Evet/ İstediğiniz yardım nedir?.....

2. Hayır

33. Kendinize vakit ayırabiliyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

34. Yaşlı bakımı konusunda bilginiz var mı?

1. Evet

2. Hayır

35. Yaşlı bakımı konusunda eğitim aldınız mı?

1. Evet

2.Hayır

36. Yaşlı bakımı konusunda eğitime ihtiyacınız var mı?

1. Evet

2.Hayır

37. Yaşlıya bakmak size maddi yük getiriyor mu?

1. Evet

2.Hayır

38. Yaşlıya bakmak sizin yaşamınızı etkiledi mi?

1. Evet/ ( ) Sosyal yaşamımı etkiledi

( ) Aile yaşamı etkiledi

( ) Beden sağlığımı etkiledi

2.Hayır

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

1. Evet

2.Hayır

40. Bu yıl herhangi bir aşı yaptırdınız mı?

1. Evet/Hangi aşılar?

( ) Grip aşısı

( ) Pnömoni

( ) Tetanoz

( ) Diğer……

2.Hayır

D. Aynı Evi Paylaşma İle İlgili Özellikler

41. Evde yaşayan birey sayısı……

42. Bakım verdiğiniz yaslı ile yakınlık dereceniz nedir?

1. Oğlu
2. Kızı
3. Gelini
4. Damadı
5. Torun
6. Diğer……

43. Ev tipi

1. müstakil
2. apartman dairesi
3. gece kondu
4. diğer…

44. Oda sayısı….

45. Isınma yöntemi

1. soba
2. kalorifer
3. doğal gaz
4. klima
5. yok

EK-IV ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

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

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve is sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yasayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

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

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yasıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz isin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-V Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Formu

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ
(GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin yanında 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 cümlenin yanındaki 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	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**
2	**Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve Kederlerimi paylaşabileceğim bir insan** (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**
3	**Ailem** (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) **bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**

4	**İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden** (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) **alırım.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**
5	**Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan** (örneğin, flört, nisanlı, sözlü, akraba, komsu, doktor) **var.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**
6	**Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**
7	**İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**
8	**Sorunlarımı ailemle** (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) **konuşabilirim.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**
9	**Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**

10	**Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan** (örneğin, flört, nisanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) **var.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**
11	**Kararlarımı vermede ailem** (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) **bana yardımcı olmaya isteklidir.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**
12	**Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**	**Kesinlikle evet**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Kesinlikle hayır**

EK-VI SOSYAL AĞ FORMU

Sizden yaşamınızda, son üç ay içinde, kendinize yakın hissettiğiniz insanları hatırlamanızı istiyoruz, sonra bu yakın hissettiğiniz insanların (aile üyelerinizin, akrabalarınızın ve arkadaşlarınızın) **isimlerini** (soyadlarını yazmayabilirsiniz) , yakınlık sırasına göre yazmanızı istiyoruz.Ayrıca **ilişkinizin türünü** (anneniz, babanız, amcanız, arkadasınız, kuzeniniz, sevgiliniz gibi) ve bu kişilerle **yakınlık derecenizi** *(1den 7 ye kadar değerlendirmeniz istenmektedir; 7* ***çok yakın*** *olduğunuzu 4;* ***biraz yakın*** *olduğunuzu, 1 ise* ***az yakın*** *olduğunuzu ifade eder)* belirtmenizi istiyoruz.

	İLİŞKİ TÜRÜ	YAKINLIK DERECESİ			7: ÇOK YAKIN		4:BİRAZ YAKIN		1:AZ YAKIN	
1		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
2		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
3		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
4		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
5		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
6		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
7		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
8		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
9		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
10		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
11		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
12		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
13		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
14		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
15		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
16		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
17		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
18		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
19		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN
20		ÇOK YAKIN	7	6	5	4	3	2	1	AZ YAKIN

EK –VII BAKIM VERENİN STRES İNDEKSİ

Size başkalarının zor bulduğu bir işler listesini okuyacağım.

Bunlardan hangilerinin sizin için geçerli olduğunu bana söyler misiniz? (Örnekler veriniz)

	Evet:1	**Hayır:0**
Uykum bölünüyor (Örn:.....yatıyor,kalkıyor ya da gece dolaşıyor)		
Bu uygun bir iş değil (Örn: Yardım çok zaman alıyor ya da yardım etmek için arabayla uzun bir yol gitmek gerekiyor)		
İş fiziksel bir zorluk getiriyor (Örn: Hastanın sandalyesine oturtulması, sandalyeden kaldırılması ya da çaba ve dikkat gerektirmesi gibi)		
İş, beni sınırlıyor (Örn: Hastaya yardım etmek boş zamanımı sınırlandırıyor ya da arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum)		
Aile yaşantımda değişiklikler oldu Örn: Bakım veriyorum, düzenim bozuldu, hiçbir mahremiyetim kalmadı...)		
Kişisel planlarımda değişiklikler oldu (Örn: Bir işi geri çevirmek zorunda kaldım, tatile çıkamadım)		
Çalışma süremde başka istekler oldu (Örn: Diğer aile bireylerinden gelen istekler...)		
Duygusal yönden değişikler oldu (Örn: Şiddetli münakaşalar …)		

	Evet:1	Hayır:0
Hastanın bazı davranışları can sıkıcı (Örn*:* İdrar ya da gaitasını tutamama, bazı şeyleri hatırlayamama, ya da başkalarını eşyalarını almakla suçlaması)		
Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı bir durum (Örn:Öncekinden farklı birisi..)		
İşimle ilgili düzenlemeler oldu (Örn: İzin almak zorunda kaldığım için)		
İş, mali yönden stres getiriyor		
İş yükü altında tamamen ezildiğimi hissediyorum (Örn: .....konusunda kaygılıyım,bakım konusunda endişelerim var)		
Toplam puan: Evet cevaplarını sayınız. Her evet cevabı için o alanda bir müdahale duyulan ihtiyacı gösterir.7 ya da daha yüksek bir puan, yüksek stres düzeyini gösterir.		

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1985 yılında İzmir'de doğmuştur. İlköğretim ve ortaöğretimini İzmir'de tamamlamıştır. Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nden 2009 yılında bölüm birincisi olarak mezun olmuştur. Aynı yıl Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaya başlamıştır. 2010 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Geriatri Programı'nda yüksek lisansa başlamıştır. 2011 yılında başladığı Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevliliğini halen sürdürmektedir.