



**T. C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN İNFORMAL BAKIM VERENLERİN BAKIM
YÜKÜNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

Hemş. Keziban TÜRKEN GEL

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ağustos 2015
BOLU**



**T. C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN İNFORMAL BAKIM VERENLERİN BAKIM
YÜKÜNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

Hemş. Keziban TÜRKEN GEL

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN**

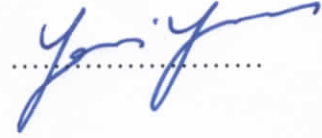
**Ağustos 2015
BOLU**

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA*

(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN**

(Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Yrd. Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM

(Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
Düzce Üniversitesi)



Tarih: 21.08/2015

Bu tez ile AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu, Keziban TÜRKEN GEL'in Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYAZ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



* Jüri Başkanı

** Tez danışmanı

ÖZET

HEMŞİRELERİN İNFORMAL BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Araştırma, bakım gereksinimi olan bireylere informal bakım verenlerin yaşadıkları sorunlara ilişkin hemşirelerin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Üniversite Hastanesi'nde çalışan 522 hemşire oluşturmuş ve evrenin %89.8'ine (469) ulaşılmıştır. Örneklem literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve niteliksel dağılımlar arasındaki farkın önemliliği için ki-kare testi, fisher exact testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunlukla genç ve orta yaş grubunda olduğu, ortalama çalışma süresinin 1-7 yıl arasında olduğu, %57.4'ünün Lisans mezunu, Dahili ve Cerrahi Tıp Bilimleri'nde çalıştıkları, %57.4'ünün bakım yükü konulu herhangi bir eğitime katılmadığı, %17.9'unun ise aileden birine uzun süreli bakım veren hemşireler olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %94.9'unun, informal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin; hastalarına bakımda güçlük yaşadıklarını, yaşanan güçlükte ise bakım verenin kişisel özellikleri, bakım verme süresi ve çok boyutlu bakım vermek zorunda olması gibi faktörlerin etkili olduğu, informal bakım verenlerin fiziksel zorlanma, duygusal ve psikolojik sorunlar yaşayabileceklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %81.2'si informal bakım verenlerin, bakım yükünün hafifletilmesine yönelik hemşirelerin rol almaları gerektiği, bilgi eksikliğinin değerlendirilmesi, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden ele alınmaları gerekliliğini önerdikleri saptanmıştır.

Sonuç olarak hemşirelerin genelde informal bakım verenlerin bakım yüküne dair bilgilerinin olduğu, ancak uygulamada bu kişilerin nasıl ele alınacağının

bilinmemesinden dolayı sıkıntılar yaşandığı belirlenmiştir. İnfomal bakım verenlerin, eğitim ihtiyaçlarının karşılanıp, psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak desteklendiğinde bakım yükünün hafifleyeceği bunun sonucu olarak hastaneye tekrar yatışların azalacağı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelere, infomal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçları, psikolojik, fiziksel ve sosyal destek sağlanmasına yönelik hizmet içi eğitimler verilmesi, infomal bakım verenlere yönelik ulusal politikalar, hastane politikaları ve var olan sağlık hizmetleri konusundaki yeniliklere ilişkin güncel bilgileri izlemeleri konusunda teşvik edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım yükü, Hemşire, İnfomal bakım veren.

ABSTRACT

THE VIEWS OF NURSES ABOUT THE CARE BURDEN OF INFORMAL CAREGIVERS

The study was planned as descriptive in order to determine the nurses views about the problems of informal caregivers of individuals with care needs.

The population was created with 522 nurses worked at Ataturk State Hospital and University Hospital which are included in Duzce Association of Public Hospitals and the 89.8% of population (469) was reached. The data collection forms prepared in accordance with sample literature were administered to nurses who agree to participate to study by face to face interviews. As an assessment of data, Chi-square test, Fisher's exact tests were used for the significance of difference among number, percentage and qualitative distribution.

It was determined that the nurses in research were young and middle age. The average operation time was between 1 and 7 year. 57.4% of nurses had bachelor's degree and were working at internal and surgical medical sciences. Of 57.4 % weren't participated in any training about burden of care and of 17.9% were the long term caregiver nurses to a member of family.

As concerning the care burden of informal caregivers, the 94.9% of nurses in this study stated that informal caregivers experienced many difficulties. From these difficulties, personal characteristics, caregiving time and multidimensional care necessity were effective factors. Moreover, it was stated that informal caregivers could experience physical strain, emotional and psychological problems.

In addition, it was defined that the 81.2% of nurses in study proposed the participation of nurses in order to decrease the care burden of informal caregivers, evaluation of lack of information, physical, social, and psychological evaluation.

As a result, it was determined that the nurses had views about care burden. However, they met many difficulties since they didn't know how to deal with these people. It was come out that if caregivers needs were met and they were assisted psychologically, physically and socially, the care burden would reduce. So, the

rehospitalization could reduce. It is recommended that in-service training should be supplied for nurses to provide psychological, physical and social support and informal caregivers training needs. Moreover, it is recommended to encourage the nurses to follow up national policies for informal caregivers, hospital policies and current information of health service innovations.

Key Words: Burden of care, Nurse, Informal caregiver.

TEŞEKKÜR

İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşlerini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışma birçok kişinin katkıları ile gerçekleştirilmiştir.

Öncelikle araştırma süresince öneri ve katkılarıyla bilimsel yardımlarını aldığım, yönlendirmeleriyle çalışmama ışık tutan, çalışmalarımı büyük bir sabırla inceleyip değerlendiren, yapıcı geri bildirimi ile motivasyonumu artıran her zaman desteğini hissettiğim değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN'e çok teşekkür ederim.

Tez çalışmamın başlangıç aşamasında her tür bilimsel desteği veren, emekli olması nedeniyle okulumuzdan ayrılan ilk tez danışmanım Sayın Prof. Feray GÖKDOĞAN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Bir dönem tez danışmanlığımı da yapan bu süre zarfında kıymetli görüşlerini benden esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Yurdanur DEMİR'e teşekkür ederim.

Eğitimim süresince yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım Behice Aslı ÇITAK DÖNGELLİ'ye,

Çalışmam süresince sevgi ve sabırla destek olan sevgili aileme, eşim Ramazan GEL'e, Nur GEL'e, hayatıma anlam katan yavrularım, canlarım, oğullarım Melih, Murat, Mehmet'e ve ailemize yeni katılan Kerim'e varlığınız için teşekkür ederim.

Keziban TÜRKEN GEL

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar	xii
GRAFİKLER	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bakım Verme ve Bakım Yüğü İle İlgili Kavramlar	4
2.1.1. Bakım verme	4
2.1.1.1. Formal bakım verme	4
2.1.1.2. İnfomal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme	4
2.1.2. Bakım verme yüğü	5
2.1.2.1. Objektif bakım verme yüğü	5
2.1.2.2. Subjektif bakım verme yüğü	6
2.1.3. Evde bakım	6
2.1.4. Yaşlılık ve bakım yüğü	11
2.1.5. Kronik hastalıklar ve bakım yüğü	13
2.2. Bakım Yüğüünün Boyutları	14
2.2.1. Bakım verme yüğüünü etkileyen faktörler	15
2.2.3. Bakım yüğüünü hafifleten faktörler	16
2.3. Bakım Verenlerin Özellikleri	17
2.4. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler	18
2.4.1. Fiziksel güçlükler	19

2.4.2. Emosyonel güçlükler	19
2.4.3. Sosyal güçlük	20
2.4.4. Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler	21
2.5. Bakım Verenlerin Hakları	22
2.6. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.4. Araştırma Sınırlılıkları	30
3.5. Veri Toplama Aracı	30
3.6. Verilerin Toplanması	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	31
4. BULGULAR	32
4.1. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
4.2. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Bakım Yükü Kapsamına Dair Görüşlerine İlişkin Bulgular	35
4.3. Hemşirelerin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerine Dair Bulgular	38
4.4. Hemşirelerin Bakım Vermenin İnfomal Bakım Verenlerin Fiziksel ve Psikolojik Sağlığına Yönelik Etkilerine İlişkin Görüşlerine Dair Bulgular	39
4.5. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerilerine İlişkin Düşüncelerine Dair Bulgular	41
4.6. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Hafifletilmesinde Rol Alma Durumları ve Rollerine İlişkin Düşüncelerine Dair Bulgular	50
4.7. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Eğitim İhtiyaçlarının Karşılansının Bakım Yükünün Hafiflemesi ve Hastaneye Tekrar Yatışlara Etkileri Hakkındaki Düşüncelerine Dair Bulgular	52
4.8. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Bilgi Kaynaklarına Dair Bulgular	53

5. TARTIŞMA	54
5.1. Hemşirelerin İnformal Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü ve Bakım Yüğü Kapsamına Dair Görüşleri	54
5.2. Hemşirelerin Bakım Yüğü Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri	57
5.3. Bakım Vermenin İnformal Bakım Verenlerin Fiziksel ve Psikolojik Sağlığına Yönelik Etkilerine İlişkin Hemşirelerin Görüşleri	58
5.3.1. Fiziksel sağlık etkileri	58
5.3.2. Psikolojik sağlık etkileri	60
5.4. Hemşirelerin Bakım Yüğü Haffletilmesine Dair Görüşleri	61
5.4.1. Eğitim/bilgi ihtiyaçlarının karşılanması ve hemşirelerin üstlenmesi gereken roller	61
5.4.2. Sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi	63
5.4.3. Evde bakım sisteminin, bakım yüğü hafifletmedeki önemi ile ilgili hemşirelerin görüşleri	65
5.5. Hemşirelerin İnformal Bakım Verenlerin Bakım Yüğüne Dair Bilgi Edinme Kaynaklarına Yönelik Düşünceleri	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler	72
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER	85
EK- I: İnformal Bakım Verenlerin Bakım Yüğüne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri Soru Formu	
EK-II: Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu	
EK-III: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komitesi İzni	
EK-IV: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Düzce İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Anket Çalışması Uygulama İzni	
EK-V: Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anket Çalışması Uygulama İzni	
EK-VI: Tez Danışman Değişikliğine İlişkin AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı -15.03.2013-2013/03	
EK-VII: AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Danışmanı Değişiklik Formu - 15.03.2013-2013/03	

EK-VIII: Tez Danışman Değişikliğine İlişkin AİBÜ Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı - 15.05.2013-2013/09

EK-IX: AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Danışmanı
Değişiklik Formu -15.05.2013-2013/09

EK-X: Tez Danışman Değişikliğine İlişkin AİBÜ Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı - 02.03.2015-03

EK-XI: AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Danışmanı
Değişiklik Formu - 02.03.2015-03

9. ÖZGEÇMİŞ

100

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
3.3.1. Çalışmanın gerçekleştirildiği kurumlar ve hemşire dağılımı	29
4.1.1. Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	33
4.2.1. Hemşirelerin informal bakım vermenin kapsamına ilişkin düşünceleri	35
4.2.2. Hemşirelerin informal bakım verenlerin güçlük yaşama durumları ve güçlük yaşadığı konulara ilişkin düşünceleri	37
4.3.1. Hemşirelerin bakım verme yükünü etkileyen faktörlere ilişkin düşünceleri	38
4.4.1. Hemşirelerin informal bakım verenlerin fiziksel sorun yaşama durumları ve fiziksel düzeyde yaşadığı sorunlara ilişkin düşünceleri	39
4.4.2. Hemşirelerin informal bakım verenlerin psikolojik sorun yaşama durumları ve psikolojik düzeyde yaşadıkları sorunlara ilişkin düşünceleri	40
4.5.1. Hemşirelerin informal bakım verenlerin sosyal yaşantılarında sorun yaşama durumları ve sosyal yaşantılarında yaşadıkları sorunlara ilişkin düşünceleri	41
4.5.2. Hemşirelerin informal bakım verenler için sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi, fiziksel sağlıklarını korumada etkili olma durumu ve sosyal destek sistem önerileri	42
4.5.3. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre informal bakım verenlerin yaşadıkları bazı sorunlarla ilgili düşünceleri	43
4.5.4. Hemşirelerin daha önce informal bakım verme durumuna göre informal bakım verenlerin yaşayabilecekleri bazı sorunlarla ilgili düşünceleri	44
4.5.5. Hemşirelerin daha önce bakım yükü konulu eğitime katılma durumlarına göre informal bakım verenlerin yaşayabilecekleri bazı sorunlarla ilgili düşünceleri	46
4.5.6. Hemşirelerin daha önce informal bakım verme durumuna göre informal bakım verenlerin yaşayabilecekleri sorunlarla ilgili çözüm önerileri	48
4.6.1. Hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde rol alma durumları ve hemşirelerin, bakım yükünün hafifletilmesine yönelik üstlenmeleri gereken rollere ilişkin düşünceleri	50
4.6.2. Hemşirelerin informal bakım verenlere yönelik hemşirelik aktiviteleriyle ilgili görüşleri	51

4.7.1. Hemşirelerin informal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanması bakım yükünü hafifletmedeki ve hastaneye tekrar yatışlar konusunda etkisi ve informal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarına ilişkin düşünceleri	52
4.8.1. Hemşirelerin bakım yüküne ilişkin bilgi kaynakları	53

GRAFİKLER

Grafik	Sayfa
4.1.1. Hemşirelerin çalışılan birimlere göre dağılımı	35
4.2.1. Hemşirelerin informal bakım vermenin kapsamına ilişkin düşünceleri	36

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
AİBÜ : Abant İzzet Baysal Üniversitesi
ASE : Aile Sağlığı Elemanı
CVO : Cerebro Vasküler Olay
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
ICN : International Council of Nurses
ESHB : Evde Sağlık Hizmetleri Birimi
KOAH: Kronik Obstrütif Akciğer Hastalığı
MEB : Milli Eğitim Bakanlığı
OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk
ROM : Range Of Motion
TKHK : Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TSM : Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
UNECE: United Nations Economic Commission for Europe

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak yaşam biçimindeki değişiklikler, kronik hastalıklar ve yaşlı nüfus oranının artması, dünyada ve gelişmekte olan ülkelerde bakım gereksinimi olan hastalık yükünü de artırmaktadır (1). Yaşlanan popülasyonlar ve masrafları kısma politikaları dünya genelinde sağlık bakım dağıtımını değiştirmekte ve evde bakıma olan ilginin artmasına yol açmaktadır. Her ne kadar evde bakım hizmetleri geleceğin sağlık bakım sistemlerinde bir faktör olacak olsa da yaşlıların ve hasta kişilerin bakımlarının çoğu aile bireyleri tarafından sağlanmaya devam etmektedir (2, 3).

Bireylere kendi yakınları tarafından bakım verilmesi, fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamasına rağmen, yapılan çalışmalar bakım verenlerin fiziksel yorgunlukların yanında, ruhsal sıkıntı, fiziksel sağlık sorunları, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi öznel ve nesnel olumsuzluklar yaşadıklarını göstermektedir. Özellikle bakım verenin ileri yaşta olması, iş durumu ve sosyal destek azlığının bu sorunları arttırabileceği vurgulanmaktadır (4, 3).

Türkiye’de de hasta ya da yaşlı bireyin bakımı genellikle aileler tarafından verilmekte ve bu aile içi sorumluluk olarak algılanmaktadır. Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir (5-9,3). Miller ve Keane (1992) “*kendi kişisel bakımını yapamayan birinin emosyonel ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak üzere sorumluluğu kabullenen kişi*” olarak bakım vericileri tarif etmiştir. Bakım vericilik karmaşık, önemli ve stres verici bir iştir (2, 3). Türkiye’de yapılan çalışmalarda bakım ihtiyacı olan hasta bireyin bakımını üstlenen primer bakım verenlerin emosyonel stres, fiziksel hastalık, sosyal etkinliklere katılımda azalma, aile üyeleri ile ilişkilerde, ekonomik ve iş yaşamında pek çok güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (5-8, 3).

Tüm ülkelerde, aile her zaman uzun dönemli bakımın en önemli sağlayıcısı olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Bu durum yaşlı insanların bakımı kadar, kronik olan hastaların bakımı için de doğrudur. Ancak, bakımın ağır yükünü aileler tek başlarına taşıyamamaktadırlar. Çeşitli sosyal, ekonomik, demografik ve

epidemiyolojik faktörler (göç, kırsal ve kentsel sosyal çevrelerin değişimi, yoksulluk, aile üyelerinin yaşlı veya hasta olması, vb. gibi) nedeniyle, aile kaynakları azalmaktadır. Ayrıca, aile içinde bakıcılık rolünü üstlenenler, genellikle karmaşık bakım hizmetini yürütebilmek için rehberliğe, desteğe ve beceriye ihtiyaç duymaktadırlar (10, 8). Bakım verenler psikososyal yönden ele alınıp, problem çözme becerileri ve stres ile başa çıkma yetilerini geliştirmeye destek olunduğunda, yaşam kalitesinin pozitif yönde etkilendiği belirlenmiştir. Ayrıca yapılan bu sürekli destek bakım verenlerde oluşabilecek minör sağlık problemlerinin majör sağlık krizlerine dönüşmeden engelleneceğine de inanılmaktadır (11) .

Bu süreçte hem hasta hem de hasta yakını ile sürekli iletişim halinde olan hemşirenin, evlerde informal bakım verme sorumluluğunu üstlenmiş ailelere karşı duyarlı olması, bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü farkında olması, desteklemesi, bakım verme rollerini tanımlaması, değişen duruma uyum sağlama becerilerini belirlemesi, geliştirmesi; verilen bakımın etkisini ve kalitesini artırarak, ailedeki tüm bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini yükselteceği düşünülmektedir (5).

Bütüncül bakım çerçevesinde hemşirelerin, hasta ve ailesini yaşadıkları çevre ile birlikte değerlendirmesinin, hem hastanın hem de bakım verenin sorunlarının azaltılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Palyatif bakım ekibinin önemli bir üyesi olarak hemşirelerin, bakım verenlere destek sağlayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi için öncelikle bakım verenlerde yaşanan “bakım yükü” hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın bakım gereksinimi olan bireylere informal bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve yaşadıkları sorunlar hakkında hemşirelerin görüşlerini belirleyerek konu ile ilgili literatüre katkı sağlayacağı ve diğer çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, bu araştırma sonuçlarının bakım gereksinimi olan bireylere bakım veren aile bireylerini içeren rehabilitasyon ve eğitim programlarının planlanmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, hemşirelerin bakım gereksinimi olan bireylerin informal bakım verenlerinin bakım yükü ile yaşadıkları sorunlara ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım Verme ve Bakım Yüğü İle İlgili Kavramlar

2.1.1. Bakım verme

Bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamaktadır (3, 12, 13). Bakım verenler ayrıca bakım verdikleri bireyin, sağlık bakımını koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.) ve kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb) ihtiyaçlarını giderme, ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım gibi faaliyetlerde de bulunurlar (4, 12, 15). Bakım verme formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde verilmektedir (3, 5, 16).

2.1.1.1. Formal bakım verme

Evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır (17-20). Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılardır (21).

2.1.1.2. İnfomal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme

İnfomal bakım verenler, bakıma ihtiyacı olan ile birlikte yaşayarak bir yakınına yardım etme rolünü üstlenen, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını ve doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden, ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (3, 22, 18-20). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde bakıma ihtiyacı olan bireylere 44 milyon eş, akraba ya da arkadaşının bakım sağladığı tahmin edilmektedir (23). Kronik ve akut fonksiyonel yetersizlikler nedeniyle artan infomal bakım verme; banyo yapmasına yardım etmek, beslemek gibi süregelen bakımdan trakeostomi bakımı, intravenöz ilaç uygulaması gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da kapsamaktadır (3, 6, 8, 24). Yapılan çalışmalar aile içinde bakım verenlerin sağlık, refah ve işgücüne katılım üzerinde bir hayli birikmiş olumsuz etkiye sahip olduğunu belirtmektedir (23). Bakım verme;

büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, bakım verme deneyimi sayesinde kişisel gelişim, doyum sağlama, anlam bulma gibi olumlu özelliklerinin yanında, pek çok güçlüğün de yaşanmasına neden olabilmektedir (3, 5-9, 15).

2.1.2. Bakım verme yükü

Kronik ya da akut bir hastalığı ya da bir engeli olan bireyle ilgilenmek, ona yardımcı olmak, onun ihtiyaçlarını karşılamak, informal bakım verenler için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmalara neden olabilmektedir (25).

İnformal bakım verenler, bir taraftan sevdikleri bireyi yavaş yavaş kaybederken ve bunun üzüntüsünü yaşarken diğer taraftan da üstlendikleri bakım sorumluluğunun etkileri altında ezilmekte, bu fiziksel ve duygusal etkiler “yük” olarak tanımlanan sonucun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (26). Bakım verme yükü; kronik hastalığı olan, yetersizliği olan, yaşlı veya bakıma muhtaç olan aile üyesine veya bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi veya yük altına girmesi olarak tanımlanabilir (8, 9, 20, 26). Bakım verme yükü, bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir tepkidir (6, 8, 9, 20).

Bakım verme yükü objektif ve subjektif olarak iki farklı şekilde incelenmektedir (8, 9, 20, 27);

2.1.2.1. Objektif bakım verme yükü

Bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, gelir kaybı, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, ev ortamındaki gerginlik, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılar, aileye getirdiği gözlenebilir, somut bedellerdir (27, 28).

2.1.2.2. Subjektif bakım verme yükü

Bakım verenin, bakım verme rolü ile ilişkili bireysel değerlendirmeler ve hastanın rahatsız edici davranışlarından dolayı ortaya çıkan emosyonel sıkıntılar, duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb) olarak tanımlanmaktadır (8, 9, 27, 28).

Objektif güçlük somut olması nedeni ile daha kolay belirlenmesine karşın, bireyin subjektif algılarının belirlenmesi kolay değildir. Bakım verenlerin hepsinin bakım verme güçlüğü yaşamadıkları gibi güçlük yaşayanların, güçlük yaşama düzeyleri birbirinden farklıdır (8, 9). Şahin ve ark. (2009)'nın çalışmasında, bakım verenlerin çoğunluğunun hastaya bakım vermeden önce kendi sağlıklarını iyi, bakım vermeye başladıktan sonra ise kendi sağlıklarını kötü olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (29). Uğur ve Fadiloğlu (2012)'un çalışmasında, araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin en fazla fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (26). Özdemir Kardaş ve ark. (2009)'nın yapmış olduğu araştırmada bakım veren annelerin, bakım vermeden önce ve bakım verdikten sonraki sağlık algılarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve kanserli hastanın bakımını üstlenmenin bakım veren kişinin fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu bireylerde kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık ve bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmüştür (30).

Dünyanın her yerinde sağlık hizmeti kullanımının ve dolayısıyla maliyetlerin artması, hastaları evde tedavi etme eğiliminin ve gerekliliğinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (31). Bakımın yükü temel olarak, ihtiyaç duyulan kaynaklara ulaşımı sınırlı olan veya bu kaynakların kontrolüne sahip olmayan kadınların üzerindedir (6). İyi yönetilen ve desteklenen evde bakım, tüm bakım ihtiyacı olan bireylerin ve aynı şekilde bakıcıların yaşam kalitesini geliştirebilir (6, 31).

2.1.3. Evde bakım

Evde bakım hizmetleri kişinin sağlığını; korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetler gibi, profesyonel düzeyde

veya aile bireyleri, arkadaş, komşu gibi geleneksel bakıcılar tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda gerekli bakımın sunulmasıdır (16, 21, 32-38). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır (16, 32).

Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır (21, 35, 39). Evde bakım ihtiyacı olan bireyin sağlık durumu ve bakım gereksinimlerine göre hekimler, hemşireler, eczacılar, sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma terapistler, uğraşı terapistleri gibi farklı meslek grupları bakımda rol almalıdır (34, 35, 39).

Yapılan çalışmalar, özellikle yaşlı nüfusun büyük bir kısmının evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir (36). Evde sağlanan bakım hastaya/yaşlıya daha fazla psikolojik ve fiziksel rahatlık, daha yüksek bir hayat kalitesi ve özgürlük kazandırırken toplum açısından maddi harcamayı azaltmaktadır (21, 34, 36).

Evde bakım kavramı yeni bir tanımlama olmayıp Romalılar döneminde doğumların evde yaptırılmasının daha uygun olacağı tartışması ile başlayan, Ortaçağ Avrupa'sında ise hastanın hastalığını diğer insanlara bulaştırmasını engellemek amacıyla uygulanan (34) evde bakım hizmeti bu günkü anlayışı ile 1700'lü yılların sonunda İngiltere'de, ardından da ABD'de verilmeye başlamıştır (32). 19. yüzyıldan itibaren bakıma muhtaç kişilere yardım etmek amacıyla organize resmi girişimlerin oluşması hızlanmıştır (34). Yaşlı nüfusun kısa sürede artmasıyla Amerika'da 1990'larda evde bakım ve evde sağlık bakımı üzerine daha fazla önem verilmiştir. Evde sağlık bakımında ziyaretçi hemşireler kronik hastalıklar ya da durumlarda uygulanacak hemşirelik bakımını evde uygulamaktadırlar (32, 34). 1990'lardan sonra evde sağlık bakımı medikal bakım bütçesinin %10.0'unu oluşturmaya başlamıştır. Avusturya'da 1998'de hizmeti alanların %83.0'ü, Almanya'da %83.0'ü, ABD'de %63.0'ü, 65 yaş ve üstündeki bireyler oluşturmaktadır (32, 34). ABD'de aileler evde bakımın %80.0'ini sağlamakta, yaklaşık olarak 15-25 milyon yetişkin, ev ortamında bakım sunmakta ve 12,8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılara ihtiyaç duymaktadır (32, 34).

Türkiye’de nüfus yapısı ve sağlık sorunları değişimi ile birlikte, kronik hastalıklar ve yaşlı popülasyonun bakımı ve takibi önemli sorunlar arasında yer almaktadır (32). Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu dünya örneklerine göre oldukça geç tarihlerde görülmektedir. Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme, evde bakım hizmetlerinin sunumunda ve denetiminde boşluk olması nedeni ile Sağlık Bakanlığı tarafından evde bakım kuruluşların açılma koşulları, çalışma şekli ve denetlenmesi ile ilgili olarak öncelikle evde bakım Hizmetleri 10.03.2005 tarih ve 25751 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile başlamıştır (32, 40). Şubat 2011’da yürürlüğe sokulan “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” (41, 42) ve son olarak da 2015 yılında kapsam ve içeriği yeniden düzenlenerek yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” (43) ile bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Düzenlenen bu yeni yönetmelikte verilecek olan evde bakım hizmetlerinin ise; tetkik, tahlil, tıbbi bakım, tıbbi cihaz, reçete ve sağlık raporu alma konusunda yardım, hastanın hastaneye/evine taşınması, hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesi tarzında teknik hizmetlerini kapsadığı görülmektedir (43).

Yine Türkiye’de evde sağlık ve bakım uygulamaları, hekim odaklı bir sağlık hizmet sunum biçimi olarak başlamış, evde bakım hizmeti bir ekip işi olması gerekirken “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”in 4. Maddesinde bulunan evde bakım hizmeti tanımı içinde bu anlayış “hekim önerisi doğrultusunda....” ifadesi ile kısıtlandığı görülmektedir. Şubat 2011’da yürürlüğe sokulan “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”nin 12. Maddesinde ; “Evde sağlık hizmeti alan kişiye ve aile bireylerine müdavi tabibin belirlediği sınırlar içerisinde.....” ve 2015 yılında çıkarılmış olan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik”in 14. Maddesinde de “Sorumlu tabip veya dış tabibi ekibin başı olup” olarak belirtildiği ve aynı kısıtlamanın devam ettiği görülmektedir (40, 41, 43). Bu durum bazı Avrupa ülkeleri, ABD ve Kanada evde sağlık ve uygulamalarının tarihsel gelişimi ile

örtüşmemektedir. Bu ülkelerde hekim odaklı değil, hemşire odaklı evde sağlık ve bakım uygulamalarının gelişimi söz konusudur (44).

Evde bakım, bir ekip çalışmasıdır ve hekim, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti, konuşma terapisti, bakım hemşiresi, evde bakım yardımcıları bu ekibin doğal parçalarıdır. Yönetmelik incelendiğinde evde sağlık hizmeti verecek olan ekip içerisinde yer alan sorumlu hekim dışındaki personelin görev tanımlarının net olmadığı görülmektedir (43). Şöyle ki; söz konusu yönetmeliğin (43) 15. Maddesinde “Diğer ekip personelinin görev ve sorumlulukları; Ekip personeli, evde sağlık hizmetlerini 22.5.2014 tarihli ve 29007 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik hükümlerine uygun olarak ve konu hakkında almış oldukları özel eğitimler doğrultusunda, sorumlu hekimin hazırlamış olduğu hizmet planına göre yerine getirmekle mükelleftirler” diye belirtir (43). Bahsi geçen Yönetmelik incelendiğinde “Sağlık meslek mensupları: Tabip, diş tabibi, eczacı, hemşire, ebe ve optisyen ile 1219 sayılı Kanunun ek 13 üncü maddesinde tanımlanan diğer meslek mensuplarını” belirtilmekte olup, “hemşire”yi sağlık meslek mensubu olarak tanımlamaktadır (45). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmeliğin 4. Maddesinde Evde sağlık hizmetini sunmak üzere Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşları bünyesinde teşekkül ettirilen evde sağlık birimi kurulması ve 9. Maddesinde de kurulacak olan evde sağlık hizmeti biriminin, “evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulan bir ekip tarafından yürütülmesi belirtilmekte olup hemşire kavramının evde sağlık hizmeti ekibinin içinde birincil olarak yer vermemiştir (43).

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik”in 9. maddesinde Evde Sağlık Hizmeti sunacak birimler olarak;

T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Toplum Sağlığı Merkez (TSM)’ lere bağlı kurulan birimler,

H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna (TKHK) bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimler,

D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: TKHK'na bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulan birimler olarak tanımlanmıştır (43).

Yine yönetmeliğin 4. Maddesini incelediğimizde; “hemşire” kavramının “Aile Sağlığı Elemanı (ASE): Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenini,” olarak geçtiğini görmekteyiz (43). Ancak “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” (46)’nde “Evde Sağlık Hizmetlerinin” aile hekimlerinin görevi olduğuna dair bir ibare bulunmamaktadır (47). Şöyle ki yönetmeliğin 4. Maddesinde; “Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak” olarak belirtmekte olup, “Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik”’in 16. Maddesinde de Aile hekimliği biriminin görev, yetki ve sorumlulukları (43);

“(1) Kendisine başvuran ya da yerinde veya gezici hizmet sunumu esnasında tespit ettiği evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastayı koordinasyon merkezine bildirir.

(3) Evde sağlık hizmet birimi kurulmayan ilçelerle belde ve köylerdeki evde sağlık hastalarına, koordinasyon merkezinin yönlendirmesiyle 25.1.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği evde sağlık hizmetini sunar.” olarak belirtildiği görülmektedir (43). Böylece Aile hekimliği ve aile sağlığı elemanı olarak hemşireler dolaylı yoldan evde sağlık hizmetlerinin kapsamına girmiş olduğu görülmektedir.

Dünyada süregelen ve başarı elde edilmiş olan evde bakım modellerine bakıldığında hemşirenin sistemin en önemli parçası olduğu görülmektedir (34, 48). Türkiye’de de hemşirelerin evde bakım hizmetlerine dair eğitimi ve görevleri ile ilgili düzenlemeler örnek olarak; 2011 yılında yayımlanan hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik ile evde bakım hemşireliği görev ve yetkileri

(49) ve 2014 yılında bakanlık bünyesinde başlatılan evde bakım hemşireliği sertifikasyon programı (50) göze çarpmaktadır.

Avrupa’da evde bakım hizmetlerinin bilinen tek tip bir değerlendirme biçimi, uygulaması ve temin şekli yoktur. Evde bakım hizmetleri, evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine alan, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulan ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilme bakımından üç açıdan sınıflandırılmaktadır (34).

Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik (2006) ile birlikte akrabaları tarafından günde 24 saat süreyle bakılan bakıma muhtaç yaşlı, hasta ve özürlülere aylık net asgari evde bakım ücreti ödenmeye başlamıştır (51). Engellilerin Evde Bakımına Destek İçin Verilen Sosyal Yardımlar Hakkında yayımlanan 2014/07 tarihli Genelge ile yapılan yardım kapsamı genişletilmiş ve iyileştirilmiştir. Buna göre; hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı, asgari ücretin aylık net tutarının 2/3’ünden daha az olan engellilerin muhtaç sayılacağı ve bunlardan bakıma ihtiyacı olan engellilerin evde bakımının desteklenmesi amacıyla sosyal yardım ödeneceği, ortalama aylık gelir tutarının hesaplanmasında, hanede birden fazla bakıma ihtiyacı olan engelli bulunması halinde, birinci bakıma ihtiyacı olan engelliden sonraki her bakıma ihtiyacı olan engellinin iki kişi sayılması konusunda düzenleme yapılmıştır (52).

Tüm bu çalışmalara rağmen evde bakım hizmetleri Türkiye’de halen yeterli düzeyde değildir (21, 42). Batıdaki bakım türlerinin Türkiye’de gelişememe nedenine baktığımızda, bu konuda belirli bir modelin olmaması (21) ve hasta ve yaşlı bakımının çoğunlukla “aileler” tarafından çözümlenmeye çalışılmasıdır (42). Fakat günümüzde aileler bu yükün altından kalkmakta zorlanmakta ve çoğu zaman hastalık ve hastalığın getirdiği yükler altında ezilmektedir (42).

2.1.4. Yaşlılık ve bakım yükü

Yaşlılık, normal bir süreç olup, bireylerin fizyolojik ve ruhsal güçlerini geri dönüşümsüz olarak yavaş yavaş kaybetme durumu (53, 54) olmakla birlikte, organizmanın molekül hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan, yapısal ve fonksiyonel

değişikliklerin tümü olarak tanımlanmaktadır (1, 8). Yaşlılıkta farklı boyutlardan söz etmek mümkündür (1, 55, 56).

a) *Biyolojik yaşlılık*; gelişim süreci içinde vücut organları ve sistemlerindeki yapısal, işlevsel değişim ve hücre kayıpları (55, 56).

b) *Psikolojik yaşlılık*; kişinin gelişim süreci içinde deneyimlerinin artmasına bağlı olarak oluşan davranış değişiklikleri ve buna bağlı hissettiği yaşı (55, 56).

c) *Sosyolojik yaşlılık*; tanımı ise, yaşam boyunca kişinin toplumsal rolleri ve statüsü, beklentileri ve normların değişmesi ile ilgilidir (1, 55)

d) *Ekonomik açıdan yaşlılık*; bir insanın çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve çalışma hayatının sona erdiği, emekli olduğu dönem olarak ifade edilmektedir (1).

DSÖ Psikogeriatri Bilim Grubu'nun geçmiş dönemlere göre fiziksel ve zihinsel yetersizliklerin belirginleştiği ve "çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması" olarak tanımladığı yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstü olarak kabul edilmektedir (1, 8, 9).

Buna göre 65–74 genç yaşlılık, 75–84 orta yaşlılık, 85 ve üzeri yaşlar ise ileri yaşlılık dönemi olarak adlandırılmaktadır (3, 13). DSÖ'nün (DSÖ, 1998) yaşlılıkla ilgili yayınladığı raporlarda yaşlılığın başlangıcı 65 yaş olarak belirtilmektedir (53). Türkiye'de yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2'ye yükseleceği ve "çok yaşlı" ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (57). ABD genel popülasyonu içinde 2030 yılına kadar 65 yaş ve üzeri nüfusun 65-69 milyon, 2050 yılına kadar ise 80 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Hollanda'da 2020 yılında yaşlı nüfus oranının %22.'ye ulaşacağı bildirilmiştir (53). Türkiye'de 65 yaş ve yukarı nüfus oranı 2014 yılında %10.2 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10.2, 2050 yılında %20.8, 2075 yılında ise %27.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. 2012 yılında UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) ülkeleri arasında en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip olan ilk üç ülke sırasıyla %21 ile İtalya %20.7 ile Almanya , %19.9 ile Yunanistan, Türkiye ise 2012 yılındaki bu sıralamada 46. Sırada yer almaktadır (57).

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de önlenabilir ölümlerin azaltılması, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve gelişen bu hizmetlere ulaşımın artması, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenlerden dolayı beklenen yaşam süresi artmakta

ve nüfus giderek daha da yaşlanmakta buna bağlı olarak bakım gereksinimi olan birey sayısı da artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde nüfusun %15.0-20.0'sini yaşlılar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tahminlere göre, 2025 ve 2050 yılları için gelişmiş ülkelerde nüfusun %30-40'ını yaşlıların oluşturacağı beklenmektedir (55). Türkiye'de Yaşlı nüfus oranı, diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında, yaşlı nüfusun daha yüksek bir artışa sahip olduğu görülmektedir. 2014 yılında toplam nüfusun artış hızı %13.3 iken yaşlı nüfusun artış hızı %49.9 olduğu, 2014 yılında her 100 çalışanın bakması gereken yaşlı sayısı 11,8 iken bu sayının 2030 yılında 19.3 olması beklenmektedir (57).

Yaşlanma ve yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklar nedeniyle bireyler bakımlarını kendileri karşılamakta zorluk yaşadıklarından, yardıma gereksinim duymaktadır (3, 58). Hem ülkemizde hem de gelişmiş ülkelerde, değişen toplumsal yapıya rağmen destekleyici aile ilişkileri hala varlığını sürdürmekte ve yaşlının bağımlı olması durumunda, bakım sorumluluğunun büyük oranda aileler tarafından karşılanmaktadır (5,58). Yaşlıya bakım verme sırasında ortaya çıkan ruhsal güçlükler; huzursuzluk, sosyal izolasyon uykusuzluk, depresyon, benlik saygısında azalma ve ilaç kullanımında artış şeklinde görülmektedir (20).

2.1.5. Kronik hastalıklar ve bakım yükü

Uzun süren, bulaşıcı olmayan, kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, işlev bozukluğu ve sakatlığa yol açabilen kalp damar hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, artrit, demans, kanser gibi hastalıklar kronik hastalıklar olarak bilinmektedir (59). Kronik Hastalıklar Komisyonu kronik hastalıkları, sürekli devam eden, irreversibl, uzun süreli bakım, denetim, gözlem ve rehabilitasyonda özel eğitim gerektiren hastalıklar olarak tanımlamıştır (60, 61). Başka bir tanımlamaya göre kronik hastalıklar, süregelen karakterli bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tedavisi ileri uzmanlık gerektiren, komplikasyonları ölümcül seyredebilen veya sakatlığa yol açabilen, izlem ve tedavileri yüksek maliyetli hastalıklar olup birey, aile ve ülke ekonomisine büyük yük getirmektedir (62).

Kronik hastalıklar, genellikle orta yaşta başlar, ömür boyu sürer ve kalıcı bir sakatlık bırakır, bütün aileyi etkiler, hastalığı olan birey ve aile baş etmede temel

sorumluluğa sahiptir ve bu sorumluluk her geçen gün artar, hastaların sık sık ve uzun süreli hastaneye yatmaları ve hastane enfeksiyon riskleri nedeniyle aile ve ülke ekonomisine de önemli yükler getirmektedir (61).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır (61). Özellikle, kronik hastalıklara sahip olma olasılığı kronolojik yaşla birlikte giderek artmakta(60), Ulusal raporlarda da Türkiye’de ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan yedisinin kronik hastalıklar olduğu belirtilmektedir (61). Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfusun %90.0’ında bir, %35.0’inde iki, %23.0’ünde üç, %15.0’inde dört ve daha fazla kronik hastalık olduğu tahmin edilmektedir (8). İnci ve Erdem (2008)’in çalışmasında, yaşlıların %65.6’sının kronik hastalığının olduğu saptanmıştır (13).

2.2. Bakım Yükünün Boyutları

Bakım yükünün boyutları şu şekilde gruplandırılabilir (63).

1. Direkt bakımla ilgili işler: Bu işler genellikle hastaların bakım ihtiyacı olduğunda hastaların gözlemi ile ölçülür. Çünkü hastanın bakım ihtiyacı hastalıkla birlikte değişkenlik gösterir ya da hastalığın evresine göre değişir.

2. Direkt bakımla ilgili olmayan işler: Bu kategori ev halkının bakım verme dışındaki işlerinden oluşmaktadır. Bunlar hasta tarafından önceden idare edilen ve aile üyelerinin hastalıktan sonra devir aldıkları işlerdir.

3. Hastanın duygusal ihtiyaçları ile uğraşmak: Aile üyeleri kendilerini hastaların kaygılarıyla ve acılarıyla uğraşmaya adanmak zorunda hissedebilirler.

4. Diğer yaşam rollerinde bakım vermenin sonuçları: Hastaya bakım vermek bakım verenler için diğer yaşam rollerinin merkezinde yer alabilir. Bu durum bakım verenlerin bakım sorumlulukları nedeniyle kendilerinin doyumsuz bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli ihtiyaçlarını ertelemelerine neden olabilir.

2.2.1. Bakım verme yükünü etkileyen faktörler

Bakım verenlerin tümü bakım verme güçlüğü yaşamadıkları gibi güçlük yaşayanların ise güçlük yaşama düzeyleri çeşitli nedenlere bağlı olarak birbirinden farklı olabilmektedir. Bu faktörler (2, 5, 8, 9, 20, 64):

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb),
- Bakım gereksinimi olan birey ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Bakım gereksinimi olan birey ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi,
- Bakım gereksinimi olan birey bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması,
- Bakım verenin sağlığının bozuk ya da yaşının ilerlemiş olması,
- Bakım verenin bakım verdiği bireyin bakımı dışında da sorumluluklarının olması,
- Bakım gereksinimi olan bireye sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.),
- Bakım gereksinimi olan bireyin, bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması,
- Hafıza bozukluğu ve bağımlılığı olan bireye bakım verme,
- Dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve bakım gereksinimi olan bireye ayırabilecekleri bir mekânın olmaması,
- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli yaşlılarla aile içi uyumsuzluklar,
- Ekonomik zorunluluklardan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle bakım gereksinimi olan bireye bakacak ya da eşlik edecek evde bir kişinin bulunmaması, bakım verme güçlüğü etkileyen faktörlerdendir (2, 8, 20, 64).

Bakım verenin sağlık durumunun kötü olması, sosyal desteğin azlığı ve işlevselliği kötü olan bir ailede yaşıyor olma ailelerde algılanan bakım yükü

seviyesini artırmaktadır (63). Bakım verenin yükü, hane halkının aylık geliriyle ve hasta ile yaşayan aile üye sayısı ile ters bir ilişki olduğu, özellikle annelerde, yaşı daha büyük, eğitim düzeyi düşük olanlarda, işsizlerde ve daha genç hastaların bakımının üstlenildiği durumlarda yük düzeyinin arttığı görülmektedir (63). Andrews (2001)'in çalışmasında, çalışmaya katılan bakım verenlerin hane halkı geliri ile bakım yükünün arasında negatif bir ilişki olduğunu, gelir düzeyinin düşük olmasının bakım yükünü artıran nedenler arasında ilk üç sırada yer aldığını belirtmiştir. Yine araştırma verilerine göre hastalık semptomlarının ağır ve bağımlılığı yüksek olan bireye bakım vermenin bakım yükünü artırdığı belirlenmiştir (12).

Bakım verenin bakım vermek için gereken bilgi birikimine sahip olmayışı da bakım verme güçlüğüne etkileyen diğer en önemli faktördür (9). Yaşar (2009)'ın araştırmasında bakım verenlerin %14.3'ü bilgi ve beceri eksikliğinden dolayı güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (8). Özdemir ve ark. (2009)'nın yapmış olduğu çalışmada, Annelerin bakım verirken en çok zorlandığı konular incelenmiş, çoğunluğunun bakım verdiği bireyin bakımı konusunda bilgi eksikliği yönünde zorlanma yaşadıklarını ifade ettikleri görülmüştür (30).

2.2.2. Bakım yükünü hafifleten faktörler

Hasta yakınlarının bakım yüküyle baş edebilmesi onlara yapılacak profesyonel yardımla sağlanabilir. Son yıllardaki çalışmalar ailenin sosyal destek sistemini geliştirmek ve yükü hafifletmenin olası olduğunu göstermiştir (63, 65, 66). informal bakım verenlerin bakım yükünü hafifleten faktörler;

I. İnformal bakım verenlerin bakım verdikleri bireye yönelik hazırlanmış tedavi planı hakkında hem bakım verenin hem de hastanın gelişmesi ve bilgilenmesi önemlidir.

II. Tedavinin daha iyi olması için multidisipliner bir ekip anlayışı ile tıbbi tedaviyi, psikososyal müdahaleyi ve rehabilitasyon servislerini içeren tedavi programı olmalıdır.

III. Hem informal bakım veren hem de hasta için sürekli destek ve kriz yönetimi uygulamaları.

Genel olarak bakım yükünü azaltmada, hastalıkla baş etme yeteneği kazanılmasında, aile destek sistemini geliştirmede terapötik aile müdahalelerinin,

sosyal destek sağlanması pozitif etki yaptığı görülmektedir (63, 65). Waltz ve arkadaşları (2001) tarafından şizofreni hastalarının informal bakım verenleri ile yapılan çalışmaların sonucunda psikoeğitim müdahalelerinin hastalığın tekrarlanma oranını %20 azalttığı ve aileler üzerine olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (67).

2.3. Bakım Verenlerin Özellikleri

Bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi; günlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi, destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması, götürülecek hizmetin planlamasında kaynakların saptanması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir (9). Bakım gereksinimi olan bireylerin bakımına karar verme geleneksel değerlere dayanmakta olup, sıklıkla tercih edilen kız çocuklarıdır. Eşler, anneler, yaşam boyu ev halkına bağlı akraba kadınlar, kız çocuğu, gelin, erkek çocuk, diğer akraba ve akraba olmayan kadınlar bunu izlemektedir (5). Yapılan araştırmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir (7, 13, 20, 29, 68, 69).

Ayrıca, bakım verenler genellikle bakım gereksinimi olan bireyin yetişkin kızı ya da gelini olup, % 40'ının evinde 18 yaş altında çocuğu olduğu ve % 64'ünün çalıştığı saptanmıştır (6, 9). Yaşar (2009)'ın araştırmasında bakım verenlerin %37.7'sinin bakım alanın kendi kızı olduğu, %34.5'inin doğduğundan beri birlikte yaşadığı belirlenmiştir (8).

İnci ve Erdem (2008)'in yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin %75.5'nin kadın olduğu, %52.7'sinin evli, %62.7'si çocuk sahibi olduğu, %37.3'ünün çalıştığı ve büyük çoğunluğunun (%57.3) ev hanımı olduğu, bakım verenlerin %37.7'sinin bakım gereksinimi olan bireyin kendi kızı olduğu, %34.5'inin doğduğundan beri bakım gereksinimi olan birey ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (13).

Grimm ve ark. (2000)'nın yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya dahil edilen Her iki gruptaki bakım verenlerin çoğunluğu kadın (sırasıyla %61.5 ve %70.6), çoğunluğunun bakım alanın eşi (sırasıyla %84.6 ve %47.1) olduğu saptanmıştır (68). Genel olarak yapılan çalışmalarda bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu belirtilmektedir (12, 26, 29, 69).

Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olabilir (8, 12, 39). Ayrıca kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi mücadele edebilecekleri görüşü, onların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin nedeni olarak belirtilmektedir (8, 64).

Amerika’da yaşlıların 2.4 milyonu bakım evlerinde kalmasına rağmen yaklaşık olarak % 90’ ı aile, arkadaş ve komşuları tarafından bakılmakta, bakım verenlerin ise % 20’si bakım gereksinimi olan birey ile aynı evi paylaşmaktadır. Amerika’da 18 milyon bakım verenden çoğunluğunun kadın olduğu tahmin edilmektedir (8).

2.4. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler

Bakım verenin yük algısı, verdiği bakımın kendi yaşamını etkilenmesi olarak tanımlanabilir. Bu algı diğer aile üyeleri ya da sağlık profesyonellerinin algısından oldukça farklıdır. Bakım verme, bakım verenin sağlığını ve iyilik halini olumsuz etkileyebilir (6, 8). Bakım alanın asla bitmeyen gereksinimleri nedeniyle özellikle birinci derece bakım vericiler somatik şikâyetler yaşayabilirler, diğer aile bireyleriyle geçirdikleri zaman azalabilir, işlerine engel olunabilir ve ruhsal açıdan bitkin olabilirler (6, 8, 20, 26). Fiziksel bitkinlik ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyete de artışa neden olmaktadır. Eski unutulmuş çatışmalar, hayal kırıklıklarının yeniden canlanması ile psikolojik distres görülebilir (6, 8). Orem (1991)’e göre, bireyin kişisel bakım ihtiyaçları karşılanmadığında, öz-bakım gücü ve öz bakım etmenleri olarak da adlandırılan bireysel ya da bağlamsal özellikleri etkilenmektedir. Orem’in kavramsal modelinde de, başkalarının tedavi öz bakım taleplerini yerine getiren, birden fazla rol ve sorumluluk üstlenmiş olan bireylerin, kendi öz bakım gereksinimlerini karşılamakta zorlandıkları belirtilmektedir (70). Özyeşil ve ark. (2014) bakım sürecinin sürekli ve uzun olmasının bakım vericilerde oluşan gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve duygusal yük arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu belirtmişlerdir (3).

Primer bakım verenlerin, fiziksel, emosyonel, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda yaşadığı güçlükleri (8, 17, 20) genel olarak şu başlıklarda altında inceleyebiliriz;

2.4.1. Fiziksel güçlükler

İnformal bakım verenlerde, bakım verme sırasında hazımsızlık, düzensiz yemek yeme, iştahta değişim, baş ağrısı gibi somatik şikayetler görülmektedir (8). Ayrıca kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon bozukluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık ve bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma yaşayabilmektedirler (6, 8, 20). Baker (1997)'in araştırmasına göre öz-bakım ve bakım yükü arasında ters bir ilişki söz konusudur. Ev işleri, duygusal destek, birden fazlaların yönetiminde destek, bakım verme ile ilgili bilgilendirme ile bakım verenlerin öz bakım eylemlerinde artma, bakım yükünde azalma saptanmıştır (70). Andrews (2001)'in çalışmasına göre de öz-yeterlik düzeyi azalması, bakım verenlerin bakımı yükünün artmasına neden olabileceği belirtilmiştir (12).

Bakım verenlerin vermeyenlere göre daha fazla hastalık, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiyovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıkları saptanmıştır (6, 8).

Alpteker (2008) bakım verenlerin bakım verme sırasında en çok zorlandığı konu(lar)/iş(ler)'in ise, çoğunluk sırasıyla bakım alan bireyin (yaşlı) çok konuşması/karışması (%41.0), bakım vereninde yaşlı olması ve zorlanması (%28.2), banyo yaptırması (%12.8), bakım gereksinimi olanın yalnız bırakamaması (%10.3) ve bakım vermeye ilave olarak ev işi de yapıyor olması (%7.7) şeklinde saptanmıştır (20).

2.4.2. Emosyonel güçlükler

Emosyonel alanda; huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, iğneleyici davranışlar, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlük yaşanmaktadır (20, 64, 69). En yaygın görülen belirtiler ise stres ve anksiyete de artma şeklinde ifade edilmektedir (20, 69). Birey, bakımdan

kaynaklanan anksiyete duygusunu tüm yaşamına genelleleyebilir (8). Magliano ve arkadaşları (2002) çalışmalarında informal bakım verenlerin bakım verme yükünün, bakım sürecinde yaşanan fiziksel, duygusal, ekonomik güçlükleri kapsadığını, şizofreni hastalarının bakımından sorumlu olan kişilerin çoğunluğunun fiziksel, psikolojik ve ekonomik yük altında olduklarını belirtmişlerdir (71).

Bakım verenler kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybettikleri düşüncesi ile güçsüzlük, beklentilerini karşılamadaki başarısızlık nedeniyle suçluluk duygusu yaşayabilirler (64, 72). Kızgınlık, hayal kırıklığı, aile üyeleri ve bakım verilene karşı dürüst olmadığı için suçluluk, mahremiyetin kaybı, kendini ayıplama, zorlanma, keder, yarımsızlık, umutsuzluk yaşanan diğer emosyonel problemler arasında sayılmaktadır (6, 8). İnformal bakım verenlerde emosyonel sorunlar ortaya çıkabileceği gibi hasta yakınlarının mesleki verimleri de düşebilmektedir (73). Yapılan çalışmalar, bakım vermenin informal bakım verenlerin yaşamlarını olumsuz etkilediği, çoğunluğunun herhangi bir hastalığının olduğu ve depresyon/anksiyete ilacı aldıklarını belirtmektedir (20). Vedhara ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir araştırmada bakım verenlerle vermeyenler arasında anksiyete, depresyon ve stres görülme durumu açısından ileri derecede fark olduğu bulunmuştur (74). Stres ya da engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyenlerde daha fazla depresyon belirtileri görülebilir. Yaşanan problemlerin tartışılması, bakım verme ile ilgili baskı ve kaygıları azaltmada önemlidir (8).

Akça'nın (2005) yaptığı araştırmada, bakım verenlerin %96.9'unun kadın, %81.3'ünün evli, yarıdan fazlasının ilkokul mezunu (%56.3), %71.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin bakım verme nedeni ile sosyal iletişimde bozulma, ev içi organizasyon yapmada güçlük, baş ağrısı, mide şikayetleri gibi fiziksel, çabuk öfkelenme, ev içinde rahatsızlık duyma gibi ruhsal sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Akça (2005) çalışmasında, bakım verenin bakım vermenin yanı sıra temizlik, çamaşır yıkama ve yemek yapma gibi evde başka işler de yaptıklarını belirlemiştir (58).

2.4.3. Sosyal güçlük

Bakım verme, sosyal ve kişilerarası problemlere de yol açmaktadır. Bakım verenler yaşamlarını genellikle sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda

düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme yapması beklenebilir (8). Yapılan çalışmalarda bakımın daha sıklıkla eşler tarafından verildiği ve bu sürecin hem erkek hem de kadın eşler için sosyal yaşamı kısıtlayıcı olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda bakım verme süreci boyunca eşlerde depresyon ve anksiyete gibi rahatsızlıkların arttığı görülmüştür (75). Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık eden primer bakım verenin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır (6, 8, 20, 69). İyi bir sosyal desteğin ise ailenin yükünü azalttığı, hastayla geçirilen zamanın fazla olmasının da bakım yükünü arttırdığı yönünde bulgular vardır (73).

2.4.4. Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler

Evde bakım sağlamanın ekonomik maliyeti, informal bakım verenlerin güçlük yaşamasında önemlidir. Bu ekonomik sorunlar için de en sık yaşananlar, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması ya da işin sonlandırılmasıdır. Bakım verme nedeni ile işleri ayarlamak zorunda kalan bireyler genellikle daha yüksek düzeyde zorlanma yaşadıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler (6, 8 20, 69). Araştırmalar bakım verenlerin iş kaybı nedeni ile ekonomik sıkıntılar yaşadıklarını belirtmektedir (8, 69).

Özdemir ve ark. (2009)'nın yapmış olduğu araştırmada, kanserli çocuklarına bakım veren annelerin bakım yükü puanlarının çok yüksek olmamasına rağmen, bakım yükünün ekonomik durumla ilişkili olduğu ve bakım verme sürecinde annelerin sağlık algılarının olumsuz yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (30). Feldman, ve ark. (2002) yaptığı bir çalışmada bakım verenlerin %36.0'ının bakım vermede yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Bu kişilerin haftada 20 saat ve üzerinde bakım verdikleri, bakım verirken güçlük yaşadıkları, bakım verici rolünü üstlendikten sonra 1/3'ünün fiziksel sağlık sorunu yaşadıkları; bu kişilerin daha yoğun bakım sundukları, 65 yaşın üzerinde oldukları ve 4/5'inin bakım verirken yardım almadıkları belirtilmektedir (4). Bakım vericilerin gelir durumunun bakım

verme yüküne etkisi incelendiğinde geliri giderinden az olan hasta yakınlarının puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (72). Gülpak ve Kocaöz'ün (2014) yapmış oldukları çalışmada ise 60 yaş ve üzerinde, gelir düzeyi çok kötü ve kötü, ilkokul mezunu olan, bakım verirken sağlık sorunu gelişen, tam gün bakım veren, sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayan bakım verenlerin, bakım verme yükü yüksek olduğu bulunmuştur (76).

2.5. Bakım Verenlerin Hakları

Hastalara bakım verenlerin, hastalığın neden olduğu sorunların üstesinden gelebilmeleri, hastalığa uyum sağlayıp gerekli davranış değişikliği ve yaşam biçimi geliştirebilmeleri için; öncelikle kendi sağlıklarının iyi olması gerekir. Bakım verenlere sunulan hakların bilinmesi ve uygulanmasıyla iyilik durumunun sağlanması, hasta bakımının kalitesi açısından son derece önemlidir (77).

I. Bakım alma hakkı; Bakım veren kişi; kendisi bakım alma hakkına sahiptir. Bu bencil bir davranış değil aksine hastaya daha iyi bakım verebilmek için gerekli bir davranıştır.

II. Yardım alma hakkı; Bakım veren kişi kendi dayanıklılığı ve güç sınırlarının farkında olarak hasta itiraz etse bile gerektiğinde başkalarından yardım isteme hakkına sahiptir.

III. Kendi yaşamını sürdürme hakkı; Bakım veren kişi; bakım verdiği insanın dışındaki yönlerini yaşama, kendisi için de bir şeyler yapma hakkına sahiptir, aynen bakım verdiği kişinin sağlıklı olduğu günlerindeki gibi.

IV. Duygularını ifade etme hakkı; Bakım veren kişi; bazen sinirlenme, üzülmeye ve diğer zor duygularını ifade etme hakkına sahiptir.

V. Bazı yönlendirmeleri reddetme hakkı; Bakım veren kişi; hastanın bilinçli veya bilinçsiz olarak kendisini suçlaması, kızdırması veya depresyona itme girişimleriyle onu yönlendirmesini reddetme hakkına sahiptir.

VI. Sevgi ve saygı görme hakkı; Bakım veren kişi; hastasına sunduğu saygı, sevgi, bağışlama ve kabullenme niteliklerinin tümünü hastasından karşılık olarak görme hakkına sahiptir.

VII. Gururlanma ve takdir edilme hakkı; Bakım veren kişi; bakım vermedeki başarılarıyla gurur duyma, zaman zaman hastanın gereksinimlerini karşılayabilmekteki cesaretinden dolayı takdir edilme hakkına sahiptir.

VIII. Kendi yaşamını sürdürme hakkı; Bakım veren kişi; bireyselliğini koruyabilme, hasta artık tüm gün onun yardımına gereksinim duymadığında, ayakta kalabilecek bir hayat kurma hakkına sahiptir.

IX. Yardım etmek ve yardım almak için yeni kaynaklar talep etme hakkı; Bakım veren kişi; hastalara fiziksel ve zihinsel olarak yardım etmek için; yeni kaynaklar bulunmasını, benzer kaynakların bakım verenlere de yardım ve destek için sunulmasını bekleme ve talep etme hakkına sahiptir.

Gregory ve ark. (2006) yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin; birisiyle konuşmak, temizlik/ütü gibi ev işlerinde yardım, mali konularda destek, bakım gereksinimi olan birey için geçici bakım ve konaklama birimleri ve bakım verenlere bir mola sağlamak için desteğe ihtiyaçları olduklarını ifade etmişlerdir (78).

Arslantaş ve Adana (2011) araştırmalarında, bazı aileler diğer ailelere göre hastalığın yükü ile daha iyi baş edebildiklerini belirtmiş ve bakım yükü ile baş etmede pozitif bakış açısının etkili olabileceğini vurgulamışlardır. Bu anlamda bakım verenin kişilik karakteristikleri ve baş etme mekanizmalarının belirlenmesinin, bakım yükünde bakım verenin işlevsellik düzeyinin, yaşam kalitesi ve memnuniyet durumunun da etkili olabileceğini belirtmişlerdir (63).

Özdemir ve ark. (2009)'nın yapmış olduğu araştırmada aile üyeleri ile bakımın yükünü paylaşmanın anneye düşen yükü azaltabileceği yine kanserli çocuğu olan ailelerin yaşadıkları benzer sorunları paylaşmaları ve onlara gerekli desteğin sağlanması için bu ailelerin birbirleriyle görüşmeleri sağlanması önerilmektedir. Hasta kadar annesinin de sağlık durumu ile yakından ilgilenilmesi, hastanın olduğu kadar annesinin de sorunlarını ifade etmesine yardımcı olunması, annelerin çocuğun bakımında sahip oldukları destek kaynaklarının değerlendirilmesi ve yardım alabilecekleri kişi ve kurumlara yönlendirilmesinin yararlı olabileceği önerilmektedir (30).

2.6. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü

Rol, genel olarak toplumda bir yer, bir mevki, bir pozisyon veya statüye sahip bir kişi, grup veya kuruluştan başkalarının ya da içinde yaşadığı toplumun beklediği davranış şekli, etkinlikler ve tutumların tümüdür (79, 80, 81). Bu roller, bireyden bireye, toplumdan topluma, durumdan duruma değişim göstermektedir. Değişim rolün özelliği, işlevi, bireyin ve içinde bulunduğu toplumun kültürel yapısı ile yakın ilişkilidir (81).

Hemşirelik bir toplum hizmeti olarak eski tarihlerden beri var olan, insanların sağlıklı olmalarını sağlamak, rahatlığını sağlamak, hastaya bakım vermek ve hastaya güvende olduğu duygusunu yaşatabilmek isteği ile ortaya çıkan bir meslek grubudur (81-84). Sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşire (81, 85, 86), eğitimiyle, kişiliğiyle, teorik bilgi ve uygulama becerisiyle, karar verme yeteneğiyle, hemşirelik hizmetlerini planlayarak uygulayabilen, ekip çalışmasını başarıyla yürütebilen, sağlık ekibi üyeleriyle uyum içinde çalışabilen sorumlu bir insan gücüdür (81, 87, 88).

Hemşirenin **bakım verici, tedavi uygulayıcı, eğitimci, yönetici, araştırmacı** gibi geleneksel rolleri ve **danışmanlık, psikolog, koordinatör, hasta haklarının savunucusu, özerklik ve sorumluluk sahibi olma** gibi çağdaş rolleri de vardır (80, 81, 89). Bakım verici rolünde hemşire; hastalık sürecine özel tedavi uygular, hastalığın birey ve aile üzerindeki fiziksel, psiko-sosyal etkilerini tanımlar ve iyileştirici girişimlerde bulunur. Bakım verme hemşireliğinin en temel rolüdür ve bu rolünü uygularken hasta merkezli çalışarak karar verme becerilerini kullanır (80, 81). Danışmanlık rolü ile; toplum geneline sağlığı koruma ve geliştirme, yaşam kalitesini arttırma, hastalığa bağlı sorunlar ile baş etme ile ilgili kendi olanaklarını-kaynaklarını tanımları ve kullanmaları konusunda hasta hasta yakınlarına rehberlik ve danışmanlık eder (80). Araştırmacı, kariyer geliştirici rolünde hemşire; daha iyi bakım ve hizmet sunmak için yeni bilgileri araştırır, öğrenir ve uygular. Hemşirelik araştırmaları, mesleğin bilgi yapısını oluşturur. Böylece, mesleğin bilimsel bilgi içeriği geliştirilir (80). Yönetici rolünde hemşire; hasta bakımını, eğitim etkinliklerini, iletişimi ve kliniğin işleyişini koordine eder ve yönetir (80, 81, 90).

Karar verici rolünde hemşire; kritik düşünme ve karar verme becerisini hasta bakım süreci ile birleştirerek kullanır (80, 81).

Hemşire hem sağlıklı hem hasta bireye yaşamın tüm dönemlerinde bakım vermektedir. Bakım verme, hemşirelerin bağımsız olarak uyguladığı, geleneksel ve en eski rollerinden olup çağdaş mesleki rolleri içinde de ağırlığını korumaktadır (6). Yaşlılık, kronik hastalıklar (KOA-H-Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, kanser, kronik böbrek yemeziği, CVO-Cerebro Vasküler Olay...) vb. durumlar bakım gereksiniminin en çok arttığı durumlardır, hemşire bakım verme rolünü gerçekleştirirken birey, aile ya da toplumu bütüncül değerlendirmelidir. Bu nedenle hemşire, bakım gereksinimi olan bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarda bulunmanın yanı sıra, bakım gereksinimi olan bireyin iyilik halini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek olan bakım verenleri de ele almalıdır (8, 9, 20).

Hemşireler bakım verenlere uygun yaklaşımda bulunarak, onların bakımı başarılı bir şekilde yönetmelerine yardım edebilir. Bakım verenin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında bakım gereksinimi olan, bakım veren ve diğer aile üyelerini birlikte ele almak, bütün hemşirelik girişimlerinde bakım gereksinimi olan ve bakım verenin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri ve güç kazanma yolları bulma konusunda yardım etmek, hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır (8, 9, 17).

Hemşire ayrıca bakım verenin bakım gereksinimi olan birey ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemlemeli, bakım verme rolü ve bakım gereksinimi olan 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 (8, 9).

Hemşirenin bakım verenlerin gereksinim duyduklarında gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı danışmanlık, bakım verenin yardım arama çabasını destekleyerek ona yararlı olabilir. Bireye yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim verilmesi yararlı olmaktadır. Aynı zamanda hemşire bireye

yaşadığı problemleri çözülebilir basamaklara ayırması, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleyebilmesi konusunda yardım edebilir. Bakım verenin sevdiği birine sağlayacağı bakımla ilgili bilgi ve deneyime ihtiyacı olabilir. Örneğin hastalık, ilaç kullanımı, tehlike belirtileri, uygun teknoloji kullanımı hakkında eğitim, onların yeterlilik ve memnuniyet duygularını artırmaktadır (8, 9).

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 (8). Yalnızca hasta değil bakım verenin ihtiyaçları da belirlenmeli ve bu gereksinimleri karşılamalıdır. Bakım verenlerin duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilecekleri güven ortamı sağlanmalıdır. Bu bağlamda Hemşireler, hasta ve bakım verenin eğitim ihtiyaçlarını tespit etmeli ve bu doğrultuda eğitim planı yapmalıdırlar. Verilen eğitim belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır (29). Özellikle hazırlanan psikoeğitim programlarının, şizofreni hastalarının ve ailelerinin hastalıkla baş etme ve problem çözme yeteneklerini ve toplumda daha üretken ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerini arttıracığı, bunun yanında hastaların hastaneye yatış sayısını ve süresini azaltacağı, bu durumun hem hasta ve ailesi, hem de sağlık kurumları için ekonomik maliyeti azaltma bakımından yararlı sonuçlar vereceği belirtilmektedir (91).

Feldman ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %36.0'sının bakım vermede yetersiz kaldıkları belirlenmiştir (4). Yaşar (2009)'ın araştırmasında bakım verenlerin %38'i sorunlarla başetme de kabullenme, %21.3'ü sakin davranma ve %10.7'si de danışmanlık alma yoluna başvurduklarını, %100'ü danışmanlık almak istediklerini belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %31.7'si iletişim, %18'i kendi fiziksel sorunlarıyla başetme, %16.7'si stres ve üzüntü ile başetme, %12'si günlük bakım ve %10.7'si zaman ve enerji planlaması konusunda danışmanlık eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir (8).

Bakım verenlerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak özbakımın önemi üzerinde durulmalı, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi ihtiyaçlarının karşılanmış olmasının gerekli olduğu vurgulanmalıdır (70). Bakım verenler, alkol ve reçete edilmemiş ilaç kullanımı, üzüntü ve anksiyete, iştahta artma ya da azalma, uyku düzeninde değişim, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri açısından

izlenmeli ve kendini bu yönde izlemesi sağlanmalıdır. Bakım verenin destek gruplarına üye olması, ara verdiği hobilerine devam etmesi; bakım verme güçlüğü ile baş etmesine yardım edebilir (9). Sosyal desteğin bilgi sağlama, dayanışma ve normallik duygusunu destekleme gibi pek çok işlevi bulunmaktadır. Bireylerin yakın arkadaşlarından ve ailelerinden duygusal destek alması, kendilerine değer verildiğini hissettirerek bireyleri rahatlatmada çok önemlidir (9). İnformal bakım verenlere danışmanlık ve destek hizmetleri sağlanmalı, günlük yaşam ve enstrümental yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlı durumdan bağımsız duruma geçebilecek yöntemler öğretilmelidir (8). Sosyal desteği fazla olan kişilerin daha az oranda psikolojik sıkıntı yaşadığı, çok stresli olaylar karşısında bile psikolojik ya da fiziksel sağlıklarının bozulma olasılığının düşük olduğu belirlenmiştir (9). Yapılan çalışmalarda sosyal ve profesyonel desteğin bakım yükünü azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (8, 70), Tuna M. ve Dicle (2008)'nin yaptığı çalışmada, bakım verirken sosyal destek alan, umutsuz olmayan aile üyelerinin yükü daha düşük bulunmuştur. Bakım verenlerin bakım yükünü etkileyen psiko-sosyal etmenlere yönelik planlı ve sistematik girişimlerin yapılması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, tabirculuk eğitiminde aile yüküne yönelik stratejilerin geliştirilmesi önerilmektedir (7). Şahin ve ark. (2009)'nın, "Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi" adlı çalışmasında, Hemşirelerin, hasta ve bakım verenin eğitim ihtiyaçlarını tespit etmeleri ve bu doğrultuda eğitim planı yapmaları, aralıklı olarak verilen eğitimleri tekrar etmeleri önerilmektedir (29).

Kara (2007)'nin, "Obsesif Kompulsif Bozukluk'u (OKB) Olan Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Başetme ve Sosyal Destek Durumlarının Belirlenmesi" konulu araştırmasında da sonuç olarak, OKB'li bireye bakım verenlerin ruhsal sağlıkları olumsuz bir şekilde etkilenmekte olduğu; bakım verenler aile içi iletişimde ve sosyal ilişkilerde güçlük yaşamakta; yaşadıkları bu güçlüklerle baş ederken daha çok ailelerinden destek almakta oldukları, bas etmelerinde sadece aile desteğinin yeterli olmadığı, bunun yanında arkadaş ve özel kişi desteğine ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; OKB'li bireye bakım verenlerin hastalık semptomlarına yaklaşım konusunda, aile içi etkileşimlerini artırmalarının sağlanması yönünde, hemşireler tarafından eğitilmesi önerilmiştir (92).

Kızılcı ve ark. (2013)'nın çalışmasında bazı hemşireler, hastanelerde informal bakım verenlerin kalabalık bir ortam yarattığını, kendileri ve diğer hastalar için enfeksiyon riskinin arttığını belirtmektedir (93). Tzeng ve Yin (2009) çalışmasında daha güvenli ve hatasız hasta bakımı yapabilmek için refakatçilere, hastayı nasokamial enfeksiyon ajanlarından koruyabilmesi konusunda eğitim verilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (94).

Türkiye'de, çoğunluğu inme geçiren hastalardan oluşan yatağa bağımlı hastaların ve ailelerinin yaşadığı güçlükleri belirlemek, gerekli danışmanlık hizmetlerini vermek ve evde bakım hizmet modelini geliştirmek amacıyla Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu tarafından bir proje yürütülmüştür. 15 hastayla sınırlı proje kapsamında, hastalara evde bakım veren kişilerin hasta bakımı konusunda eğitilmesi amacıyla yönelik olarak eğitim materyalleri hazırlanmıştır. Proje raporunda, hasta ve ailelerine verilen eğitimin etkin olduğu saptanmıştır (9).

Hemşireler, sadece hasta değil bakım verenin ihtiyaçlarını da belirlenmeli ve bu gereksinimler karşılanmalı, hastanelerde ya da evde bakım hizmetleri biriminde bakım verenlerin duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilecekleri güven ortamı sağlanmalıdır. Hemşireler, hasta ve bakım verenin eğitim ihtiyaçlarını tespit etmeli ve bu doğrultuda eğitim planı yapmalı, bakım verme ile ilgili eğitim verilmelidir. Böylece bakım kalitesinin artması sağlanacak, bakım verme güçlüğü azalacaktır. Bu eğitim programını verecek olan hemşireler tarafından ise, bakım verenlerin üstlenmiş oldukları bu sorumluluğun, onları hangi boyutlarda ve ne derecede etkilediği bilinmeli, bakım yükünün bireylerde ihtiyaç arz eden gereksinimlerinin farkında olunmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, Düzce il merkezindeki Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversite Hastanesi'nde, bakım gereksinimi olan bireylere informal bakım veren bireylerin, bakım yükü ve yaşadıkları sorunlara ilişkin hemşirelerin görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma Nisan 2014'te Düzce Üniversite Hastanesi'nde, Ekim 2014'te TKHK Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır.

Çalışmanın hastanelerde farklı tarihlerde uygulanmasının sebebi TKHK Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'ne yapılan ilk araştırma başvurusunun kabul edilmemesidir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma, Düzce il merkezindeki TKHK Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversite Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihte Düzce Üniversitesi Hastanesi yatak sayısı 320, servislerde çalışan hemşire sayısı 208, TKHK Düzce Atatürk Devlet Hastanesi yatak sayısı 309, servislerde çalışan hemşire sayısı 314'tür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tablo 3.3.1. Çalışmanın gerçekleştirildiği kurumlar ve hemşire dağılımı

KURUM	EVREN		ÖRNEKLEM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düzce Üniversitesi Hastanesi	208	100	186	89.4
TKHK Düzce Atatürk Devlet Hastanesi	314	100	283	90.1
TOPLAM	522	100	469	89.8

Tablo 3.3.1’de çalışmanın evreni ve çalışmaya katılan hemşirelerin hastane bazında dağılımı görülmektedir. Çalışmanın evrenini, çalışma süresi içerisinde Düzce il merkezindeki Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversite Hastanesi’nde çalışan 522 hemşire oluşturmuştur. Örneklemeye yöntemine gidilmeden, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak anket uygulamasının yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 469 hemşireye, evrenin %89.8’ine ulaşılmıştır.

3.4. Araştırma Sınırlılıkları

Bu çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken sınırlılıklarının dikkate alınması gerekir. En önemli sınırlılık informal bakım verenlerin bakım yüküne dair hemşireler ile yapılmış çalışmaların olmamasıdır.

Çalışmamız, TKHK Düzce Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin informal bakım verenlerin yaşamış oldukları bakım verme yüküne ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla ilgili ilteratür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formuna verilen yanıtlar ile sınırlıdır.

3.5. Veri Toplama Aracı

Çalışmada verilerin toplanmasında, literatür (7, 13, 14, 95) bilgisi ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan ve iki bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır (Ek I). Veri toplama formunun birinci bölümünde; katılımcıların yaş, görev yaptığı hastane, öğrenim durumu, çalıştığı birim, meslekteki deneyim yılı, bakım verme yükü ile ilgili eğitime katılma durumu ile ilgili hazırlanan sorular, ikinci bölümünde ise; hemşirelerin, informal bakım verenlerin yaşamış oldukları bakım verme yüküne ilişkin görüşlerini, bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü azaltılması yönündeki önerilerini belirlemek amacı ile oluşturulan sorular yer almaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma planlandıktan sonra çalışma dışında bırakılan 10 hemşire ile ön uygulama yapılarak veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği test edilmiş, öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler gerçekleştirilmiştir.

Veriler araştırmacı tarafından, birebir görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın amacı, soru formunu doldurma süresi, bilgilerinin gizliliğin korunmasına yönelik açıklamalar yapıp, araştırmaya katılmayı kabul edenlerin sözel onamları alındıktan sonra soru formu verilmiş, doldurulan formlar araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler, kodlanarak bir istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmesi yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ki kare testi, fisher exact testi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komitesi'nden onay alınmıştır (Ek III). Çalışmanın yapıldığı kurumların yöneticileri ile görüşülerek çalışmanın amacı ve uygulama planı açıklanmıştır. TKHK Düzce Atatürk Devlet Hastanesi (Ek IV) ve Düzce Üniversite Hastanesi'nden bünyelerinde çalışan hemşireler ile anket çalışması yapılabileceğine dair yazılı izinler alınmıştır (Ek V). Araştırma sürecinde gönüllülük ilkesine uyulmuş, bu hususta katılımcı hemşirelere bilgilendirme yapılmış sözlü onamları alınmış ve “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından hemşirelerle yüz yüze görüşme yapılarak elde edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelere kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı belirtilerek veri toplama formlarına isim belirtmemeleri istenmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin bazı tanımlayıcı özellikleri ve hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin görüşleri incelendi. Çalışmanın bulguları sekiz bölümde ele alınmıştır:

- Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular,
- Hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım verme yükü ve bakım yükü kapsamına dair görüşlerine ilişkin bulgular,
- Hemşirelerin bakım yükünü etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerine dair bulgular,
- Hemşirelerin bakım vermenin informal bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik sağlığına yönelik etkilerine ilişkin görüşlerine dair bulgular,
- Hemşirelerin informal bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin düşüncelerine dair bulgular,
- Hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde rol alma durumları ve rollerine ilişkin düşüncelerine dair bulgular,
- Hemşirelerin informal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının bakım yükünün hafiflemesi ve hastaneye tekrar yatışlara etkileri hakkındaki düşüncelerine dair bulgular,
- Hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin bilgi kaynaklarına dair bulgular

4.1. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
19-29 yaş	204	43.5
30-40 yaş	222	47.3
41-51 yaş	42	9.0
52 yaş ve üzeri	1	0.2
Aynı Serviste Çalışma Süresi		
1-5 yıl	338	72.0
6-10 yıl	99	21.1
11-15 yıl	19	4.1
16-20 yıl	9	1.9
21-25 yıl	4	0.9
Meslekte toplam Çalışma Yılı		
1-7 yıl	194	41.4
8-14 yıl	154	32.8
15-21 yıl	90	19.2
22-28 yıl	29	6.2
29-35 yıl	2	0.4
Eğitim Düzeyi		
Lisans	269	57.4
Sağlık Meslek Lisesi	86	18.3
Ön Lisans	82	17.5
Lisans Üstü	32	6.8
Çalışılan Birim		
Dahili Tıp Bilimleri	164	35.0
Cerrahi Tıp Bilimleri	173	36.9
Yoğunbakım Ünitesi	111	23.6
Poliklinikler	21	4.5
Aileden Birine Uzun Süreli Bakım Verme Durumu		
Bakım Veren	84	17.9
Bakım Vermeyen	385	82.1
İnformel Bakım Verenlerin Bakım Yükü Konulu Eğitime Katılma Durumu		
Eğitime Katılan	200	42.6
Eğitime Katılmayan	269	57.4
Toplam	469	100.0

Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1’de görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin en fazla (%47.3) 30-40 yaş, %43.5’inin 19-29 yaş grubunda olduğu, en az ise %0.2 ile 52 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır.

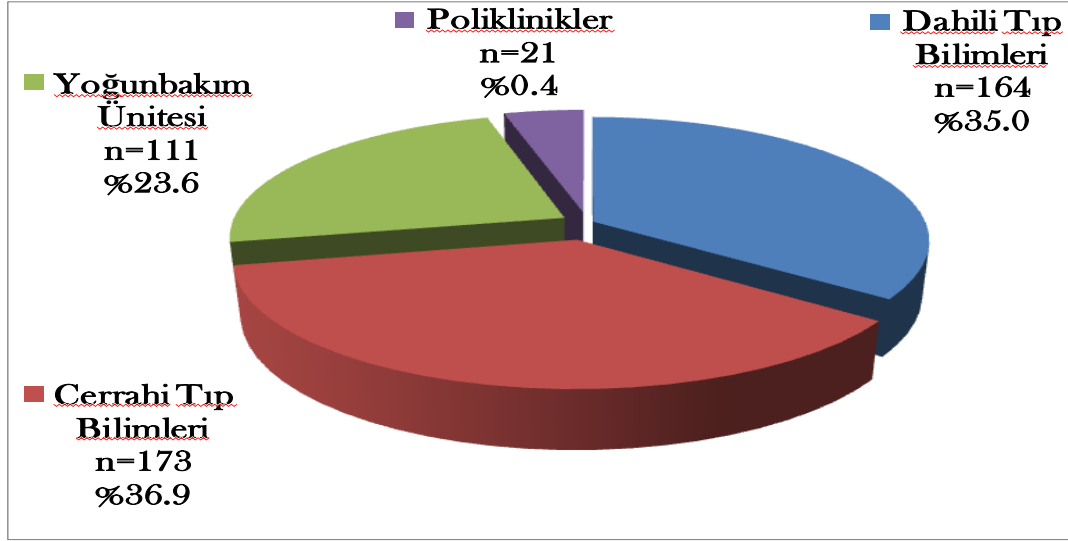
Hemşirelerin serviste çalıştıkları süreler bakıldığında en fazla %72.0’sinin 1-5 yıl arasında, %21.1’inin 6-10 yıl arasında, aynı serviste çalıştıkları, %0.9’unun ise 21-25 yıldır aynı serviste çalıştıkları saptanmıştır. Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılları incelendiğinde ise, çoğunluğunun 1-7 yıl (%41.4) ve 8-14 yıl (%32.8) arası çalışma sürelerinde olduğu, %0.4’lük kısmının ise 29-35 yıldır çalışma hayatında olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine bakıldığında, çoğunluğunun lisan mezunu (%57.4) olduğu, daha sonra ise sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu (%18.3, %17.5), en az ise lisans üstü (%6.8) mezun hemşireler olduğu belirlenmiştir. Hemşireler, çalıştıkları birim açısından incelendiğinde ise, çoğunluğunun cerrahi ve dahili tıp bilimlerinde (%36.9, %35.0) olduğu, %23.6’sının yoğunbakım ünitelerinde çalıştıkları ve %4.5’inin de polikliniklerde çalıştıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin ailelerindeki bireylere uzun süreli bakım verme durumları incelendiğinde, %82.1’inin ailelerinde hiç kimseye uzun süreli bakım verme durumu yaşamadıkları, %17.9’unun ise ailelerinde en az bir kişiye bakım verme durumu yaşadıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin “İnformel Bakım Verenlerin Bakım Yüğü” konulu herhangi bir eğitim’e katılma durumları incelendiğinde, %57.4’ünün bu konuda eğitim almadıkları, %42.6 ise bu konuda eğitim aldıkları belirlenmiştir.

Grafik 4.1.1. Hemşirelerin çalışılan birimlere göre dağılımı



Grafik 4.1.1’de hemşirelerin çalışılan birimlere göre dağılımları gösterilmiştir. Hemşirelerin en fazla cerrahi ve dahili birimlerde yoğunlaştığı görülmektedir.

4.2. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü ve Bakım Yüğü Kapsamına Dair Görüşlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin infomal bakım vermenin kapsamına ilişkin düşünceleri

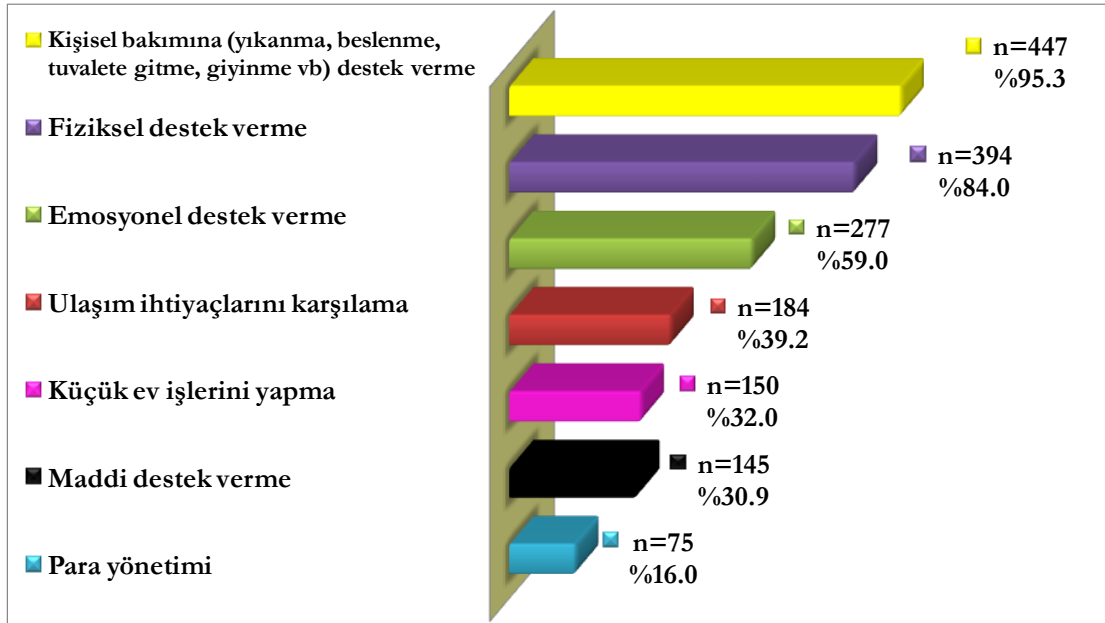
İnfomal bakım vermenin kapsamı (*n:469)	Sayı	Yüzde
Kişisel bakımına (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb) destek verme	447	95.3
Fiziksel destek verme	394	84.0
Emosyonel destek verme	277	59.0
Ulaşım ihtiyaçlarını karşılama	184	39.2
Küçük ev işlerini yapma	150	32.0
Maddi destek verme	145	30.9
Para yönetimi	75	16.0

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdele n:469 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.1’de hemşirelere göre infomal bakım vermenin kapsamına ilişkin düşünceleri incelenmektedir. Hemşirelerin çoğunluğunun infomal bakım vermenin

bireyin kişisel bakımına (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb) destek verme (%95.3), fiziksel destek verme (%84.0) ve emosyonel destek verme (%59.0) olarak belirttiği saptanmıştır. Hemşirelere göre informal bakım vermenin kapsamının en az para yönetimi (%16.0) konusunda olduğu belirtilmiştir.

Grafik 4.2.1. Hemşirelerin informal bakım vermenin kapsamına ilişkin düşünceleri



Grafik 4.2.1’de hemşirelerin informal bakım vermenin kapsamına ilişkin düşünceleri gösterilmektedir.

Tablo 4.2.2. Hemşirelerin informal bakım verenlerin güçlük yaşama durumları ve güçlük yaşadığı konulara ilişkin düşünceleri

İnformel bakım verenler güçlük (n:469)	Sayı	Yüzde
Yaşarlar	445	94.9
Yaşamazlar	24	5.1
Toplam	469	100.0
İnformel bakım verenlerin yaşadığı güçlükler(*n:469)		
Kendinden daha çok hasta ile ilgilendiği için kendine zaman ayıramama	361	77.0
Fiziksel zorlanma	314	67.0
Duygusal desteğe ihtiyaç duyma	302	64.4
Psikolojik sorun yaşama	296	63.1
Tükenmişlik	290	61.8
Fiziksel sorunlar (hastalık gibi)	256	54.6
Sosyal izolasyon yaşama	220	46.9
Aile içi ilişkilerde bozulma	201	42.9
Sorumluluklarını yerine getirememe	187	39.9
Maddi güçlük yaşama	168	35.8
İş kaybı	157	33.5

***Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdelere n:469 üzerinden alınmıştır.**

Hemşirelere göre informal bakım verenlerin güçlük yaşama durumları ve güçlük yaşadığı konular Tablo 4.2.2’de incelenmektedir. Hemşirelerin %94.9’u informal bakım verenlerin güçlük yaşadığını düşünürken, %5.1’i ise informal bakım verenlerin güçlük yaşamadığını düşündükleri belirlenmiştir. informal bakım verenlerin güçlük yaşadığını belirten hemşireler çoğunlukla kişinin kendinden daha çok hasta ile ilgilendiği için kendine zaman ayıramama (%77.0), fiziksel zorlanma (%67.0), duygusal desteğe ihtiyaç duyma (%64.4), psikolojik sorun yaşama (%63.1), fiziksel sorunlar (hastalık gibi) yaşama (%54.6) konularında güçlük yaşadığını belirtmişlerdir. informal bakım verenlerin güçlük yaşadığını düşünen hemşireler informal bakım verenlerin ayrıca; sosyal izolasyon yaşamaları (%46.9), aile içi ilişkilerinde bozulma (%42.9), sorumluluklarını yerine getirememe (%39.9), maddi güçlük (%35.8), iş kaybı (%33.5) konularında da güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir.

4.3. Hemşirelerin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerine Dair Bulgular

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin bakım verme yükünü etkileyen faktörlere ilişkin düşünceleri

Bakım verme yükünü etkileyen faktörler (*n:469)	Sayı	Yüzde
Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı vb.)	342	73.0
Bakım verdiği bireyin bakımı dışında sorumluluklarının olması	338	72.1
Bakım verme süresi	336	71.6
Çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, vb.)	310	66.1
Bakım veren kişinin fikirlerinin alınmaması	169	36.0
Çevresindekilerin anlayışsız olmaları, beklentileri	2	0.4
Ülkemizde destek sistemlerinin yeterli hizmet verememesi	2	0.4
Maddi manevi kayıp yaşama, yardım alamama	1	0.2
Hastanın hastalık derecesi	1	0.2

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdelere n:469 üzerinden alınmıştır.

Hemşirelerin bakım verme yükünü etkileyen faktörlere ilişkin düşünceleri Tablo 4.3.1’de incelendiğinde; hemşirelerin bakım verme yükünü en çok bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı vb.) (%73.0), bakım verdiği bireyin bakımı dışında sorumluluklarının olması (%72.1), bakım verme süresi (%71.6) ve çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, vb.) (%66.1) faktörlerinin etkili olduğunu belirttikleri gözlenmektedir. Yine hemşireler bakım verme yükünü; bakım veren kişinin fikirlerinin alınmaması, çevresindekilerin anlayışsız olmaları, beklentileri, Ülkemizde destek sistemlerinin yeterli hizmet verememesi, Maddi manevi kayıp yaşama/yardım alamama, hastanın hastalık derecesi (sırası ile %36, %0.4, %0.4, %0.2, %0.2) gibi faktörlerin de etkilediğini belirtmişlerdir.

4.4. Hemşirelerin Bakım Vermenin İnfomal Bakım Verenlerin Fiziksel ve Psikolojik Sağlığına Yönelik Etkilerine İlişkin Görüşlerine Dair Bulgular

Tablo 4.4.1. Hemşirelerin informal bakım verenlerin fiziksel sorun yaşama durumları ve fiziksel düzeyde yaşadığı sorunlara ilişkin düşünceleri

İnfomal bakım verenler fiziksel sorun (n:469)	Sayı	Yüzde
Yaşarlar	459	97.9
Yaşamazlar	10	2.1
Toplam	469	100.0
Fiziksel düzeyde yaşadıkları sorunlar (*n:469)		
Yorgunluk	447	95.3
Uyku kalitesinde değişiklik	383	81.7
Kişisel bakımda değişiklik	313	66.7
İştahta değişiklik	168	35.8
Kas iskelet sistemi bozuklukları	10	2.1
Farklı alışkanlıklar kazanma ve yetersizlik, güvensizlik, Psikolojik sorunlar yaşama	4	0.9

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzde n:469 üzerinden alınmıştır.

Hemşirelerin informal bakım verenlerin fiziksel sorunlar yaşama durumları ve fiziksel düzeyde yaşadıklarını düşündükleri sorunlar Tablo 4.4.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu (%97.9) informal bakım verenlerin fiziksel sorunlar yaşadığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin çoğunluğu informal bakım verenlerin fiziksel düzeyde yaşadığı sorunların; yorgunluk (%95.3), uyku kalitesinde değişiklik (%81.7), kişisel bakımda değişiklik (%66.7) olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler informal bakım verenlerin yaşadığı diğer fiziksel sorunlar olarak; İştahta değişiklik (%35.8), kas iskelet sistemi bozuklukları (%2.1), farklı alışkanlıklar kazanma, yetersizlik, güvensizlik, psikolojik sorunlar (%0.9) gibi problemler de yaşayabileceklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.4.2. Hemşirelerin informal bakım verenlerin psikolojik sorun yaşama durumları ve psikolojik düzeyde yaşadıkları sorunlara ilişkin düşünceleri

İnformel bakım verenler psikolojik sorun (n:469)	Sayı	Yüzde
Yaşarlar	433	92.3
Yaşamazlar	36	7.7
Toplam	469	100.0
Psikolojik düzeyde yaşadıkları sorunlar (*n:469)		
Sıkıntı hissi	360	76.8
Ümitsizlik, Korku	296	63.1
Konuşmak istememe/Aşırı konuşmak isteme	211	45.0
Sık sık ağlama/Uygunsuz durumlarda gülme isteği	203	43.3
Problem çözmede güçlük	184	39.2
Benlik saygısında azalma	131	28.0
Sevdiği birisini kaybetme düşüncesi	1	0.2
Sürekli eve bağımlı kalma	1	0.2

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdelere n:469 üzerinden alınmıştır.

Hemşirelerin, informal bakım verenlerin psikolojik sorunlar yaşama durumları ve informal bakım verenlerin psikolojik düzeyde yaşadıkları sorunlara ilişkin düşünceleri Tablo 4.4.2’de verilmiştir. Hemşirelerden %92.3’ü informal bakım verenlerin psikolojik sorunlar yaşadıklarını düşünürken, %7.7’si informal bakım verenlerin psikolojik sorunlar yaşamadıklarını düşünmektedirler. İnformel bakım verenlerin psikolojik sorunlar yaşadıklarını düşünen hemşirelerin %76.8’i sıkıntı hissi, %63.1’i ümitsizlik-korku, %45.0’i konuşmak istememe/aşırı konuşmak isteme, %43.3’ü sık sık ağlama/uygunsuz durumlarda gülme isteği, %39.2’si problem çözmede güçlük yaşadıkları, %28.0’i ise benlik saygısında azalma gibi psikolojik sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. İnformel bakım verenlerin psikolojik sorunlar yaşadıklarını düşünen hemşireler informal bakım verenlerin ayrıca, sevdiği birisini kaybetme düşüncesi ile sürekli eve bağımlı kalma (%0.2, %0.2) konularında da psikolojik sorunlar yaşayabileceklerini belirtmişlerdir.

4.5. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerilerine İlişkin Düşüncelerine Dair Bulgular

Tablo 4.5.1. Hemşirelerin infomal bakım verenlerin sosyal yaşantılarında sorun yaşama durumları ve sosyal yaşantılarında yaşadıkları sorunlara ilişkin düşünceleri

İnfomal bakım verenler sosyal sorun (n:469)	Sayı	Yüzde
Yaşarlar	421	89.7
Yaşamazlar	48	10.2
Toplam	469	100.0
Sosyal yaşantılarında yaşadıkları sorunlar(*n:469)		
Çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde (iş arkadaşları, sosyal arkadaşlar...) azalma	354	75.5
Komşuluk ilişkilerinde (gün, gezme, çaylar) azalma	340	72.5
Güncel olayların takibinde azalma	291	62.0
Kültürel aktivitelere katılımında azalma	290	61.8
Aile bireylerine ilgi azalması	1	0.2

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzde n:469 üzerinden alınmıştır.

Hemşirelerin infomal bakım verenlerin sosyal yaşantılarında sorun yaşama durumları ve sosyal yaşantılarında yaşadıkları sorunlara ilişkin düşünceleri Tablo 4.5.1’de verilmiştir. Hemşirelerin %89.7’si infomal bakım verenlerin sosyal yaşantılarında sorunlar yaşadıklarını belirtirken, %10.2’si infomal bakım verenlerin sosyal yaşantılarında sorunlar yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin; %75.5’i infomal bakım verenlerin çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde (iş arkadaşları, sosyal arkadaşlar...) azalma, %72.5’i infomal bakım verenlerin komşuluk ilişkilerinde (gün, gezme, çaylar) azalma, %62.0’si infomal bakım verenlerin güncel olayların takibinde azalma, %61.8’i infomal bakım verenlerin kültürel aktivitelere katılımında azalma, %0.2’si infomal bakım verenlerin aile bireylerine ilgi azalması konularında sosyal yaşantılarında sorunlar yaşadıklarını belirttikleri gözlenmektedir.

Tablo 4.5.2. Hemşirelerin informal bakım verenler için sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi, fiziksel sağlıklarını korumada etkili olma durumu ve sosyal destek sistem önerileri

Sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi fiziksel sağlıklarını korumada	Sayı	Yüzde
Etkilidir	359	76.6
Etkili değildir	110	23.5
Toplam	469	100.0
Sosyal destek sistem önerileri (*n:469)		
İhtiyacı olduğunda bilgi sağlayabileceği sağlık çalışanları hakkında bilgilendirme	306	65.2
Hobiler önerilmesi, varsa hobilerine devam etmesi	276	58.9
Arkadaşları ile daha sık görüşmesinin önerilmesi	254	54.2
Bakım verenin destek gruplarına üye olmasının sağlanması	207	44.1
İnformal bakım verenleri dinlendirme	5	1.0
Evde sağlık hizmetlerinin aktif çalışması	4	0.9

***Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzde n:469 üzerinden alınmıştır.**

Hemşirelerin informal bakım verenler için sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi, fiziksel sağlıklarını korumada etkili olma durumu ve sosyal destek sistem önerileri Tablo 4.5.2’de verilmiştir. Hemşirelerin %76.6’sı informal bakım verenlerin sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesinin, fiziksel sağlıklarını korumada etkili olduğunu belirtirken, hemşirelerin %23.5’i ise informal bakım verenlerin sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesinin, fiziksel sağlıklarını korumada etkili olmayacağını belirtmişlerdir. Hemşirelerin informal bakım verenlerin sosyal destek sistem önerileri incelendiğinde; %65.2’si informal bakım verenlerin ihtiyacı olduğunda bilgi sağlayabileceği sağlık çalışanları hakkında bilgilendirme, %58.9’u hobiler önerilmesi, varsa hobilerine devam etmesi, %54.2’si arkadaşları ile daha sık görüşmesinin önerilmesi, %44.1’i bakım verenin destek gruplarına üye olmasının sağlanması, %1.0’i informal bakım verenlerin dinlendirilmesi, %0.9’u da evde sağlık hizmetlerinin aktif çalışması olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4.5.3. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre informal bakım verenlerin yaşadıkları bazı sorunlarla ilgili düşünceleri

Hemşirelerin informal bakım verenlerin yaşadıkları bazı sorunlarla ilgili düşünceleri	Hemşirelerin çalıştıkları kurum						χ^2 p df
		Üniversite hastanesi		Devlet hastanesi		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	
Bakım sırasında güçlük yaşama	Güçlük yaşarlar	175	39.3	270	60.7	445	$\chi^2=0.403$ p=0.669 df=1
	Güçlük yaşamazlar	11	45.8	13	54.2	24	
Alkol ve ilaç kullanımı	Artar	101	35.1	187	64.9	288	$\chi^2=6.568$ p=0.012 df=1
	Artmaz	85	47.0	96	53.0	181	
Fiziksel sorun yaşama*	Yaşarlar	185	40.3	274	59.7	459	$\chi^2=3.756$ p=0.097 df=1
	Yaşamazlar	1	10.0	9	90.0	10	
Psikolojik sorun yaşama	Yaşarlar	160	37.0	273	63.0	433	$\chi^2=17.278$ p=0.0001 df=1
	Yaşamazlar	26	72.2	10	27.8	36	
Sosyal sorun yaşama	Yaşarlar	169	40.1	252	59.9	421	$\chi^2=0.402$ p=0.539 df=1
	Yaşamazlar	17	35.4	31	64.6	48	

* Fisher Exact Test

Tablo 4.5.3’de hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre informal bakım verenlerin yaşadıkları bazı sorunlarla ilgili düşünceleri incelenmektedir. İnformal bakım verenlerin bakım sırasında güçlük yaşadıklarını düşünen hemşirelerin %39.3’ünün Üniversite hastanesinde çalışan, %60.7’sinin Devlet hastanesinde çalıştıkları belirlenmiştir. informal bakım verenlerin bakım verme sırasında alkol ve ilaç kullanımının artacağını düşünen hemşirelerin %35.1’inin Üniversite hastanesinde, %64.9’unun da Devlet hastanesinde çalıştıkları saptanmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.012). İnformal bakım verenlerin bakım sırasında fiziksel sorun yaşadıklarını belirten hemşirelerden %40.3’ünün Üniversite hastanesinde, %59.7’sinin Devlet hastanesinde çalıştıkları görülmektedir. İnformal bakım verenlerin bakım sırasında psikolojik sorun yaşadıklarını belirten hemşirelerin %37.0’sinin Üniversite hastanesinde, %63.0’ünün Devlet hastanesinde çalıştıkları belirlenmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.0001). İnformal bakım verenlerin bakım sırasında sosyal sorunlar yaşadıklarını belirten hemşirelerin

%40.1'inin Üniversite hastanesinde, %59.9'unun ise Devlet hastanesinde çalıştıkları görülmektedir.

Tablo 4.5.4. Hemşirelerin daha önce informal bakım verme durumuna göre informal bakım verenlerin yaşayabilecekleri bazı sorunlarla ilgili düşünceleri

Hemşirelerin informal bakım verenlerin yaşadıkları bazı sorunlarla ilgili düşünceleri	Hemşirelerin daha önce informal bakım verme durumu						χ^2 p df
		İnformal bakım vermiş		İnformal bakım vermemiş		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	
informal bakım verenlerin Bakım sırasında güçlük yaşama*	Güçlük yaşarlar	83	18.7	362	81.3	445	$\chi^2=3.250$ p=0.097 df=1
	Güçlük yaşamazlar	1	4.2	23	95.8	24	
informal bakım verenlerin Alkol ve ilaç kullanımı	Artar	66	22.9	222	77.1	288	$\chi^2=12.721$ p=0.001 df=1
	Artmaz	18	9.9	163	90.1	181	
informal bakım verenlerin Fiziksel sorun yaşama*	Yaşarlar	83	18.1	376	81.9	459	$\chi^2=0.435$ p=1.000 df=1
	Yaşamazlar	1	10.0	9	90.0	10	
informal bakım verenlerin Psikolojik sorun yaşama	Yaşarlar	82	18.9	351	81.1	433	$\chi^2=4.048$ p=0.044 df=1
	Yaşamazlar	2	5.6	34	94.4	36	
informal bakım verenlerin Sosyal sorun yaşama	Yaşarlar	82	19.5	339	80.5	421	$\chi^2=6.870$ p=0.009 df=1
	Yaşamazlar	2	4.2	46	95.8	48	

* Fisher Exact Test

Tablo 4.5.4'te hemşirelerin daha önce informal bakım verme durumuna göre informal bakım verenlerin yaşayabilecekleri bazı sorunlarla ilgili düşünceleri incelenmektedir. İnformal bakım verenlerin bakım sırasında güçlük yaşadıklarını ifade eden hemşirelerden %18.7'sinin daha önce bir yakınına informal bakım vermiş olan hemşireler, %81.3'ünün ise informal bakım vermemiş hemşireler olduğu görülmektedir. İnformal bakım verenlerin bakım verme sırasında alkol ve ilaç kullanımının artacağını belirten hemşirelerden %22.9'u daha önce bir yakınına informal bakım vermiş olan, %77.1'i ise daha önce bir yakınına informal bakım

vermemiş olan hemşirelerdir. İnfomal bakım verenlerin alkol ve ilaç kullanımının artmayacağını belirten hemşirelerden ise %9.9'unun daha önce bir yakınına infomal bakım veren hemşireler, % 90.1'inin daha önce bir yakınına infomal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmektedir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.001$). İnfomal bakım verenlerin bakım sırasında fiziksel sorun yaşadıklarını ifade eden hemşirelerden %18.1'i daha önce bir yakınına infomal bakım veren hemşireler, %81.9'unun ise infomal bakım vermeyen hemşireler olduğu belirlenmiştir. İnfomal bakım verenlerin bakım sırasında fiziksel sorun yaşamadıklarını ifade eden hemşirelerin ise; %10.0'u daha önce bir yakınına infomal bakım veren hemşireler, %90.0'ının da infomal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmektedir. İnfomal bakım verenlerin bakım sırasında psikolojik sorun yaşayacaklarını söyleyen hemşireler incelendiğinde; %18.9'unun daha önce bir yakınına infomal bakım veren hemşireler, %81.1'inin infomal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmektedir. İnfomal bakım verenlerin bakım sırasında psikolojik sorun yaşamayacaklarını söyleyen hemşirelerin de %5.6'sının daha önce bir yakınına infomal bakım veren hemşireler, %94.4'ünün infomal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmektedir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.044$). İnfomal bakım verenlerin bakım sırasında sosyal sorun yaşadıklarını belirten hemşirelerden %19.5'i daha önce bir yakınına infomal bakım veren hemşireler, %80.5'inin infomal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülürken; infomal bakım verenlerin bakım sırasında sosyal sorun yaşamadıklarını belirten hemşirelerden %4.2'sinin daha önce bir yakınına infomal bakım veren, %95.8'inin infomal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmektedir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.009$).

Tablo 4.5.5. Hemşirelerin daha önce bakım yükü konulu eğitime katılma durumlarına göre informal bakım verenlerin yaşayabilecekleri bazı sorunlarla ilgili düşünceleri

Hemşirelerin informal bakım verenlerin yaşadıkları bazı sorunlarla ilgili düşünceleri	Hemşirelerin daha önce bakım yükü konulu eğitime katılma durumu						χ^2 p df
		Eğitime katılmış		Eğitime katılmamış		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	
Bakım sırasında güçlük yaşama	Güçlük yaşarlar	191	42.9	254	57.1	445	$\chi^2=0.274$ p=0.601 df=1
	Güçlük yaşamazlar	9	37.5	15	62.5	24	
Alkol ve ilaç kullanımı	Artar	142	49.3	146	50.7	288	$\chi^2=13.540$ p=0.001 df=1
	Artmaz	58	32.0	123	68.0	181	
Fiziksel sorun yaşama*	Yaşarlar	195	42.5	264	57.5	459	$\chi^2=0.226$ p=0.634 df=1
	Yaşamazlar	5	50.0	5	50.0	10	
Psikolojik sorun yaşama	Yaşarlar	194	44.8	239	55.2	433	$\chi^2=10.758$ p=0.001 df=1
	Yaşamazlar	6	16.7	30	83.3	36	
Sosyal sorun yaşama	Yaşarlar	182	43.2	239	56.8	421	$\chi^2=0.578$ p=0.447 df=1
	Yaşamazlar	18	37.5	30	62.5	48	

* Fisher Exact Test

Tablo 4.5.5'te hemşirelerin daha önce bakım yükü konulu eğitime katılma durumlarına göre informal bakım verenlerin yaşayabilecekleri bazı sorunlarla ilgili düşünceleri incelenmektedir. İnformal bakım verenlerin bakım sırasında güçlük yaşadıklarını düşünen hemşirelerden %42.9'unun daha önce bakım yükü konulu bir eğitime katıldıkları, %57.1'inin ise bakım yükü konulu bir eğitime katılmadıkları belirlenmiştir. İnformal bakım verenlerin bakım verme sırasında alkol ve ilaç kullanımının artacağını düşünen hemşirelerin %49.3'ünün daha önce bakım yükü konulu bir eğitime katılan hemşireler, %50.7'sinin bakım yükü konulu bir eğitime katılmayan hemşireler olduğu görülmektedir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001). İnformal bakım verenlerin bakım sırasında fiziksel sorun yaşadıklarını belirten hemşirelerden %42.5'inin daha önce bakım yükü konulu bir eğitime katılan hemşireler, %57.5'inin de bakım yükü konulu bir eğitime katılmayan hemşireler

olduğu saptanmıştır. İnfomal bakım verenlerin bakım sırasında psikolojik sorun yaşadıklarını belirten hemşirelerin %44.8'inin daha önce bakım yükü konulu bir eğitime katılan hemşireler, %55.2'sinin ise bakım yükü konulu bir eğitime katılmayan hemşireler olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç istatiksel olarak anlamlıdır ($p=0.009$). İnfomal bakım verenlerin bakım sırasında sosyal sorunlar yaşadıklarını belirten hemşirelerin %43.2'sinin daha önce bakım yükü konulu bir eğitime katılan hemşireler, %56.8'inin ise bakım yükü konulu bir eğitime katılmayan hemşireler olduğu grlmektedir.

Tablo 4.5.6. Hemşirelerin daha önce informal bakım verme durumuna göre informal bakım verenlerin yaşayabilecekleri sorunlarla ilgili çözüm önerileri

Hemşirelerin informal bakım verenlerin yaşadıkları sorunlarla ilgili çözüm önerileri	Hemşirelerin daha önce informal bakım verme durumu						χ^2 p df
		İnformal bakım vermiş		İnformal bakım vermemiş		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	
Sosyal destek sistemleri geliştirilerek fiziksel sağlık	Korunabilir	68	19.0	290	81.0	358	$\chi^2=1.209$ p=0.272 df=1
	Korunamaz	16	14.4	95	91.1	111	
Hemşireler informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde	Rol almalıdır	73	19.2	307	80.8	380	$\chi^2=2.302$ p=0.129 df=1
	Rol almamalıdır	11	12.4	78	87.6	89	
informal bakım verenler bakım verdikleri bireylerin bakım gereksinimleriyle ilgili*	Bilgi sahibi olmalı	82	17.8	379	82.2	461	$\chi^2=0.278$ p=0.638 df=1
	Bilgi sahibi olmamalı	2	25.0	6	75.0	8	
informal bakım verenlerin eğitim ihtiyacının karşılanması	Bakım yükünü hafifletir	77	19.2	324	80.8	401	$\chi^2=3.138$ p=0.076 df=1
	Bakım yükünü hafifletmez	7	10.3	61	89.7	68	
informal bakım verenlerin eğitim ihtiyacının karşılanması hastaneye tekrar yatışları	Önler	70	17.6	327	82.4	397	$\chi^2=0.136$ p=0.712 df=1
	Önlemez	14	19.4	58	80.6	469	

* Fisher Exact Test

Tablo 4.5.6’da hemşirelerin daha önce informal bakım verme durumuna göre informal bakım verenlerin yaşayabilecekleri sorunlarla ilgili çözüm önerileri incelenmektedir. Buna göre; informal bakım verenlerin sosyal destek sistemleri geliştirilerek fiziksel sağlıkları korunabilir diyen hemşirelerin %19.0’u daha önce bir yakınına informal bakım veren hemşireler, %81.0’nin ise daha önce bir yakınına informal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmektedir. İnformal bakım verenlerin sosyal destek sistemleri geliştirilerek fiziksel sağlıkları korunamaz diyen hemşirelerin ise %14.4’ü daha önce bir yakınına informal bakım veren hemşireler, %91.1’nin ise daha önce bir yakınına informal bakım vermeyen hemşireler olduğu de

daha önce bir yakınına informal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmektedir. Informal bakım verenlerin eğitim ihtiyacının karşılanmasının bakım yükünü hafifletmeyeceğini ifade eden hemşireler de ise durum; %10.3'ünün daha önce bir yakınına informal bakım veren hemşireler, %89.7'sinin daha önce bir yakınına informal bakım vermeyen hemşireler olduğu saptanmıştır. Informal bakım verenlerin görülmektedir. Informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde rol almaları gerektiğini ifade eden hemşirelerden %19.2'sinin daha önce bir yakınına informal bakım veren hemşireler, %80.8'inin ise daha önce bir yakınına informal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmektedir. Informal bakım verenler bakım verdikleri bireylerin bakım gereksinimleriyle ilgilibilgi sahibi olmaları gerektiğini düşünen hemşirelerin %17.8'i daha önce bir yakınına informal bakım veren, %82.2'sinin de daha önce bir yakınına informal bakım vermeyen hemşireler olduğu belirlenmiştir. Informal bakım verenlerin eğitim ihtiyacının karşılanması bakım yükünü hafifleteceğini ifade eden hemşirelerin ise %19.2'si daha önce bir yakınına informal bakım veren, %80.8'sinin eğitim ihtiyacının karşılanması hastaneye tekrar yatışları önleyeceğini düşünen hemşirelerin de %17.6 daha önce bir yakınına informal bakım veren, %82.4'ünün de daha önce bir yakınına informal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmekte iken, informal bakım verenlerin eğitim ihtiyacının karşılanmasının hastaneye tekrar yatışları önleyemeyeceğini düşünen hemşirelerin %19.4'ünün daha önce bir yakınına informal bakım veren, %80.6'sının ise informal bakım vermeyen hemşireler olduğu görülmektedir.

4.6. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Hafifletilmesinde Rol Alma Durumları ve Rollerine İlişkin Düşüncelerine Dair Bulgular

Tablo 4.6.1. Hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde rol alma durumları ve hemşirelerin, bakım yükünün hafifletilmesine yönelik üstlenmeleri gereken rollere ilişkin düşünceleri

Hemşireler informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde rol (n:469)	Sayı	Yüzde
Almalıdır	381	81.2
Almamalıdır	88	18.8
Toplam	469	100.0
Hemşirelerin üstlenmesi gereken roller (*n:469)		
Taburculuk eğitimi, bakım verenin bilgilendirilmesi	355	75.7
Bilgi kaynaklarına yönlendirme	309	65.9
Destek sistemleri önermek, devlet kaynaklarından yararlanma konusunda bilgilendirmek	292	63.0
Destek gruplarına üye olmasını önermek	175	37.3
Evde bakım hizmetleri informal bakım verenlere destek olmak için aktif çalışmalı	5	1.1
Evde bakım hizmetleri multidisipliner bir hizmet olmalı	4	0.9

***Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdelere n:469 üzerinden alınmıştır.**

Tablo 4.6.1’de hemşirelerin, informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde hemşirelerin rol alma durumları ve informal bakım verenlerin, bakım yükünün hafifletilmesine yönelik üstlenmesi gereken rollere ilişkin düşünceleri incelenmektedir. Hemşirelerin; %81.2’si informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde hemşirelerin rol alması gerektiğini belirtirken, %18.8’i informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde hemşirelerin rol alması gerekmediğini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşireler informal bakım verenlerin, bakım yükünün hafifletilmesine yönelik hemşirelerin üstlenmesi gereken roller konusunda; %75.7’si taburculuk eğitimi/bakım verenin bilgilendirilmesi, %65.9’u bilgi kaynaklarına yönlendirme, %63.0’ü destek sistemleri önermek/devlet kaynaklarından yararlanma konusunda bilgilendirmek, %37.3’ü destek gruplarına üye olmasını önermek, %1.1’i evde bakım hizmetleri informal bakım verenlere destek olmak için aktif çalışmalı,

%0.9'u ise evde bakım hizmetleri multidisipliner bir hizmet olması olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4.6.2. Hemşirelerin informal bakım verenlere yönelik hemşirelik aktiviteleriyle ilgili görüşleri

Hemşirelik aktiviteleriyle ilgili görüşler (*n:469)	Sayı	Yüzde
Bilgi eksikliği değerlendirilmeli	420	90.0
Fiziksel yönden ele alınmalı	300	64.0
Sosyal ve psikolojik yönden ele alınmalı	295	63.0
Duygusal yönden ele alınmalı	272	58.0
Ekonomik yönden ele alınmalı	118	25.2
Evde sağlık hizmetlerinin etkin çalışması, informal bakım verenlerin dinlendirilebilmesi	4	0.9
Hasta bakımına ilişkin informal bakım vericinin eğitim ihtiyacının karşılanması	1	0.2

***Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzde n:469 üzerinden alınmıştır.**

Hemşirelerin informal bakım verenlere yönelik hemşirelik aktiviteleriyle ilgili görüşleri Tablo 4.6.2’de incelenmektedir. Hemşireler informal bakım verenlerin en çok bilgi eksikliği yönünden değerlendirilmesi (%90.0) gerektiğini belirtmişlerdir. Daha sonra ise sırası ile fiziksel yönden ele alınması (%64.0), sosyal ve psikolojik yönden ele alınması (%63.0), duygusal yönden ele alınması (%58.0), ekonomik yönden ele alınması (%25.2), evde sağlık hizmetlerinin etkin çalışması, informal bakım verenlerin dinlendirilebilmesi (%0.9) ve son olarak hasta bakımına ilişkin informal bakım vericinin eğitim ihtiyacının karşılanması yönünden ele alınması gerektiğini belirtmişlerdir.

4.7. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Eğitim İhtiyaçlarının Karşılanmasının Bakım Yükünün Hafiflemesi ve Hastaneye Tekrar Yatışlara Etkileri Hakkındaki Düşüncelerine Dair Bulgular

Tablo 4.7.1. Hemşirelerin infomal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının bakım yükünü hafifletmedeki ve hastaneye tekrar yatışlar konusunda etkisi ve infomal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarına ilişkin düşünceleri

İnfomal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanması bakım yükünü (n:469)	Sayı	Yüzde
Hafifletir	401	85.5
Hafifletmez	68	14.5
Toplam	469	100.0
İnfomal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanması hastaneye tekrar yatışları (n:469)		
Azaltır	397	84.6
Azaltmaz	72	15.4
Toplam	469	100.0
İnfomal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçları (*n:469)		
Bakım verdiği bireyin kullandığı ilaç ve tedavisi hakkında bilgi	387	82.5
Aktif – pasif hareket egzersizleri (Range Of Motion: ROM)	352	75.1
Öz bakım eğitimi	351	74.8
Özel beslenme eğitimi	337	71.9
Yara bakımı, basınç ülserlerini önleme, katater bakımı	336	71.6
Düşmeler ve güvenlik	280	59.7
Uykunun önemi ve uyku sorunlarına ilişkin eğitim	275	58.6
Kabızlık ve diyare konusunda eğitim	268	57.1
İnfomal bakım verenin ruhsal, fiziksel, psikolojik sağlığını korumaya yönelik eğitim	5	1.1
Evde sağlık hizmetlerinden ve acil hizmetlerinden nasıl faydalanacağına ilişkin eğitimler	1	0.2

***Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzde n:469 üzerinden alınmıştır.**

Hemşirelerin infomal bakım verenlerin, eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının bakım yükünü hafifletmede ve hastaneye tekrar yatışlar konusunda etkili olabilme durumu ve infomal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarına ilişkin düşünceleri Tablo 4.7.1’de incelenmektedir. Hemşirelerin %85.5’i infomal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının bakım yükünü hafifletmede etkili olacağını belirtirken, %14.5’i ise infomal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının bakım yükünü hafifletmede etkili olmayacağını belirtmektedirler. Ayrıca çalışmamıza

katılan hemşirelerin %84.6'sı informal bakım verenlerin, eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının hastaneye tekrar yatışların azalmasında etkili olacağını ifade ederken, %15.4'ü ise etkili olmayacağını ifade etmiştir.

İnformal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının bakım yükünü hafifletmede etkili olduğunu düşünen hemşireler informal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarını; Bakım verdiği bireyin kullandığı ilaç ve tedavisi hakkında bilgi (%82.5), Aktif – pasif hareket egzersizleri (Range Of Motion: ROM) (%75.1), Öz bakım eğitimi (%74.8), Özel beslenme eğitimi (%71.9), Yara bakımı, basınç ülserlerini önleme/katater bakımı (%71.6), Düşmeler ve güvenlik (%59.7), Uykunun önemi ve uyku sorunlarına ilişkin eğitim (%58.6), Kabızlık ve diyare konusunda eğitim (%57.1), informal bakım verenin ruhsal, fiziksel, psikolojik sağlığını korumaya yönelik eğitim (%1.1), Evde sağlık hizmetlerinden ve acil hizmetlerinden nasıl faydalanacağına ilişkin eğitimler (%0.2) olarak belirtmişlerdir.

4.8. Hemşirelerin İnformal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Bilgi Kaynaklarına Dair Bulgular

Tablo 4.8.1. Hemşirelerin bakım yüküne ilişkin bilgi kaynakları

Bakım yüküne ilişkin bilgi kaynakları (*n:469)	Sayı	Yüzde
Seminerler, bilgilendirici toplantılar, Kongreler	413	88.0
Hizmet içi eğitimler	412	87.8
Bilimsel yayınlar	252	53.7
Gözlem, deneyim, kendi tecrübeleri	8	1.7
Kendisi informal bakım verici olan hemşirelerin deneyimlerini diğer hemşireler ile paylaşımı	4	0.9

***Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdelere n:469 üzerinden alınmıştır.**

Hemşirelerin “bakım yükü” hakkında bilgi kaynakları Tablo 4.8.1’de verilmiştir. Hemşireler informal bakım verenlerin “bakım yükü” hakkında bilgi kaynaklarının; %88.0’i Seminerler/bilgilendirici toplantılar/Kongreler, %87.8’i Hizmet içi eğitimler, %53.7’si Bilimsel yayınlar, %1.7’si Gözlem/deneyim/kendi tecrübeleri, %0.9’u ise Kendisi informal bakım verici olan hemşirelerin deneyimlerini diğer hemşireler ile paylaşımı olduğunu belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Düzce ilinde bulunan TKHK Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversite Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin görüşleri ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Tartışma araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım verme yükü ve bakım yükü kapsamına dair görüşleri,
- Bakım yükünü etkileyen faktörler ve hemşirelerin görüşleri,
- Bakım vermenin informal bakım verenlerin psikolojik fiziksel sağlığına yönelik etkileri ve hemşirelerin görüşleri,
- Bakım yükünün hafifletilmesine dair hemşirelerin görüşleri,
- Hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yüküne dair bilgi edinme kaynaklarına yönelik düşünceleri başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Bakım Yükü Kapsamına Dair Görüşleri

İnfomal bakım verenin bakım yükü fiziksel, duygusal, sosyal ve çevresel sonuçları olan çok boyutlu bir olgudur ve yapılan çalışmalarda informal bakım verenin bakım yükü önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (96). Hemşirelere informal bakım verenlerin bakım verme sırasında güçlük yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda hemşirelerin %94.9'u informal bakım verenlerin güçlük yaşadığını düşünürken, %5.1'i ise informal bakım verenlerin güçlük yaşamadığını düşündükleri belirlenmiştir. Hemşireler informal bakım verenlerin çoğunlukla kişinin kendinden daha çok hasta ile ilgilendiği için kendine zaman ayıramama, fiziksel zorlanma duygusal desteğe ihtiyaç duyma, psikolojik sorun yaşama, fiziksel sorunlar yaşama, aile içi ilişkilerinde bozulma, maddi güçlük, iş kaybı konularında güçlük yaşadıklarını belirttikleri saptanmıştır (Tablo 4.2.2). İnfomal bakım verenler bakım sorumluluğunu alırken kendi yaşamlarına ilişkin pek çok konuda güçlük yaşamaktadırlar. Bu güçlükler arasında en başta fiziksel ve duygusal sağlıkla ilgili yaşanan sorunlar göze çarpmaktadır (13, 96-103). Ayrıca uzun süreli bakım

verenlerde aile ilişkilerinde bozulma yaşandığı görülmektedir (104). Evde bakım hizmetleri olmayan ya da yeterince gelişmemiş sağlık sistemlerinde yaşlı veya kronik hastanın bakım verme sorumluluğunu aile bireyleri üstlenmekte ve bununla bağlantılı olarak bakım vericilerin bakım verme yükleri artmaktadır (39, 105). Türkiye aile yapısı gereği de aile büyükleri veya aileden birinin hasta olması durumunda bakım görevi aile içinde üstlenilmekte, eşler ve çocuklar öncelikle bakım verici konumuna gelmektedir (34, 39, 97, 101, 105, 106). Araştırmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun informal bakım verenlerin bakım verme sırasında güçlük yaşadığını düşünmelerinin bu nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hemşireler informal bakım verenlerin bakım verme sırasında yaşadıkları güçlükleri fark edebilecek, bu güçlüklerin aşılmasında rehberlik edebilecek bir meslek grubu olmakla birlikte informal bakım verenlere yönelik yapacakları hemşirelik uygulamalarıyla (bakım verme konusunda bilgilendirme, ihtiyaçlarına yönelik eğitim, informal bakım verenlerin haklarını savunuculuk, psiko-sosyal destek, bilgi kaynaklarına yönlendirme vb.) informal bakım verenlerin yaşamlarında olumlu değişimler oluşturabilirler. Özkan ve Özdemir (2014) çalışmalarında, ev ziyaretleri yaparak hizmet sundukları ailelerde sağlığı sürdürmede etkisizlik (%6,2), bilgi eksikliği (%4,3), sağlığı geliştirme davranışı (%3,6), eğlence aktivitesinde yetersizlik (%2,7), enfeksiyon riski (%2,7), deri bütünlüğünde bozulma riski (%1,9), aile içi süreçlerde bozulma (%1,5) ve bakım verici rolünde zorlanma (%1,5) gibi sorunlar saptamışlar ve hemşirelerin yaptıkları planlı ev ziyaretleri ve eğitimler sonrasında ailelerin, bakım verenlerin, özellikle kadınların sağlığında önemli, olumlu sağlık kazanımlarının elde edilmesini sağladıklarını belirtmişlerdir (107).

Hemşireler hem sağlıklı hem hasta bireye yaşamın tüm dönemlerinde profesyonel bakım veren sağlık çalışanlarıdır. Bakım verme, hemşirelerin bağımsız olarak uyguladığı, geleneksel ve en eski rollerinden olup çağdaş mesleki rolleri içinde de ağırlığını korumaktadır (9, 80). Hemşirenin evde bakım veren bireyin yaşadığı güçlüğü bilincinde olması, bakım verme güçlüğü tanımlaması, değişen duruma uyum sağlama becerilerini belirlemesi ve geliştirilmesi yönünde destek olmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Fowler ve ark. (2014) çalışmasında eve bağlı demanslı hastaların informal bakım verenleri için eğitim, destek, sağlık bakım danışmanlığı sağlamak amacıyla oluşturulan sanal sağlık bakım kurumunda destek

konusunda hemşirelerin başı çektiğini ve bu ev tabanlı teknoloji ile informal bakım verenlerin sisteme bağlanarak aldıkları destekle bakım verme yükü ve stresini azalttığı, karar verici özelliğini arttırdığını ortaya çıkarmıştır (108).

İnformal bakım verenler bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda bilinmezlikten kaynaklanan korku ve endişe içerisinde olabilirler; gereksinim duyulan ve daha önce karşılaşmadıkları bakımı verme, yardım alabileceği kaynaklara nasıl ulaşacağı ve kullanacaklarını bilmemekten dolayı belirsizlik yaşayabilirler (99). Hemşire, informal bakım verenin kendi sağlığını tehlikeye atmaması, ihtiyaç duyulan bakımı sağlaması, bakım yükü yaşamaması için, aile üyelerini, bakım yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik eğitim, danışmanlık, rollerini üstlenmesi gerekmektedir (9, 21). Türkiye’de sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada katılımcılar, hemşirenin eğitimci rolünün, hasta ve yakınlarının eğitiminde önemli olduğunu ifade etmişlerdir (81). Literatür ile uyumlu olarak çalışmamıza katılan hemşirelerin %81.2’si informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde hemşirelerin rol alması gerektiğini belirtmişler ve bu rolleri şu şekilde sıralamışlardır; taburculuk eğitimi/bakım vereni bilgilendirilme, doğru bilgi kaynaklarına yönlendirme, destek sistemleri önerme/devlet kaynaklarından yararlanma konusunda bilgilendirme, destek gruplarına üye olmasını önerme (Tablo 4.6.1). Yine kendileri informal bakım vermiş olan hemşirelerin çoğunluğunun informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde rol almaları gerektiğini belirttikleri saptanmıştır (Tablo 4.5.6). Bu durum hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yüküne dair sorumluluklarının farkında olduğunu göstermektedir.

Bakım verme, tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi, sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb) ulaşım, alış-veriş, küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı kapsamaktadır (13, 15, 96, 99, 105). İnformal bakım verme oldukça geniş bir kavramdır, bakım vericinin bakım alan kişi için fizyolojik gereksinimlerinden başlayarak, güvenliğ, sevgi ve ait olma, saygı ve kendini gerçekleştirme ihtiyaçlarına kadar giden süreçteki eksiklikleri tamamlamak için çabalaması gerekmektedir. İnformal bakım vericiye düşen bu kapsamlı sorumluluk bakım vericinin bir takım güçlüklerle karşılaşmasına da yol

açabilmektedir. Bu araştırmada hemşirelerin çoğu informal bakım vermenin kapsamını; bireyin kişisel bakımına (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb) destek verme, küçük ev işlerini yapma, fiziksel ve emosyonel destek verme, ulaşım ihtiyaçlarını karşılama ve para yönetimi gibi konular olarak belirtmektedirler (Tablo 4.2.1). Literatür de bu sonucu destekler niteliktedir. Bu araştırmada hemşireler informal bakım vericilerin bakım yükünü mesleki farkındalıklarının yanında, bire bir informal bakım vermelerinin (%17.9) ve informal bakım verme konusunda eğitime katılmalarının da (%42.6) etkisi olabileceği düşünülmektedir (Tablo 4.1.1).

5.2. Hemşirelerin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri

Yapılan çalışmalarda informal bakım verenlerin yaşları, bakım verme süresi ve bakım verdikleri bireylerin hastalık derecesi arttıkça bakım verme yükünün arttığı tespit edilmiştir (76, 98-101,109-116). Örneğin, demans hastalarının bakım verenlerinde bakım üzerinde harcanan saat ile bakıcı yükü arasında pozitif bir ilişkili bulunmuştur (96). Türkiye’de yapılan bir çalışmada bakım verenin gün içinde yaşlı bakımı için ayırdığı sürenin fazla olmasının bakım yükünün arttırdığı, iyilik hali düzeyini ise düşürdüğü belirtilmektedir (113). Spinal kord yaralanmalı bireylere bakım verenlerin bakım verme yükünü, stresle baş etme durumlarını ve algıladıkları sosyal desteği belirlemek amacıyla yapılan bir diğer çalışmada, günde 8 saatin üzerinde bakım verenlerin, hastanın bağımlılık derecesi, yaralanma derecesi yüksek olanların daha çok sağlık sorunları yaşadıkları ve algılanan bakım yükünün yüksek olduğu belirlenmiştir (117). Uğur ve Fadıloğlu (2012)’nin çalışmasında ise bakım verenin stres düzeyi ile sosyo demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, hasta ile olan yakınlık derecesi, eğitim durumu, medeni durum, mesleki durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir düzeyi, bağlı olduğu güvenlik kurumu, bakmakla yükümlü olduğu kişilerin varlığı, hastasına bakım verdiği süre, bakım konusunda yardım alınan kişilerin varlığı) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (26). Araştırmamızda hemşirelere göre bakım verme yükünü etkileyen faktörler incelendiğinde; hemşirelerin bakım verme yükünü en çok bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı vb.), bakım verdiği bireyin bakımı dışında sorumluluklarının olması, bakım verme süresi ve çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik,

duygusal, vb.), hastanın hastalık derecesi gibi faktörlerin etkili olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.3.1). Bu sonuç ışığında literatürle uyumlu olarak hemşirelerin bakım yükünü etkileyen faktörlerin bilincinde oldukları görülmektedir. Hemşirelerin bu farkındalıkları hastalarına bakım verme sırasında, informal bakım verenleri de bakım planlarına dahil etmelerine, informal bakım verenlerin tanılamış oldukları sorunlarına yönelik çözüm üretebilmelerini sağlayacağı düşünülmektedir.

5.3. Bakım Vermenin İnfomal Bakım Verenlerin Fiziksel Ve Psikolojik Sağlığına Yönelik Etkilerine İlişkin hemşirelerin Görüşleri

5.3.1. Fiziksel sağlık etkileri

Literatürde informal bakım verenlerin çoğunun bakım verme sırasında gerginlik ve bakım yüküne maruz kalmalarından dolayı, uyku bozukluğu yaşayabilecekleri (11, 101, 104, 110, 118) belirtilmiştir. Literatür ile uyumlu olarak bu çalışmada da hemşireler informal bakım verenlerin iştahta değişiklik, kas iskelet sistemi bozuklukları, yorgunluk, uyku kalitesinde değişiklik gibi fiziksel sorunlar yaşadığını belirttikleri saptanmıştır (Tablo 4.4.1). Durmaz ve Okanlı (2014)'nın belirttiğine göre Stommel (1994), informal bakım verenlerde fiziksel ve duygusal yüklerin (iştahta değişiklik, uyku kalitesinde değişiklik, bel ağrısı, kas ağrısı, yorgunluk vb.) artması bakıcıların, anksiyete ve depresyon yaşamalarına, fiziksel sağlıklarının bozulmasına, doktor ziyaretlerinin ve psikotrop ilaç kullanımlarının artmasına yol açacağını belirtmiştir (119). Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu informal bakım verenlerin bakım verme sırasında alkol ve ilaç kullanımının artacağını belirtmekle birlikte, bu durumu ifade edenlerin ise %22.9'un daha önce bir yakınına informal bakım vermiş olan, %77.1'i ise daha önce bir yakınına informal bakım vermemiş olan hemşireler olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.4). Hemşirelerin bir yakınına informal bakım vermesi, informal bakım verme sırasında ne gibi sıkıntılar yaşanabileceği konusunda tecrübe ederek öğrenmelerini sağladığı böylece de informal bakım verenlere daha bilinçli yaklaşımlarına sebep olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin daha önce bakım yükü konulu eğitime katılma durumlarına göre informal bakım verenlerin yaşadıkları bazı sorunlarla ilgili düşünceleri incelendiğinde ise daha önce bakım yükü konulu eğitime katılma durumuna göre eğitime katılmış olanların büyük çoğunluğunun informal bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, sosyal sorun, alkol ve ilaç kullanımında artış yaşadıklarını belirttikleri görülmektedir (Tablo 4.5.5). Kronik hastalığı olan ya da yaşlı, bakıma itiyacı olan bağımlılık düzeyi yüksek bireylere bakım verme zor ve zahmetli bir süreçtir (105). Sürecin her aşamasında karşılaşılabilecekleri bir meslek grubu olarak hemşirelerin, risk altındaki informal bakım verenlerin bakım verme sırasında yaşayabilecekleri sorunların bilincinde oldukları görülmektedir. Hemşirelerin informal bakım verenlerin ihtiyaçlarının (fiziksel sağlığını korumaya yönelik gereksinimlerinin) farkında olmaları ve bu ihtiyaçlara yönelik bakım planı geliştirmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Fiziksel sağlık sorunları, informal bakım verenlerin bakım yükünü daha yoğun yaşamasına neden olabilir, bu nedenle bakım vericilerin sağlık sorunlarının azaltılması ve giderilmesine yönelik hemşireler tarafından etkili danışmanlık hizmeti verilmesi hem bakım verici hem de bakım verilen hasta için önem taşıdığı düşünülmektedir. Konu ile ilgili olarak çalışmamıza katılan hemşireler informal bakım verenlerin bakım yükünü hafifletmeye yönelik fiziksel yönden ele alınmaları (%64.0) (Tablo 4.6.2) ve ruhsal, fiziksel, psikolojik sağlığını korumaya yönelik eğitim ve danışmanlık (%1.1) (Tablo 4.7.1) yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Loi ve ark. (2014) çalışmalarında fiziksel aktivitenin informal bakım verenlerde stres, depresyon ve bakım yükünü azaltmaya etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada fiziksel aktivite yürüyüş, tai chi, yoga vb. aktiviteler kullanılmış, fiziksel aktivitelerden özellikle yürüyüşün bakım verenlerin bakım yükü, depresyon ve stres seviyelerini azalttığı yönde etkisi olduğu saptanmıştır (120). Hemşirelerin informal bakım verenleri fiziksel aktivitelerle (özellikle yürüyüş gibi) yönlendirmeleri, onların ev ortamından ve bakım verme görevinden kısa süreli de olsa uzaklaşmalarını sağlamış olacaktır. Bu türlü faaliyetlerin, informal bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını koruma yönünde yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ne yazık ki Türkiye’de informal bakım verenlerin bakıma ara vermesini sağlayacak yaşlı ve kronik hastalar için gündüz bakım evleri (day canter) henüz kurulmamıştır. İnfomal

bakım verenler ancak bir yakınından, akrabası ya da komşusundan yardım isteyerek mümkün olduğu ölçüde bu ihtiyacını karşılayabilmesi ya da ev ortamında yapılabilecek aktiviteler ve egzersizler önerilmesi ile bu konuda hemşireler tarafından destek olunabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre informal bakım verenlerin yaşadıkları bazı sorunlarla ilgili düşünceleri incelendiğinde ise informal bakım verenlerin bakım sırasında günlük yaşadıklarını düşünen hemşirelerin %39.3'ünün Üniversite Hastanesi'nde, %60.7'sinin Devlet Hastanesi'nde çalıştıkları belirlenmiş olup, informal bakım verenlerin bakım verme sırasında alkol ve ilaç kullanımının artacağını, fiziksel-sosyal-psikolojik sorun yaşadıklarını belirten hemşirelerin çoğunluğunun Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşireler olduğu görülmektedir (Tablo 4.5.3). Bu sonuçtan yola çıkarak Üniversite ve Devlet hastanelerine başvuran kişilerin (hasta gruplarının) farklı özellikleri olduğu, Devlet hastanesi'ne hizmet almaya gelen kişilerin daha fazla bakım ihtiyacı olan bireyler olup, dolayısıyla burada çalışan hemşirelerin informal bakım verenler ile daha fazla karşılaştıkları düşünülmektedir. Bir diğer öngörü ise Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yüküne dair daha fazla duyarlı olduklarıdır. Bu duyarlılığın sebeplerinden birisi olarak servislerde hasta başına düşen hemşire sayısı ilgili olduğu düşünülmektedir (Bkz. 3.2). Yapılan çalışmalarda da Türkiye'de ki sağlık bakım kuruluşlarında kliniklerde tam olarak hemşirelik işlevlerinin yerine getirilmesini sağlayacak düzeyde hemşire sayısına ulaşılmadığı belirtilmektedir (121, 122, 123). Bunun nedeni olarak ise hemşire insan gücü planlaması için hasta sayısı ile orantılı hemşire sayısı yönteminin kullanılması olarak ifade edilmektedir. Ancak verilen hasta/hemşire oranları minimum düzeyde bakım için yeterli hemşire sayısı olarak tanımlansa da, minimum düzeyde bakımın nelerden oluştuğu açıklanmamıştır. Yatak/hemşire oranı yöntemi hemşirelik girişimlerinin miktarının ve hastaların bağımlılık düzeyleri göz ardı ettiğinden birimin iş yükünü belirlemede yanıltıcı olabilmektedir (121).

5.3.2. Psikolojik sağlık etkileri

Yapılan çalışmalarda informal bakım veren tarafından sağlanan bakımın, sağlık ve sosyal politikalar için açık ve önemli etkileri olduğu; resmi kaynakların

kullanımını azalttığı ve sonuçta kamu harcamalarında da azalma olduğu saptanmıştır (115, 121, 124). Ancak, bağımlı kişinin bakımını sağlayan informal bakım verenler bakım verdikleri süre zarfında duygusal durumu ile ilgili bazı olumsuz sonuçlar (depresyon, gerginlik, stres vb. psikolojik sorunlar) yarattığı da belirtilmektedir (5, 98, 101, 102, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 118, 119, 124).

Çalışmamızda, literatür ile uyumlu olarak hemşireler informal bakım verenlerin; sıkıntı hissi, ümitsizlik-korku, konuşmak istememe/aşırı konuşmak isteme, sık sık ağlama/uygunsuz durumlarda gülme isteği, problem çözmede güçlük, benlik saygısında azalma gibi psikolojik sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4.2). Hemşirelerin daha önce bakım yükü konulu eğitime katılma durumlarına göre bakıldığında da daha önce bakım yükü konulu eğitime katılma durumuna göre eğitime katılmış olanların büyük çoğunluğunun informal bakım verenlerin psikolojik sorunlar yaşayabileceğini ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 4.5.5). Bu sonuçlara göre hemşirelerin informal bakım verenlerin yaşayabileceği psikolojik sorunların farkında oldukları düşünülmektedir. Bu farkındalık hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yükü ve buna bağlı gelişebilecek sorunlar ile baş etme mekanizmalarını (sosyal destek, aile desteği alma, resmi yardım kaynakları hakkında bilgilenme, fiziksel aktiviteler, farklı iş-uğraş edinme vb.) kaynaklarını tanımaları ve kullanmaları konusunda **yol gösterici** ve danışmanlık yapabilmelerini sağlayacaktır. Hemşirenin “Danışmanlık Rolü” mesleki önemli rollerinden biri olmakla birlikte doğası gereği, **iletişimci** ve eğitimci rolleriyle yakın ilişki ve bütünleşme halinde ortaya çıkmaktadır (80).

5.4. Hemşirelerin Bakım Yükünün Hafifletilmesine Dair Görüşleri

5.4.1. Eğitim/bilgi ihtiyaçlarının karşılanması ve hemşirelerin üstlenmesi gereken roller

Yapılan çalışmalarda informal bakım veren yönelik uygulanan planlı eğitimin sağlık ve bakım danışmanlığının bakım verenlerin anksiyetesinin düşmesine, karar verici özelliğinin artmasına ve algıladıkları bakım yükünün azalmasına neden olduğu bulunmuştur (26, 106, 108, 125, 126). Bu sonuçla uyumlu olarak çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun informal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının

karşılanmasının bakım yükünü hafifletmede etkili olacağını belirttikleri saptanmıştır (Tablo 4.7.1).

Bakım vericilerin çoğu uzun dönem bakımı sağlamak için gerekli bilgi ve yeterliliğe sahip değildir; kendini yeni duruma karşı güvensiz ve hazırlıksız hissedebilirler (26, 99). Hemşirelere göre informal bakım verenleri, hangi yönlerden ele alınması gerektiği sorulduğunda; hemşireler informal bakım verenlerin en çok bilgi eksikliği yönünden değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Daha sonra ise sırası ile fiziksel, sosyal ve psikolojik, duygusal ve hasta bakımına ilişkin informal bakım vericinin eğitim ihtiyacının karşılanması yönünden ele alınması gerekliliğini ifade ederek evde sağlık hizmetlerinin etkin çalışmasını önerdikleri saptanmıştır (Tablo 4.6.2). Evde bakım hizmetlerinden beklentilerin belirlendiği bir çalışmada informal bakım verenlerin; kullanılan ilaçların reçete edilmesi ve ilaçlara ait raporların düzenlenmesi, hastanın ihtiyacı olan tıbbi cihazların temini, hastanın sağlık bakımının yapılması, yeni gelişen sağlık sorunlarının çözülmesi, sosyal ve psikolojik destek sağlanması gibi beklentiler içerisinde oldukları saptanmıştır (127).

Literatürde bakım vericilerin sağlık problemleri ve bakım sırasında yaşadığı güçlüklerin, hastaya verilen bakımın kalitesini etkileyeceği ve informal bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla yaşanmasına yol açabileceği belirtilmektedir (76, 99, 110). Hemşire, informal bakım verenin kendi sağlığını tehlikeye atmaması, ihtiyaç duyulan bakımı sağlaması, bakım yükü yaşamaması için, aile üyelerini, bakım yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik vaka yöneticiliği, hasta savunuculuğu vb. rollerini üstlenmesi gerekmektedir (9, 21). Sağlık ekibi içinde hemşirelerin bakım verici, hasta ve ailesinin eğitimi (121), **karar verici**, **rehabilite edici** (128, 129), **rahatlatıcı** (129), danışmanlık gibi pek çok rol ve işlevleri vardır (21, 80, 81, 82, 130, 131, 132, 133). Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumaya-geliştirmeye, hastalık halinde iyileştirmeye ve doğru sağlık davranışlarını kazandırmaya yönelik olarak planlı biçimde eğitim vermek, hemşireliğin temel rollerinden biridir (80, 121, 122, 133). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) de vurguladığı gibi hemşireler etkin birer sağlık eğitimcisidirler (81, 121).

Literatürde evde bakımın gerektiği gibi verildiği durumlarda bakım ihtiyacı olan kişilerin hastaneye yatarak tedavi edilme sıklıklarının azaldığı ifade edilmektedir (32, 106, 134). Bu sonuçlarla uyumlu olarak çalışmamıza katılan

hemşirelerin büyük çoğunluğunun informal bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının hastaneye tekrar yatışları da azaltılmasında etkili olacağını belirttikleri saptanmıştır (Tablo 4.7.1). İnformal bakım verenlere verilen ihtiyaçlarına yönelik bilgi (hasta, yaşlı bakımı, kullanılan ilaçlar, yara bakımı, egzersizler, hastalık/yaşlılık süreci ile ilgili bilgi, kendi sağlığını koruma vb.) kendilerini daha iyi hissetmelerine, bakım sırasında yaşamış oldukları yükün hafiflemesine böylece bakımın kalitesinin artırılıp hastaneye tekrar yatışların azaltılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, demanslı yaşlıya informal bakım verenlere verilen planlı eğitim bireylerdeki fiziksel ve sosyal yükün eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır (126).

Temizer’in 2009 yılında yaptığı, inmeli hastalara evde bakan aile üyelerine uygulanan hemşirelik girişimlerinin bilgi düzeylerine ve bakım yükünü algılamalarına etkisi adlı çalışmada; inmeli hastalara evde bakım veren kişilere eğitim, ev ziyareti ve üç ay boyunca telefonla danışmanlık hizmetini içeren toplam 12 görüşme yapılmıştır. Sonuçta inmeli hastaların bakım verenlerine yönelik eğitim, telefonla danışmanlık ve ev ziyaretinin kişilerin bakım yüklerini azaltmada önemli derecede etkili olduğu bulunmuştur (9).

Aygül ve Ulupınar (2012) çalışmalarında hastaların, hemşirelerin verdiği bilgileri yeterli bulduklarını ve hemşirelerin ilgisinden memnun kaldıklarını, hemşirelere rahatça soru sorabildiklerini ve aldıkları cevapların yeterli olduğunu, hastaların tamamına yakını, hastanede özel bir eğitim hemşiresinin olmasını gerekli gördüğünü ifade ettikleri belirlemişlerdir (123).

5.4.2. Sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi

Yapılan çalışmalarda (96, 100, 111, 125, 135, 136, 137) sosyal desteğin stres verici yaşam olaylarının olumsuz etkilerini hafifleterek bakıcıların yaşadığı bakıcı yükü etkilerinin hafiflemesi yönünde yararlı olabileceğini göstermiştir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin informal bakım verenlerin çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerinde, komşuluk ilişkilerinde, güncel olayların takibinde, kültürel aktivitelere katılımda ve aile bireylerine ilgi azalması konularında sosyal yaşantılarında sorunlar yaşadıkları (Tablo 4.5.1) ve sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesinin, fiziksel sağlıklarını korumada etkili olduğunu belirttikleri

saptanmıştır (Tablo 4.5.2). Bakım verenlerin bakım verme ile baş edememesinin, güçlük yaşamasının ve yeterli, etkin destek alamamasının sağlık sorunu yaşamalarına neden olduğu ve bakım verenin sağlık sorununun olması ile bakımın negatif yönde etkileneceği düşünülmektedir.

Türkiye’de yapılan diğer bir çalışmada, hemşireler tarafından demanslı yaşlıya informal bakım verenler ile yapılan destek grup etkileşiminin odak grup görüşmelerinde, bakım verenlerin fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi boyutta sosyal destek grup etkileşimi öncesi olumsuz ifadelerinin, destek grup etkileşimi sonrasında ifadelerinde oldukça olumlu yönde yumuşama ve değişimler olduğu belirlenmiştir (126). Literatür ile uyumlu olarak çalışmamızda hemşireler informal bakım verenlerin sosyal destek sistem önerileri olarak; informal bakım verenlerin ihtiyacı olduğunda bilgi sağlayabileceği sağlık çalışanları hakkında bilgilendirme, hobiler önerilmesi, varsa hobilerine devam etmesi, bakım verenin destek gruplarına üye olmasının sağlanması, arkadaşları ile daha sık görüşmesinin önerilmesi olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.5.2). Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada informal bakım verenin bakım verme sırasında sosyal desteğinin olmaması ve bakım verenin algılanan sağlık durumunun kötü olması gibi durumlarda bakım yükünün arttığı, iyilik hali düzeyinin ise düştüğü belirlenmiştir (113). Limnili ve Özçakar (2013)’ın çalışmalarında ise hasta yakınları, kendileri ve bakım verdikleri bireyler için sosyal ve psikolojik destek sağlanması, hasta yükünün paylaşımı gibi sosyal konularda destek istemişlerdir (127). Sosyal destek bireyin sağlığını sürdürebilmesi için gerekli bir olgudur ve sosyal desteğin sağlanmasında en önemli görev hemşirelere düşmektedir (138). Modern hemşirelik; bilimsel bilgi içeriğine, mesleğe özgü kurallara, mesleki etik değerlere ve mesleki özerkliğe sahiptir (80). Hemşireler, sosyal desteğin elde edilmesi için gerekli koşulları bilmeli, sosyal desteğin yeterli olup olmadığını anlamalı, sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır (138, 111), danışmanlık rolü ise, hemşirelik rollerinin özerklik seviyesi yüksek rollerindendir (80). Danışmanlık rolü ile hemşireler informal bakım verenlere bakım verdikleri bireyin hastalığı ile ilgili farkındalık durumu yaratma, hastalığın etkilerini öğretme, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmek için devreye sokulacak öz kaynakları ve dış kaynakları

tanıtma ve bunların kullanımını konularında yardımcı olabilecekleri düşünülmektedir.

5.4.3. Evde bakım sisteminin, bakım yükünü hafifletmedeki önemi ile ilgili hemşirelerin görüşleri

Evde bakım hizmetleri sağlık ve kişisel bakımı kapsayan sosyal yardım, güvenlik ve sağlık sistemi bütünüdür. Pek çok ülkede pek çok farklı kuruluş tarafından karşılanmakta, farklı şekilde yürütülmektedir. Hizmet, bireyin sorununa ve durumuna bağlı olarak ekibin ihtiyaç duyulan bir veya birkaç üyesi tarafından verilebilir (127). Yapılan çalışmalarda informal bakım verenlere yapılan evde bakım hizmetleri yardımı, günlük bakım ve bakıma ara verdirilmesi (informal bakım verenleri dinlendirme) de dahil olmak üzere verilen bu hizmetlerin bakım yükünün hafifletilmesi konusunda etkili olduğunu bildirilmiştir (112, 139, 140, 141). Konu ile uyumlu olarak çalışmamızda da hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde evde sağlık hizmetlerinin etkin çalışmasını, informal bakım verenlerin dinlendirilebilmesini (Tablo 4.6.2) önerdikleri saptanmıştır. Bakıma ara verme, informal bakım verennin sürekli eve kapalı kalmamasını, bakım verdiği bireyden bir süreliğine uzaklaşmasını böylece kendine vakit ayırabilmesini sağlayacağı ve kişide bakım vermeden kaynaklanabilecek fiziksel, emosyonel yük yaşama durumlarını hafifletebileceği düşünülmektedir.

Evde bakım, ev ortamında formal klinik ve sosyal hizmetler ile informal hizmetlerin, çeşitli sağlayıcılar aracılığıyla sunulduğu ve doğal olarak da emek yoğunluklu bir hizmet olduğu düşünülmektedir. Bunu sağlayıcılar hemşire, terapist (fiziksel terapist, mesleki ve konuşma terapisti gibi), evde bakım yardımcıları, sosyal hizmet çalışanları, doktorlar, diyetisyenler, evde çalışan hizmetliler, ev arkadaşları ve gönüllüler gibi profesyonel veya profesyonel olmayan kişilerden oluşabilir (16, 21, 142). Ertem ve ark. (2009) yaptığı çalışmada, hastaların %60.9'unun tedavileri ile ilgili evde bakıma yönelik gereksinimlerinin olduğu, %39.1'inin ise yardıma ihtiyaç duymadığı belirlenmiştir. Evde bakıma yönelik gereksinimleri olanların, gereksinim duydukları konuların %76.2 oranında ev işleri, yemek, temizlik ve %23.8 oranında kişisel bakım olduğu saptanmıştır. Hastaların tamamının gereksinimleri aile üyeleri tarafından karşılandığı belirlenmiştir (143). Hemşireler informal bakım verenlerin

bakım yükünün hafifletilmesinde evde bakım hizmetlerinin aktif çalışması, multidisipliner bir hizmet olması gerekliliğini belirttikleri görülmektedir (Tablo 4.6.1). Ülkemizde evde profesyonel bakım hizmetlerinin yeterli gelişmemesi nedeniyle hemşirelerin bu önerilerde bulunduğu düşünülmektedir.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu dünya örneklerine göre oldukça geç tarihlerde görülmektedir. Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 10 Mart 2005 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 25751 sayılı “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir (40). Daha sonra Şubat 2011’de yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” (41) ve son olarak ta 2015 yılında kapsam ve içeriği yeniden düzenlenerek yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” (43) ile bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması için önemli bir adım olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin daha önce informal bakım verme durumuna göre de çoğunluğunun, informal bakım verenlerin psikolojik, sosyal sorunlar yaşadığını belirttikleri görülmekte olup (Tablo 4.5.4) bunun nedeni olarak evde bakım alma kriterlerine sahip olamadıkları (maddi olarak asgari ücretin 2/3’ünün altında gelir paylaşımı olması) ve bu yüzden mevcut sistemden yararlanamamaları, ya da aldıkları evde bakım hizmetinin ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneğin Limnili ve Özçakar (2013), evde bakım hizmetleri sunulan kişiler ile verilen hizmetten memnun olma durumlarını araştırdıkları bir çalışmada %58.3’i evde sağlık hizmetinden memnun, %40.5’inin fikrinin olmadığı, %1.2’sinin de verilen hizmetten memnun olmadığı belirlenmiştir (127). Gök Uğur ve arkılarının (2012) “Evde Bakım Hizmeti Alan İnmeli Hastaların Bakım Vericilerinin Gereksinimlerinin Belirlenmesi” konulu çalışmalarında informal bakım verenlerin %70 oranında evde bakım hizmetinden memnun olmakla birlikte, inmeli hasta bakımı, hastaların duygu ve davranışlarıyla baş etme, kendi sağlıklarını koruma ve ekonomik güçlükler konusunda daha kapsamlı bilgi ve desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (144).

Yine Türkiye’de evde sağlık ve bakım uygulamaları multidisipliner ekip işi olması gerekirken, hekim odaklı sağlık hizmet sunum biçimi olarak başladığı görölmektedir (40, 41, 43). Sağlık bakanlığının konu ile ilgili yönetmelikleri incelendiğinde Evde sağlık hizmetleri bünyesinde verilecek bakım hizmetlerinin ; “hekim önerisi doğrutusunda....” “Evde sağlık hizmeti alan kişiye ve aile bireyelerine müdavi tabibin belirlediği sınırlar içerisinde.....” şeklinde ifadeleri ile kısıtlandığı görölmektedir (40, 41, 43). Bu düzenleme bazı Avrupa ölkeleri, ABD ve Kanada evde sağlık ve uygulamalarının tarihsel gelişimi ile örtüşmemektedir. Bu ölkelerde hekim odaklı değil, hemşire odaklı evde sağlık ve bakım uygulamalarının gelişimi söz konusudur (44). Bu durum, evde sağlık hizmetleri bünyesinde çalışan ekip üyelerini mesleklerini icra etmeleri konusunda kısıtlayabileceği, verimli ve etkin hizmet veremeyeceklerini, evde sağlık hizmetlerinin Türkiye’de gelişimini ve ilerlemesini engelleyeceğini düşündürmektedir.

Evde bakım, bir ekip çalışmasıdır ve hekim, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti, konuşma terapisti, bakım hemşiresi, evde bakım yardımcıları bu ekibin doğal parçalarıdır. İlgili yönetmelikle (43) incelendiğinde evde sağlık hizmeti verecek olan ekip içerisinde yer alan sorumlu hekim dışındaki personelin görev tanımlarının net olmadığı da yönetmelikle ilgili diğer bir eksiklik olarak düşünölmektedir.

Ayrıca yönetmelikte (43) evde bakımın; **hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere** üç kişiden oluşturulan bir ekip tarafından yürütölmelerini belirtilmekte olup **hemşire** kavramının evde sağlık hizmeti ekibinin içinde birincil olarak yer verilmediği görölmektedir. Dünyada süregelen ve başarı elde edilmiş olan evde bakım modellerine bakıldığında hemşirenin sistemin en önemli parçası olduğu görölmektedir (34, 48). 2011 yılında yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelikte evde bakım hemşireliği görev ve yetkilerini tanımlamış (49), 2014 yılında ise bakanlık bünyesinde evde bakım hemşireliği sertifikasyon programı başlatılmasına karar verilmiştir (50). Bu gelişme sevindirici bir durumdur. Hali hazırda belediyelerde, Kamu Hastaneler Kurumu’na bağılı hastanelerde oluşturulan evde bakım hizmetleri birimlerinde, özel evde bakım hizmeti kuruluşlarında hemşirelerin görev aldığı görölmektedir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin %18.8’inin informal bakım

verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde rol almamaları, evde bakım hizmetleri informal bakım verenlere destek olmak için aktif çalışmaları, evde bakım hizmetleri multidisipliner bir hizmet olması gerektiğini belirttikleri görülmektedir (Tablo 4.6.1). Hemşirelerin Evde bakım ile ilgili görev, rol ve sorumlulukları konusunda çekincelerinin olmasınınsebebinin yönetmeliklerdeki bu koordinasyon, görev tanımı ve rol karmaşasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gök Uğur ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmada İnmeli bir hastaya evde verilen hemşirelik bakımı sonucunda; deri bütünlüğünde iyileşme, beden gereksinimine uygun beslenme, bağırsak alışkanlıklarında düzelme ve ailenin bakım parası alması sağlanmış ancak genel olarak evde bakım kapsamında verilen hemşirelik hizmetinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (144).

Ünalan ve ark. (2012) Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Aile Hekimleri Ve Aile Sağlığı Elemanlarının Beklenti, Gereksinim Ve Sorunları adlı çalışmalarında; hekimlerin %82'si evde sağlık hizmeti sunabilmek için en çok hemşire desteğine gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Aile sağlığı elemanlarının %70.0'i bu hizmetleri sunmakta en büyük zorluk olarak "zaman" azlığını tanımlamış ve %77.0'si çalışma saatleri ile ilgili düzenlemelere gereksinim duyduklarını belirttikleri saptanmıştır (145).

Avrupa'da evde bakım hizmetlerinin bilinen tek tip bir değerlendirme biçimi, uygulaması ve temin şekli yoktur. Evde bakım hizmetleri, evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine alan, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulan ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilme bakımından üç açıdan sınıflandırılmaktadır (34). Türkiye'de Hastaların Evde Sağlık Ve Bakım Hizmeti Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Beklentilerini belirlemek amacı ile yapılan bir çalışmada yararlanmak istedikleri sağlık hizmetleri olarak hastalık süreci ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları gibi konularda eğitim almak (%57.0), muayene ve tedavi (%50.0), psikolojik destek almak (%48.0), tetkiklerin yapılması (%22.0), enjeksiyon (%17), ilaç teminini (%28), tıbbi cihazların bakımı (%13.0), görme, işitme, diş muayenesi (%10.0), fizik tedavi (%38.0), yara bakımı (%7.0), raporu düzenlenmesi (%25.0) olarak belirttikleri saptanmış, hastaların %17'si günlük ev işleri, %10.0'u evin ihtiyaçlara göre düzenlenmesi, %13'ü kişisel bakım, %8'i alışveriş, %22.0'si

sosyal aktivite konusunda yardım almayı istediklerini belirttikleri görülmektedir (146).

Her ne kadar yeni düzenlenen yönetmelik içerik ve kapsam olarak genişletilmiş olsa da (43) henüz tam olgunluğa erişemediği, işleyişte ve süreçte eksiklerinin olduğu düşünülmektedir. Bu durumun ise; oluşturulan yönetmeliklerdeki rol ve ekip karmaşası (43, 46), bilgi eksikliği (formal ve informal bakım verenlerin alması gereken evde sağlık hizmetleri konusunda) (146), multidisipliner yaklaşım ve yeterli sayıda hizmet verecek personel planlanamaması, eğitim standartlarının olmaması, hizmet veren personelde eğitim eksikliği (147), evde bakım hizmetlerinin sunumunun nasıl yapılacağına dair belirlenmiş bir model olmaması (34, 148, 149, 150, 151), bakımla ilgili politikaları, mevzuat ve düzenlemeleri üreten kamu kurumları arası koordinasyon ve ortak çalışma eksikliği (145, 150, 151), bu hizmetleri verecek nitelikli insan gücü eksiklikleri (145, 151), bakım sürecine dahil olan aile bireylerinin yalnız kalması, eğitimsiz olmaları ve yeterince destek alamamaları, formal bakım verenler ile informal bakım verenlerin etkileşiminde yaşanan sorunlar, sosyal destek faktörlerinin eksikliği ya da mevcut destek sistemlerinden formal ve informal bakım vericilerin nasıl yararlanabilecekleri konusunda bilgi eksikliği, altyapı planlamaları yapılmamasından (148) dolayı eksikliklerin olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bozkurt Bulakçı ve arkadaşlarının (2012) Hastaların Evde Sağlık Ve Bakım Hizmeti Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Beklentilerini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada hastaların %53.0'ü evde sağlık ve bakım hizmetini duyduğu, %5.0'i bu hizmetten yararlandığı, %80.0'i ise yararlanmak istediği, %83.0'ü nereye başvuracaklarını bilmediği belirlenmiştir (146).

Yine de ilgili yönetmeliğe (43) bakıldığında önemli iyileştirmeler ve yasal yaptırımlar yönünde olumlu değişimleri görmek mümkündür, evde bakım hizmetlerinin gelişimine yönelik çabaların oluşması, açığı kapatılmaya çalışılan bir alanda gereksinimleri ortaya koyması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

5.5. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüğüne Dair Bilgi Edinme Kaynaklarına Yönelik Düşünceleri

Yıldız ve ark. (2014)'larının evde sağlık hizmeti sunan hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin %66.0'sının daha önce evde sağlık hizmetlerine yönelik herhangi bir kurs, hizmet içi eğitim ve sertifika programına katılmadıkları belirlenmiştir (147). Yetkin (2002) çalışmasında, hemşireler daha profesyonel hasta eğitimi için; hizmet içi eğitim yapılması, hemşire sayısının artırılması, eğitimle ilgili çeşitli dokümanların temin edilmesi gibi önerilerde bulunmuşlardır (122). Literatür ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da hemşirelerin bilgi kaynakları olarak; seminerler/bilgilendirici toplantılar/kongreler (%88.0) ve hizmet içi eğitimler (%87.8) şeklinde öneride bulundukları saptanmıştır (Tablo 4.8.1). Hemşirenin eğitimci rolünün, hasta ve yakınlarının eğitiminde daha önemli olduğu bilinmekle birlikte hemşirelerle yapılan araştırmalarda, iş yükü, zaman azlığı, bilgi yetersizliği ve uygun eğitim ortamının sağlanamaması gibi sorunlar nedeni ile eğitim faaliyetlerinin engellendiği de belirtilmektedir (81, 122, 123). Buradan yola çıkarak hemşirelerin bu konuyu önemsedikleri fakat yardım ve desteğe ihtiyaçları olduğu, mevcut problemlerin aşılması için kurum yetkililerinin de konuya önem vermeleri gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, bakım gereksinimi olan bireylerin informal bakım verenlerinin bakım yükü ile yaşadıkları sorunlara ilişkin hemşirelerin görüşleri incelenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, %43.5'inin 19-29 yaş, %47.3'ünün 30-40 yaş aralığında, ortalama çalışma süresinin en fazla %41.4'ünün 1-7 yıl, %32.8'inin 8-14 yıl, %57.4'ünün Lisans mezunu, %57.4'ünün bakım yükü konulu herhangi bir eğitime katılmamış, %82.1'i aileden birine uzun süreli bakım vermemiş, %17.9'u ise aileden birine uzun süreli bakım vermiştir.

Araştırmaya katılan hemşireler, informal bakım vermenin kapsamını bireyin kişisel bakımına (yıkama, beslenme, tualete gitme, giyinme vb) destek verme, fiziksel destek verme ve emosyonel destek verme olarak belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %94.9'unun informal bakım verenlerin güçlük yaşadıklarını, yaşanan güçlükte ise en fazla bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı vb.), bakım verdiği bireyin bakımı dışında sorumluluklarının olması, bakım verme süresi ve çok boyutlu bakım vermek zorunda olması gibi faktörlerin etkili olduğunu, informal bakım verenlerin kendinden daha çok hasta ile ilgilendiği için kendine zaman ayıramamaları, fiziksel zorlanma, duygusal ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma gibi sorunlar yaşayabileceklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %81.2'si informal bakım verenlerin, bakım yükünün hafifletilmesine yönelik hemşirelerin rol almaları gerektiği, bilgi eksikliğinin değerlendirilmesi, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden ele alınmaları ayrıca evde bakım hizmetlerinin informal bakım verilere destek olmak için aktif çalışmaları ve multidisipliner bir hizmet vermeleri gerekliliğini önerdikleri saptanmıştır.

Hemşirelerin %76.6'sı informal bakım verenlerin sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesinin, fiziksel sağlıklarını korumada etkili olduğunu belirterek sosyal destek sistem önerileri olarak; ihtiyacı olduğunda bilgi sağlayabileceği sağlık çalışanları hakkında bilgilendirme, hobiler önerilmesi, varsa hobilerine devam etmesi, arkadaşları ile daha sık görüşmesinin önerilmesi, bakım verenin destek gruplarına üye olmasının sağlanması, informal bakım verenlerin zaman zaman

dinlendirilmeleri, evde sağlık hizmetlerinin aktif çalışması gerekliliğini ifade ettikleri saptanmıştır.

Hemşirelerin %85.5'i informal bakım verenlerin, eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının bakım yükünü hafifletmede etkili olabileceğini ifade ederek eğitim ihtiyaçlarını; bakım verdiği bireyin kullandığı ilaç ve tedavisi hakkında bilgi, aktif – pasif hareket egzersizleri (ROM), öz bakım eğitimi, özel beslenme eğitimi, yara bakımı, basınç ülserlerini önleme/katater bakımı, düşmeler ve güvenlik, uykunun önemi ve uyku sorunlarına ilişkin eğitim, informal bakım verenin ruhsal, fiziksel, psikolojik sağlığını korumaya yönelik eğitim, evde sağlık hizmetlerinden ve acil hizmetlerinden nasıl faydalanacağına ilişkin eğitimler olarak belirttikleri saptanmıştır.

Hemşirelerin, eğitim ihtiyaçlarının karşılanarak, psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak desteklenen informal bakım verenlerin bakım yükünün hafifleyeceği bunun sonucu olarak hastaneye tekrar yatışların azalacağını düşündükleri belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda, informal bakım verenlerin bakım yükünü azaltabilmek, bakım yükü bilincinin geliştirilmesini sağlamak için;

- Hemşireler informal bakım verenlerin ihtiyacı olduğuunda bilgi sağlayabileceği sağlık çalışanları hakkında bilgilendirme yapabilmesi,
- Hemşireler tarafından informal bakım verenlere evde sağlık hizmetlerinden ve acil hizmetlerinden nasıl faydalanacağına ilişkin eğitimler verilmesi,
- Evde bakım hizmetleri geliştirilmeli, hastane ile koordineli çalışmalı, vakaları önceden tespit edip, hasta yakınları kendilerine başvurmadan ziyaretleri rutin olarak yapılması,
- Hastaneden taburcu edildikten sonra evde bakım hizmetleri tarafından ev ziyareti yapılmalı, informal bakım verenlerin ihtiyaçlarına yönelik (yara bakımı, beslenme, egzersizler vb...) eğitim planı hazırlanmalı ve verilmeli, verilen eğitimler belirli aralıklarla tekrarlanmalı, iletişimde süreklilik sağlanması,

- Hastanelerde ya da devlet destekli özel birimlerde kısa süreli hasta bakım üniteleri (gündüz bakım evleri) kurularak informal bakım verenlerin bakıma ara vermeleri (dinlendirilmeleri) sağlanabilmesi,
- Bakım veren bireylerin bakım yükünü artıran durumların farkında olunması ve yükü artıran durumların aile ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilemesini önlemek için gerekli müdahalelerinin yapılması ve destek gruplarının oluşturulması,
- Hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin farkındalığını artırmaya yönelik hizmet içi eğitimler planlanmalı, hemşirelerin konu ile ilgili seminerler/bilgilendirici toplantılar/kongrelere katılımının sağlanması,
- Gelecekte yapılacak araştırmalarda hemşirelerin ve informal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin görüşleri birlikte değerlendirilmesi,
- İnformal bakım verenlerin hemşirelerden beklentilerinin belirlenmesi ve hemşirelerin informal bakım verenlerin beklentilerinin ne kadarını karşıladıklarının belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılması,
- 1. Basamakta ve 2. Basamakta hemşirelerin evde bakım hizmetleri ile ilgili görüşlerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Okan A.** Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş Ve Üstü Kişilerin Hipertansiyon Farkındalığı Ve Evde Bakım Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Bolu, **2010**: 123s.
2. **Uğur Ö.** Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2006**: 208s.
3. **Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D.** Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk-Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi, *Anadolu Psikiyatri Derg.*, **2014**; 15: 39-44.
4. **Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K.** When The Caregivers Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers, *American Journal of Public Health*, **2002**; 92(3): 409-413.
5. **Erdem M.** Yaşlıya Bakım Verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**; 8(3): 101-106.
6. **Karabağ H.** Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2007**:144s.
7. **Tuna Malak A, Dicle A.** Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yüğü Ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, **2008**;18(2): 118-121.
8. **Koyuncu Yaşar E.** Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2009**:118s.
9. **Temizer H.** İnmeli Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine Ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi, Doktora Tezi, T.C. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Erzurum, **2009**: 70s.
10. **Karadağ M.** Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2006**:105s.
11. **Cheng H Y, Chair S Y, Pak Chau Chun J.** The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis, *Patient Education and Counseling*, **2014**; 95: 30-44
12. **Andrews SC.** Caregiver Burden and Symptom Distress in People With Cancer Receiving Hospice Care. *ONF*, **2001**; 28(9): 1469-1474.
13. **İnci FH, Erdem M.** Bakım Verme Yüğü Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; 11(4): 85-95.

14. **Grunfeld E, Glossop R, McDowell I, Danbrook C.** Caring For Elderly People At Home: The Consequences To Caregivers. *Canadian Medical Association*, **1997**; 157(8): 1101-1104.
15. **Toseland RW, Smith G, McCallion P.** Family caregivers of the frail elderly. *Handbook of Social Work Practise with Vulnerable and Resilient Population*, **2001**; 18: 99-109.
16. **Tarricone R, Tsouros AD.** Home Care In Europe. *Who Europa*, Milan, Italy, **2008**:1-36.
17. **Allender JA, Spradley BW.** Clients In Home Health, Hospice and Long Term Setting. *Community Health Nursing Concepsts and Practice*, 5th .Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, **2001**: 739-753.
18. **Gözüm S, Tan M.** Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş Ve Uygulamaları. *Turkish Journal Of Geriatric*, **2003**; 6(1): 14-21.
19. **Kartal A, İnci FH.** Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Birlikte Yaşama Güçlüklerinin Belirlenmesi. 4. *Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı*, Ankara, **2007**.
20. **Alpteker H.** Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 65 YaşVe Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Bolu, **2008**: 127.
21. **Fadıloğlu Ç.** Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi Ve Önemi. 1. Baskı, Amasya: Göktuğ Basım Yayın ve Dağıtım, **2013**; 3-12.
22. **Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R.** Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia. A re-examination. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **2005**; 40: 329–336.
23. **Toseland R W.** Caregiver Education And Support Programs: Best Practice Models. December **2004**.
24. **Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinich J, Reyno L, Earle CC et al.** Family Caregiver Burden: Results of a Longitudinal Study of Breast Cancer Patients And Their Principal Caregivers. *Canadian Medical Association*, **2004**; 170(12): 1795-1801.
25. **Dökmen Z Y.** Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2012**; 3(1): 3-38.
26. **Uğur Ö, Fadıloğlu ZÇ.** Kanser Hastasına Bakım Verenlere Uygulanan Planlı Eğitimin Bakım Veren Yüğü Üzerine Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **2012**; 53-58.
27. **Çetinkaya Duman Z, Bademli K.** Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, **2013**; 5(4): 461-478.
28. **Reay-Young R.** Support groups for relatives of people living with a serious mental illness: an overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, **2001**; 5: 147-168.

29. **Akgün Şahin Z, Polat H, Ergüney S.**Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**; 12(2): 1-9.
30. **Kardaş Özdemir F, Akgün Şahin Z, Küçük D.**Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Bakım VermeYüklerinin Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, **2009**; 26: 153-158.
31. **T.C. Milli Eğitim Bakanlığı(MEB).** Hemşirelik Geriatri Ve Evde Hasta Bakımı. Ankara, **2013**.http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Geriatri%20Ve%20Evde%20Hasta%20Bak%C4%B1m%C4%B1.pdf (11.3.2015).
32. **Demir M, Ünsar S.** Kalp Yetmezliği Ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008**; 3(8): 119-130.
33. **Pınar R, Sert H.** Türkiye'nin Ulusal Yaşlı Bakım Politikası Nasıl Olmalıdır? *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2009**; 2: 49-55
34. **Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanıılmaz D, Erdem S.** Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, *İstanbul Tıp Derg. - Istanbul Med J.*, **2010**; 11(3): 125-132.
35. **Erbaydar Paksoy N.** Evde Bakım. Güler Ç, Akın L. Halk sağlığı Temel Bilgiler 3. 3.Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları Tıpkı Basım, **2015**; 1870-1893.
36. **Kılıç D.** Yaşlı Sağlığı. Erci B. Halk Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı, Amasya: Göktuğ Basım Yayın ve Dağıtım, **2013**: 182-214.
37. **Can R, Çapar Abacı L, Kadioğlu S.** Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri Sırasında Gündeme Gelen Tıp Etiği Sorunları. *Cumhuriyet Tıp Derg.*, **2013**; 35: 448-456.
38. **Caffrey C, Sengupta M, Moss A, Harris-Kojetin L, Valverde R.**Home Health Care and Discharged Hospice Care Patients: United States, 2000 and 2007. *National Health Statistics Reports*, **2011**; 38: 1-28.
39. **Karahan A, Güven S.** Yaşlılıkta Evde Bakım. *Geriatri*, **2002**; 5(4): 155-159.
40. 10.03.2005 tarih, 25751 Sayılı Resmi Gazete. *Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik*.
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&source XmlSearch=evde%20bak%C4%B1m> (16.10.2012).
41. 24.02.2011 tarih ve 8751 sayılı Makam Onayı. *Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*.
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.htm> (24.07.2015).
42. **Saruç S.** Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*,**2013**; 24(2): 193-207.

43. 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmî Gazete. *Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik*. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> (12.03.2015).
44. **Çoban M, Esatoğlu AE, İzgi MC.** Türkiye’de Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, **2014**; 1(3): 154-76.
45. 22.05.2014 tarihli Resmî Gazete Sayı: 29007. *Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik*. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm> (24.07.2015).
46. 25.01.2013 tarih ve 28539 Sayılı Resmi Gazete. *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he> (24.07.2015).
47. **Uzun H.** Evde Sağlık Hizmeti Sunmak, Kimin Görevidir? *AHEF Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu*, **2015**. <http://www.ahef.org.tr/yazi/evde-saglik-hizmeti-sunmak-kimin-gorevidir> (24.07.2015).
48. **DSÖ.** “Dünya Engellilik Raporu 2011”, *DSÖ Kütüphanesi ve Yayın Kataloğu Verileri*. Malta, **2011**. (www.who.int)<http://eyh.aile.gov.tr/data/5480490c369dc57170df34bd/D%C3%BCnya%20Engellilik%20Raporu-basilan.pdf> (01/05/2015).
49. 19.04.2011 tarih ve 27910 sayılı Resmi Gazete. *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html> (19.07.2015).
50. 04.02.2014 Tarihli ve 28903 Sayılı Resmi Gazete. *Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı*. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-39724/evde-saglik-hizmetleri-hemsireligi-sertifikali-egitim-p-.html> (19.07.2015).
51. 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı Resmi Gazete. *Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik*. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.10545&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0> (15.1.2015).
52. 19.02.2014 tarih ve 28918 sayılı Resmi Gazete. *Engellilerin Evde Bakımına Destek İçin Verilen Sosyal Yardımlar Hakkında Genelge*. <http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/genelgeler/201407-sayili-engellilerin-evde-bakimina-destek-icin-verilen-sosyal-yardimlar-hakkinda-genelge>. (15.1.2015)
53. **Bahar A, Parlar S.** “Yaşlılık Ve Evde Bakım”, *1.Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi*. İzmir, **2006**.
54. **Bahar G, Bahar A, Savaş H A.** Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 4(12): 85-98.
55. **Taşçı E, Saruhan A.** Yaşlılık Ve Kadın. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2006**; 22 (2) : 187-198.

56. Aközer M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim - Kültür Ve Araştırma Dergisi*, **2011**; 7(27): 103-128.
57. Türkiye İstatistik Kurumu. "İstatistiklerle Yaşlılar 2014", *Türkiye İstatistik Kurumu*, Ankara, **2015**: 1-4.
58. Akça Kılıç N, Taşçı S. 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2005**; 14(ek sayı): 30-36.
59. Aydın F, Demirağ S. Kronik Hastalıklar Ve Yaşam Kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, **2009**; (1): 58-65.
60. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**; 7(2): 39-47.
61. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı'nın Geçerlik Ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **2011**; 4(1): 102-109. http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/102-109_incirkus.pdf (19.06.2012).
62. ICN- International Council of Nurses. Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care, **2010**: 1-64. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/Upload/dosyalar/IND%202010%20E.pdf> (05.03.2012)
63. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2011**; 3(2): 251-277.
64. Bilgili N. Yaşlı Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sosyal Sorunlar. 5. *Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı*, Antalya, **2006**: 87-90.
65. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden Of Care İn Families Of Patients With Schizophrenia. *Qual Life Res.*, **2006**; 15: 719-724.
66. Awad AG, Voruganti LNP. The Burden Schizophrenia On Caregivers: A Review. *Pharmacoeconomics*, **2008**; 26: 149-162.
67. Walz GP, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The Effect Of Family Interventions On Relapse And Rehospitalizasyon İn Schizophrenia-A Meta-Analysis. *Schizophr Bull.*, **2001**; 27: 73-92.
68. Grimm PM, Zawacki KL, Mock V, Krumm S, Frink BB. Caregiver Responses And Needs An Ambulatory Bone Marrow Transplant Model, *Cancer Practice*, **2000**; 8(3): 120-128.
69. Çetinkaya Y. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar Ve Etkilerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2006**: 147s.

70. **Baker S.** The relationships of self-care agency and self-care actions to caregiver strain as perceived by female family caregivers of elderly parents, *J N Y State Nurses Assoc.*, **1997**; 28(1): 7-11.
71. **Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M.** Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, **2002**;106: 291-298.
72. **Özmen S.** Multiple Sklerozlu Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Erzurum, **2015**: 55s.
73. **Gülseren L.** Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2002**;13(2):143-151.
74. **Yurdakul B.** Nicel Araştırma Yöntemleri Semineri Ders Notları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu*, İzmir, **2008**.
75. **Croog SH, Burlesan A, Sudilovsky A, Bavme RM.** Spouse Caregivers Of Alzheimer Patients: Problem Responses To Care Burden. *Mental Health Journal*, **2006**;10: 87-100.
76. **Gülpak M, Kocaöz S.** Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2014**; 13(2): 99-108.
77. **Hacıaloğlu N.** Bakım Verenlerin Hakları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 8(2): 131.
78. **Gregory N, Collins-Atkins C, Macpherson R, Ford S, Palmer A.** Identifying The Needs Of Carers In Mental Health Services, *Nurs Times*, **2006**; 102(17): 32.
79. **Önder A.** Eğitici Dramada Rol Oynamanın Eğitim Açısından Önemi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, **2006**; 24: 133-143.
80. **Taylan S, Alan S, Kadioğlu S.** Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2012**; 2: 66-74.
81. **Ünalın Özçelik E.** Sağlık Ekibinin Hemşirenin Eğitimci Rolüne Yönelik Düşünceleri. Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2009**: 89s.
82. **Erdemir F.** Hemşirenin Rol Ve İşlevleri Ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **1998**; 2(1): 59-63.
83. **Nazik E, Arslan S.** Hemşirelik Mesleğinin Geleceği: Öğrencilerin Beklentileri. *Bozok Tıp Dergisi*, **2014**; 4(1): 33-40.
84. **Gözüm S, Güdücü Tüfekci F, Çapık C.** Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlarının Okulları Ve Meslekleri İle İlgili Görüşleri Ve Mezuniyet Sonrası Profilleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**; 17(1): 32-39.

85. **Karaca S.** Hemşireler İçin Vazgeçilmez Bir Kavram: Kendini Tanıma. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2010**; 3(1): 79-84.
86. **Dinç L.** Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2009**; 40: 113-119.
87. **Canlı F.** Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Adana, **2010**: 97s.
88. **T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB).**Hastanın Kabul Ve Taburcu Edilmesi. *Hemşirelik*, **2012**.http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hastan%C4%B1n%20Kabul%20Ve%20Taburcu%20Edilmesi.pdf (10.01.2015).
89. **Benzeş D.** Düünden Bugüne Hemşirelikte Hangi Roller Tanımlandı? *Acıbadem Hemşirelik*, **2013**. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/64/docs/makale2-64.pdf> (13.01.2015).
90. **Birol L.** Hemşirelik. 4.baskı, İzmir: Bozyaka Matbaacılık, **2000**: 20-30.
91. **Babacan Gümüş A.** Şizofrenide Hasta Ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim Ve Hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2006**; 1(2): 23-34.
92. **Kara T.**Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Başetme Ve Sosyal Destek Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Kayseri, **2007**: 62s.
93. **Kızılcı S, Akpınar S. B, Uğur Ö, Sezgin D, Küçükgüçlü Ö,** İç Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Refakatçiler Hakkındaki Görüş Ve Deneyimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**; 16(4): 241-249.
94. **Tzeng HM, Yin YC.** İnpatient Falls: The Impact Of Family And Personel Caregivers. *Appl Nurs Res.*, **2009**; 22(3): 159-65.
95. **Roberto KA, Jarrott SE.** Family Caregivers of Older Adults: A Life Span Perspective. *Family Relations*, **2008**; 57(1): 100-111.
96. **Lee S-J, Li L, Jiraphongsa C, Rotheram-Borus M J.** Caregiver Burden Of Family Members Of Persons Living With HIV İn Thailand. *International Journal of Nursing Practice*, **2010**; 16: 57–63.
97. **Zaybaka, Güneş Ü, Günay İsmailoğlu E, Ülker E.** Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 15(1): 48-54.
98. **Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A.** Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, **2009**; 64: 873–900.
99. **Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T.** İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **2011**; 4 (3): 125-130.

100. **Lasebikan VO, Ayinde OO.** Family Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients: Prevalence and Socio-demographic Correlates. *Indian J Psychol Med*, **2013**; 35(1): 60–66.
101. **Avsar U, Avsar U Z, Cansever Z, Set T, Cankaya E, Kaya A, Gozubuyuk H, Saatci F, Keles M.** Psychological and Emotional Status, and Caregiver Burden in Caregivers of Patients With Peritoneal Dialysis Compared With Caregivers of Patients With Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*, **2013**; 45: 883–886.
102. **Raivio M M, Laakkonen M-L, Pitkala K H.** Psychological Well-Being Of Spousal Caregivers Of Persons With Alzheimer's Disease And Associated Factors. *European Geriatric Medicine*, **2015**; 6: 128–133.
103. **Liu HY, Yang CT, Cheng HS, Wu CC, Chen CY, L. Shyu YI.** Family Caregivers' Mental Health Is Associated With Postoperative Recovery Of Elderly Patients With Hip Fracture: A Sample In Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, **2015**; 78: 452–458.
104. **Watanabe A, Fukuda M, Suzuki M, Kawaguchi T, Habata T, Akutsu T, Kanda T.** Factors Decreasing Caregiver Burden to Allow Patients with Cerebrovascular Disease to Continue in Long-term Home Care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, **2015**; 24(2): 424-430.
105. **Taşdelen P, Ateş M.** Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **2012**; 9(3): 22-29.
106. **Subaşı N, Öztekin Z.** Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2006**; 5(1): 19-31.
107. **Özkan Ö, Özdemir S.** “2006-2014 Yılları Arasında Bir Sağlık Yüksekokulundaki Intern Hemşirelerin Planlı Ev Ziyaretlerinin Sonuçları”, *17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Edirne, **2014**: 1399-1400.
108. **Fowler C, Haney T, Rutledge C M.** An Interprofessional Virtual Healthcare Neighborhood for Caregivers of Elderly With Dementia. *The Journal for Nurse Practitioners – JNP*, **2014**; 10(10): 829-834.
109. **Suh M, Kim K, Kim I, Cho N, Choi H, Noh S.** Caregiver's Burden, Depression And Support As Predictors Of Post-Stroke Depression: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Nursing Studies*, **2005**; 42: 611–618.
110. **Pürlüsoy G, Sunay D, Şengezer T, Yalçıntaş A.** Diyaliz Hastalarının Bakıcılarında Bakım Yükü Ve Depresyon. *Türk Aile Hek. Derg.*, **2011**; 15(1): 17-23.
111. **Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Kozubski W.** Caregiver Burden After Stroke: Towards A Structural Model. *Neurologia i Neurochirurgia Polsk.*, **2012**; 46 (3): 224-232.
112. **Umegaki H, Yanagawa M, Nonogaki Z, Nakashima H, Kuzuya M, Endo H.** Burden reduction of caregivers for users of care services provided by the public long-term care insurance system in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **2014**; 58: 130–133.

113. **Or R, Kartal A.** “Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükü Ve İyilik Hali”, *17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Edirne, **2014**: 1409.
114. **Jácome C, Figueiredo D, Gabriel R, Cruz J, Marques A.** Predicting anxiety and depression among family carers of people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Psychogeriatrics*, **2014**; 26(7): 1191–1199.
115. **Torres Á, Blanco V, Vázquez FL, Díaz O, Otero P, Hermida E.** Prevalence Of Major Depressive Episodes In Non-Professional Caregivers. *Psychiatry Research*, **2015**; 226: 333–339.
116. **Labiano-Fontcuberta A, Mitchell AJ, Moreno-García S, Benito-León J.** Anxiety And Depressive Symptoms In Caregivers Of Multiple Sclerosis Patients: The Role Of Information Processing Speed Impairment. *Journal of the Neurological Sciences*, **2015**; 349: 220–225.
117. **Ateş E, Bilgili N.** “Spinal Kord Yaralanmalı Bireye Bakım Verenlerde Bakım Verme Yükü, Stresle Baş Etme Ve Sosyal Destek”, *3. Ulusal evde Sağlık ve Bakım Kongresi*, Aydın, **2012**: 2.
118. **Pinquart M, Sörensen S.** Gender Differences In Caregiver Stressors, Social Resources And Health: An Updated Meta-Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, **2006**; 61(1): 33-45.
119. **Durmaz H, Okanlı A.** Investigation of the Effect of Self-Efficacy Levels of Caregiver Family Members of the Individuals With Schizophrenia on Burden of Care. *Archives of Psychiatric Nursing*, **2014**; 28: 290–294.
120. **Loi S M, Dow B, Ames D, Moore K, Hill K, Russell M, Lautenschlager N.** Physical activity in caregivers: What are the psychological benefits? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **2014**; 59: 204–210.
121. **Avşar G, Kaşıkçı M.** Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**; 12(3): 67-73.
122. **Yetkin A.** Hemşirelerin Hasta Ve Ailesinin Eğitimi İle İlgili Görüş Ve Uygulamaları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2002**; 5(1): 53-59.
123. **Aygül S, Ulupınar S.** Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Hastaların Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 15(1): 1-9.
124. **Arai Y, Kumamoto K, Mizuno Y, Washio M.** Depression among family caregivers of community-dwelling older people who used services under the Long Term Care Insurance program: a large-scale population-based study in Japan. *Aging Ment Health*, **2014**; 18(1): 81-91.
125. **Garcés J, Carretero S, Ródenas F, Aleman C.** A Review Of Programs To Alleviate The Burden Of Informal Caregivers Of Dependent Persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **2010**; 50: 254–259.

126. **Demir G, Platin N.** “Demanslı Yaşlıya Birincil Bakım Verenlere Verilecek Eğitim Ve Destek Grup Etkileşiminin Bakım Yükü Algısına Etkisi”, 17. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Edirne, **2014**: 1401-1402.
127. **Limnili G, Özçakar N.** Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler. *Türk Aile Hek. Derg.*, **2013**; 17(1): 13-17.
128. **Fadıloğlu Ç, Tokem Y.** Geriatrik Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. *Türk Geriatri Dergisi*, **2004**; 7 (4): 241-246.
129. **Çöçelli PL, Bacaksız BD, Ovayolu N.** Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, **2008**; 14: 53-58.
130. **Flanagan M.** Professional Roles The Nurse Educator: A Personal View. *Journal of Tissue Viability*, **1998**; 8(4): 26-30.
131. **Ardahan M.** Hemşirelerin Savunuculuk Rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2003**; 7 (2): 23-27.
132. **Arcak R, Kasımoğlu E.** Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, **2006**; 33(1): 23-30.
133. **Kaya Y, Şahin N.** Kadınlarda Madde Kullanımı ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **2013**; 10(1): 3-7.
134. **Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J, Izawa S, Hirakawa Y, Shimokata H, Akihisa I.** Impact Of Caregiver Burden On Adverse Health Outcomes İn Community-Dwelling Dependent Older Care Recipients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, **2011**; 19(4): 382-91.
135. **Matsuda N.** For The Betterment Of The Family Care For The Aged With Dementia. *Kobe J. Med. Sci.*, **2001**; 47: 123-129.
136. **Chappell N L, Reid R C.** Burden and Well-Being Among Caregivers: Examining the Distinction. *The Gerontologist*, **2002**; 42(6): 772-780.
137. National Alliance for Caregiving in collaboration with AARP. Caregiving in the U.S. in **2009**. http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009 (28.06.15).
138. **Ardahan M.** Sosyal Destek Ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 9(2): 68-70.
139. **Desrosiers J, Hebert R, Payette H, Roy P-M, Tousignant M, Cote S, Trottier L.** A Geriatric day hospital: Who improves the most? *Canadian Journal on Aging*, **2004**; 23(3): 217-229.
140. **Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John RL, Hood K, Longo M, Myles S, O'Mahony, MS, Roe B, Williams K.** Systematic Review Of Respite Care İn The Frail Elderly. *Health Technology Assessment*, **2009**; 13(20): 1-224.

141. Garce´s J, Carretero S, Ro´denas F, Alema´n C. A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatric*, **2010**; 50(3): 254-259.
142. Erci B. EvdeBakımda Halk Sağlığı Hemşireliği. Erci B. Halk Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı, Amasya: Göktuğ Basım Yayın ve Dağıtım, **2014**: 69-84.
143. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2009**; 2(2): 3-12.
144. Gök Uğur H, Erci B, Günaydın N, Kara EY, Doğan H, Akıncı GE, Yılmaz C. “Evde Bakım Hizmeti Alan İnmeli Hastaların Bakım Vericilerinin Gereksinimlerinin Belirlenmesi”, 3. *Ulusal evde Sağlık ve Bakım Kongresi*, Aydın, **2012**: 28.
145. Ünalın PC, Apaydın Kaya Ç, Gültekin E, Çelik İ, Nazlı İ, Özgür F, Ede G. “Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Aile Hekimleri Ve Aile Sağlığı Elemanlarının Beklenti, Gereksinim Ve Sorunları”, 3. *Ulusal evde Sağlık ve Bakım Kongresi*, Aydın, **2012**: 51.
146. Bozkurt Bulakçı B, Ünalın PC, Palanduz A. “Hastaların Evde Sağlık Ve Bakım Hizmeti Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Beklentileri”, 3. *Ulusal evde Sağlık ve Bakım Kongresi*, Aydın, **2012**: 35.
147. Yıldız A, Kolaç N, Manav G. “Evde Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Hizmete Yönelik Yaşadıkları: Niteliksel Bir Çalışma”, 17. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Edirne, **2014**: 1132-1133.
148. Demiryürek S, Koç K, Ünsal Avdal E. “Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Gekli Olarak ‘Evde Hasta Bakımı’”, 3. *Ulusal evde Sağlık ve Bakım Kongresi*, Aydın, **2012**: 22.
149. Özgöbek H R. “Bakım Ve Rehabilitasyonda Hedefler”, 3. *Ulusal evde Sağlık ve Bakım Kongresi*, Aydın, **2012**: 8.
150. Ekinci G, Sur H. “Evde Bakım Hizmetlerinin Yönetimi Ve Organizasyonu: Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi”, 3. *Ulusal evde Sağlık ve Bakım Kongresi*, Aydın, **2012**: 9.
151. Pınar R. Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum. *Akademik Geriatri*, **2010**: 153-156.

8. EKLER

EK-I:

HEMŞİRELERİN İNFORMAL BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Bu anket, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Dahiliye Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere yapılmaktadır.

Araştırmanın amacı; kronik hastalığı ya da yetersizliği olan, yaşlı veya bakıma muhtaç aile üyesine veya bir başkasına bakım veren kişinin bakım yükü ve çözüm önerileri hakkında hemşirelerin görüşlerini belirlemektir. Bu ankete verdiğiniz bilgiler araştırma amaçlı olup, kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmanın geçerliliği açısından cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Bu amaçla ayırdığınız zaman, ilgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Keziban TÜRKEN GEL

AİBÜ Hemşirelik Anabilim Dalı

Dahiliye Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

(Tel:05363107276)

Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır.

İnformel bakım verme; bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir; bakıma ihtiyacı olanın, banyo yapmasına yardım etmek, beslemek gibi süregelen bakımdan trakeostomi bakımı, intravenöz ilaç uygulaması gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da kapsamaktadır.

Bakım verme yükü; kronik hastalığı ya da yetersizliği olan, yaşlı veya bakıma muhtaç aile üyesine veya bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi veya yük altına girmesidir.

BÖLÜM I. TANITICI BİLGİLER

1. Yaşınız?

2. Eğitim düzeyiniz?

() Sağlık Meslek Lisesi

() Ön Lisans (örgün)

() Önlisans (A.Ö.F.)

() Lisans

() Lisansüstü (Yüksek Lisans)

3. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

.....

4. Şu anda hastanenin hangi biriminde çalışıyorsunuz? (Belirtiniz)

.....

5. Bu birimde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?.....

6. Ailenizde veya yakın çevrenizde bakım gereksinimi olan bir bireyin uzun süreli bakımını üstlendiniz mi?

() Evet

() Hayır

7. Bakım yükü konulu seminer, sempozyum, kongre, hizmet içi eğitim vb. toplantılara katıldınız mı?

() Evet

() Hayır

BÖLÜM II. BAKIM YÜKÜNE İLİŞKİN GÖRÜŞLER

1. Sizce informal bakım verme; aşağıdaki durumlardan hangilerini kapsar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- ☐ 1. Emosyonel destek verme,
- ☐ 2. Fiziksel destek verme,
- ☐ 3. Maddi destek verme,
- ☐ 4. Kişisel bakımına (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb) destek verme,
- ☐ 5. Ulaşım ihtiyaçlarını karşılama,
- ☐ 6. Küçük ev işlerini yapma,
- ☐ 7. Para yönetimi
- ☐ 8. Diğer

2. İnfomal bakım verenlerin, bakım verme sırasında güçlük yaşadıklarını düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

3. Cevabınız" Evet" ise lütfen sizce İnfomal bakım verenler en çok hangi konularda güçlük yaşayabilirler? Belirtiniz.

- ☐ 1. Kendinden daha çok hasta ile ilgilendiği için kendine zaman ayıramaz,
- ☐ 2. Duygusal desteğe ihtiyaç duyar,
- ☐ 3. Sosyal izolasyon yaşar,
- ☐ 4. Psikolojik sorun yaşar,
- ☐ 5. Maddi güçlük yaşar,
- ☐ 6. İş kaybı,
- ☐ 7. Fiziksel sorunlar (hastalık gibi),
- ☐ 8. Fiziksel zorlanma,
- ☐ 9. Aile içi ilişkilerin bozulması,
- ☐ 10. Sorumluluklarını yerine getirememe,
- ☐ 11. Tükenmişlik,
- ☐ 12. Diğer.....

4. Sizce bakım verme yükünü etkileyen faktörler aşağıdakilerden hangileridir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- ☐ 1. Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı vb.),
- ☐ 2. Bakım verme süresi,
- ☐ 3. Bakım veren kişinin fikirlerinin alınmaması,
- ☐ 4. Bakım verdiği bireyin bakımı dışında da sorumluluklarının olması,
- ☐ 5. Çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, vb.),
- ☐ 6. Diğer

5. Sizce informal bakım verenlerde, alkol ve ilaç kullanımında artış görülebilir mi?

() Evet

() Hayır

6. Sizce bakıma ihtiyacı olan bireyin bakımını üstlenen informal bakım verenler, *fiziksel sorunlar* yaşarlar mı?

() Evet

() Hayır

7. Cevabınız " Evet" ise fiziksel düzeyde yaşadığı sorunlar aşağıdakilerden hangileridir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

() 1. Yorgunluk,

() 2. Uyku kalitesinde değişiklik,

() 3. İştahta değişiklik,

() 4. Kişisel bakımda değişiklik,

() 5. Diğer

8. Sizce bakıma ihtiyacı olan bireyin bakımını üstlenen informal bakım verenler, *psikolojik sorunlar* yaşarlar mı?

() Evet

() Hayır

9. Cevabınız " Evet" ise psikolojik düzeyde yaşadığı sorunlar aşağıdakilerden hangileridir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

() 1. Sık sık ağlama/Uygunsuz durumlarda gülme isteği,

() 2. Konuşmak istememe/Aşırı konuşmak isteme,

() 3. Sıkıntı hissi,

() 4. Ümitsizlik, Korku,

() 5. Benlik saygısında azalma

() 6. Problem çözmede güçlük.

() 7. Diğer

10. Sizce bakıma ihtiyacı olan bireyin bakımını üstlenen informal bakım verenler, *sosyal yaşantılarında sorunlar* yaşarlar mı?

() Evet

() Hayır

11. Cevabınız " Evet" ise sosyal düzeyde yaşadıkları sorunlar aşağıdakilerden hangileridir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

() 1. Güncel olayların takibinde azalma,

() 2. Komşuluk ilişkilerinde (gün, gezme, çaylar) azalma,

() 3. Çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde (iş arkadaşları, sosyal arkadaşlar...) azalma,

() 4. Kültürel aktivitelere katılımında azalma,

() 5. Diğer

12. Sizce informal bakım verenlerin, sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi, fiziksel sağlıklarını korumada etkili olabilir mi?

() Evet

() Hayır

13. Cevabınız" Evet" ise lütfen sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

() 1. Bakım verenin destek gruplarına üye olmasının sağlanması,

() 2. Hobiler önerilmesi, varsa hobilerine devam etmesi,

() 3. İhtiyacı olduğunda bilgi sağlayabileceği sağlık çalışanları hakkında bilgilendirme,

() 4. Arkadaşları ile daha sık görüşmesinin önerilmesi,

() 5. Diğer

14. Sizce hemşireler, bakım verenlerin bakım yükünün hafifletilmesinde rol almalı mıdır?

() Evet

() Hayır

15. Cevabınız" Evet" ise sizce informal bakım verenlerin, bakım yükünün hafifletilmesine yönelik hemşirelerin üstlenmesi gereken roller nelerdir? Belirtiniz.

() 1.Taburculuk eğitimi, bakım verenin bilgilendirilmesi.

() 2.Bilgi kaynaklarına yönlendirme.

() 3.Destek sistemleri önermek, devlet kaynaklarından yararlanma konusunda bilgilendirmek

() 4.Destek gruplarına üye olmasını önermek.

() 5.Diğer.....

16. Sizce informal bakım verenleri hemşireler hangi yönlerden ele almalıdır?

() 1.Fiziksel yönden ele alınmalı,

() 2.Duygusal yönden ele alınmalı,

() 3.Sosyal ve psikolojik yönden ele alınmalı,

() 4.Ekonomik yönden ele alınmalı,

() 5.Bilgi eksikliği değerlendirilmeli,

() 6.Diğer.....

17. İnfomal bakım verenlerin, bakım verdikleri bireyin bakım gereksinimlerine yönelik bilgi sahibi olmaları sizce önemli mi?

() Evet

() Hayır

18. Sizce informal bakım verenlerin, eğitim ihtiyaçlarının karşılanması bakım yükünü hafifletmede etkili olabilir mi?

() Evet

() Hayır

19. Cevabınız "Evet" ise sizce informal bakım verenlerin, hangi konularda eğitim ihtiyaçları olabilir? Belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- ☐ 1. Bakım verdiği bireyin kullandığı ilaç ve tedavisi hakkında bilgi,
- ☐ 2. Öz bakım eğitimi,
- ☐ 3. Yara bakımı, basınç ülserlerini önleme, katater bakımı,
- ☐ 4. Özel beslenme eğitimi,
- ☐ 5. Kabızlık ve diyare konusunda eğitim,
- ☐ 6. Uykunun önemi ve uyku sorunlarına ilişkin eğitim,
- ☐ 7. Aktif – pasif hareket egzersizleri (Range Of Motion: ROM),
- ☐ 8. Düşmeler ve güvenlik,
- ☐ 9. Diğer.....

20. Sizce informal bakım verenlerin, eğitim ihtiyaçlarının karşılanması hastaneye tekrar yatışların azalmasında etkili olabilir mi?

☐ Evet

☐ Hayır

21. Sizce hemşirelerin, bakım verenlerin “bakım yükü” hakkında bilgi kaynakları neler olabilir?

- ☐ 1. Hizmet içi eğitimler,
- ☐ 2. Seminerler, bilgilendirici toplantılar, Kongreler,
- ☐ 3. Bilimsel yayınlar,
- ☐ 4. Diğer

TEŞEKKÜRLER

EK-II

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

“HEMŞİRELERİN İNFORMAL BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ”

Bu anket, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Dahiliye Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere yapılmaktadır.

Araştırmamanın amacı; kronik hastalığı ya da yetersizliği olan, yaşlı veya bakıma muhtaç aile üyesine veya bir başkasına bakım veren kişinin bakım yükü ve çözüm önerileri hakkında hemşirelerin görüşlerini belirlemektir.

Bu araştırmada size soru formu uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre 10 dakikadır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk/zarar söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0374 2541000/2520 no.lu telefondan Yrd. Doç. Makbule TOKUR KESGİN’e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da hiçbir şekilde sizin zararınıza yol açmayacaktır. Araştırmamanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmamanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir

Katılımcının,

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı: Keziban TÜRKEN GEL

Adresi:

Görevi:

Tel.-Faks:

Adresi:

Tarih ve İmza:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza

EK-III

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KOMİTESİ, ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI**
*DÜZCE UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE, ETHICS COMMITTEE OF NONINVASIVE CLINICAL RESEARCHES
APPROVAL FOR APPLICATION*

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI	“İNFORMAL BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNE İLİŞKİN HEMŞİRELERİN GÖRÜŞLERİ”
	TITLE OF THE PROJECT	“THE NURSES' IDEAS ABOUT CARE BURDEN OF INFORMAL CAREGIVERS”.
	SORUMLU ARAŞTIRICI (AUTHORIZED RESEARCHER)	Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER RESEARCHERS)	Hemş. Keziban TÜRKEN GEL
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi (DÜZCE UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE) Düzce Atatürk Devlet Hastanesi (DÜZCE ATATÜRK STATE HOSPITAL)

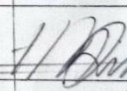
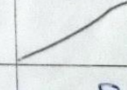
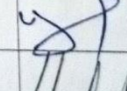
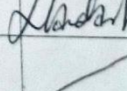
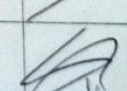
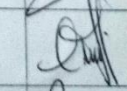
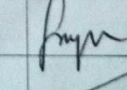
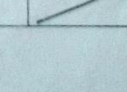
ÇALIŞMA ESASI İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU (Good Clinical Practice)

KARAR BİLGİLERİ
(INFORMATION OF DECISION)

Karar No (Decision Nr) : 2012/259

Tarih (Date:dd.mm.yyyy) : 29/03/2012

Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir. (This project was decided to be approved for clinical ethics.)

Ünvanı/Adı/Soyadı (Members)	Uzmanlık Alanı (Profession)	Kurumu (Institution)	Şerh Açıklaması (Varsa) (Declaratory Clause [if any])	İmza (Signature)
Prof. Dr. Hakan ÖZHAN (Başkan)	Kardiyoloji (Cardiology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul KAYA (Bşk. Yard.)	Tıbbi Farmakoloji (Pharmacology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN (Raportör)	Tıbbi Biyokimya (Medical Biochemistry)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Prof. Dr. Ali TEKİN (Üye)	Üroloji (Urology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Doç. Dr. Yavuz DEMİRARAN (Üye)	Anestezi (Anesthesia)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Prof. Dr. Handan ANKARALI (Üye)	Biyoistatistik (Biostatistics)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN (Üye)	Genel Cerrahi (General Surgery)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Doç. Dr. Seyit ANKARALI (Üye)	Fizyoloji (Physiology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Eczacı Elif EFE (Üye)	Eczacı (Pharmacist)	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	—	
Avukat Suat UYAR (Üye)	Hukuk (Attorney)	Düzce Üniversitesi	—	
Metin TOZ (Üye)	Sivil Üye (Civil member)	---	—	

EK-IV

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

Sayı : 41417335/6193
Konu : Anket Uygulama İzni

21 Ekim 2014

Sayın Keziban TÜRKEN GEL;
Darıcı Mah. Gazhane Cad. No:177/2 Merkez / DÜZCE

İlgi : Bila tarihli dilekçeniz.

“İnformel Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri” başlıklı tez çalışmasının anket uygulamasını Birliğimize bağlı Düzce Atatürk Devlet Hastanesi’nde görev yapan hemşire ve sağlık memurları ile yapmak istediğinize dair dilekçeniz ve dilekçenize ekli anket örneği Genel Sekreterliğimizce değerlendirilmiştir.

“İnformel Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri” konulu tez çalışmanızın anket uygulamasını,

- Çalışmanın sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi,
 - Anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması,
 - Kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi,
 - Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmaması,
 - Araştırma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi,
 - Verilerin gizli tutulması ve anket çalışmasının sonucunun tarafımıza bildirilmesi,
- kaydıyla Düzce Atatürk Devlet Hastanesi’nde görev yapan hemşire ve sağlık memurları ile yapmanız Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Lütfi ÇIRAKOĞLU
Genel Sekreter

EK-V



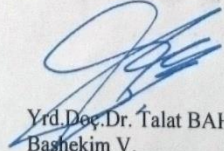
T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

Sayı :B.30.2.DZC.0.H1.00.00/ 605/ 1636
Konu: Anket Çalışması

Düzce, 02.04.2012

Sn. Keziban TÜRKEN GEL
A.İ.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Dahiliye Hemşireliği Yüksek Lisans Öğr.

İlgi: 26/03/2012 tarihli dilekçeniz.
İlgi yazınıza istinaden Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Dahiliye Hemşireliği Yüksek Lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere
hastanemiz yataklı tedavi birimlerinde çalışan hemşire/sağlık memuru personeli ile "İnformel Bakım
Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri" adlı anket çalışması yapılması
istenmektedir. İlgili uygulama hastanemiz Başhekimliğince uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.


Yrd. Doç. Dr. Talat BAHÇEBAŞI
Başhekim V.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
Konuralp -DüzceTel: 0 (380) 542 13 90- Faks: 0 (380) 542 13 87

EK-VI

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ : 15.02.2013
TOPLANTI SAYISI : 2013/03

Enstitü Yönetim Kurulu 15.02.2013 tarihinde saat 11:00'da Enstitü Müdürü Doç. Dr. Esra KOÇOĞLU başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

TOPLANTIYA KATILANLAR: Doç.Dr. M. Esra KOÇOĞLU
Yrd.Doç.Dr. Mehmet TOSUN
Prof.Dr. Kenan GÜMÜŞTEKİN
Doç.Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM
Yrd.Doç.Dr. Orçun TOPTAŞ

TOPLANTIYA KATILMAYANLAR:

KARAR NO: 2013/21

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı 12.02.2013 tarih ve 2013-03 nolu toplantısında alınan 3 numaralı kararı görüşüldü.

Hemşirelik Anabilim dalında tez danışmanlığı yürütmekte olan Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN'ın 24.01.2013 tarihinde emekliye ayrılması nedeniyle yürütmekte oldu tez danışmanlıklarının ilgili anabilim dalınca aşağıdaki şekilde değiştirilmesi teklif edilmektedir. Danışman değişikliklerinin teklif edildiği şekli ile uygun olduğuna;

Öğr. No	Öğr. Adı Soyadı	Tez Danışmanı Unvanı, Adı ve Soyadı
21110804	Fatma AYHAN	Yrd.Doç.Dr. Nevin ÇITAK BİLGİN
2910803	Seval İLHAN	Yrd.Doç.Dr. Serpil YÜKSEL
21010805	Derya BOZTAŞ	Yrd.Doç.Dr. Arzu İLÇE
21010803	Çiğdem KARAGÜLLE	Yrd.Doç.Dr. Makbule TOKUR KESGİN
21110801	Dilek UYGUR	Yrd.Doç.Dr. Bedriye AK
21110805	Sultan ÖZEL	Yrd.Doç.Dr. Yurdanur DİKMEN
21010802	Keziban TÜRKEN GEL	Yrd.Doç.Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Oy birliği ile karar verilmiştir.



A.İ.B.Ü
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ DANIŞMANI / TEZ BAŞLIĞI DEĞİŞİKLİK FORMU

Gönderen : Hemşirelik.....EABD Başkanlığı

Öğrencinin Adı Soyadı : Keziban TÜRKEN GEL.....

Öğrenci No. : 21010802.....

Programı : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐

Mevcut Tez Başlığı : İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne Hemşirelerin Görüşlerinin Belirlenmesi

Yeni Tez Başlığı :

ESKİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN	Emekli Oldu
Ortak Tez Danışmanı		

YENİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Yrd.Doç.Dr.Makbule TOKUR KESGİN	
Ortak Tez Danışmanı		

12.02.2013

Tarih

Danışman

Anabilim Dalı Başkanı

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih: 15 02 2013

Karar No: 2013/21

Doç. Dr. M. Esra KOCOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

15 02 2013

Tarih

Enstitü Müdürü

Not: Sadece başlık değişecekse mevcut başlık ve yeni başlık yazılmalı, sadece danışman değişecekse mevcut başlık ve danışmana ilişkin kısımlar doldurulmalıdır.

Bu form iki kopya doldurulacaktır.

EK-VIII

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ : 15.05.2013
TOPLANTI SAYISI : 2013/09

Enstitü Yönetim Kurulu 15.05.2013 tarihinde saat 11:00'da Enstitü Müdürü Doç. Dr. Esra KOÇOĞLU başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

TOPLANTIYA KATILANLAR: Doç.Dr. M. Esra KOÇOĞLU
Prof.Dr. Kenan GÜMÜŞTEKİN
Yrd.Doç.Dr. Orçun TOPTAŞ
Yrd.Doç.Dr. Ümid KARLI
TOPLANTIYA KATILMAYANLAR: Yrd.Doç.Dr. Mehmet TOSUN

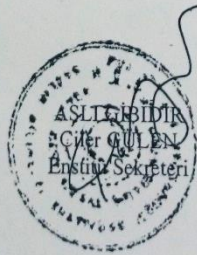
KARAR NO: 2013/59

Enstitü Yönetim Kurulu 2013/45 nolu kararı ile tekrar talep edilen *gerekçeli önerileri talebine cevaben* gelen Hemşirelik Anabilim Dalı 24.04.2013 tarih ve 8 nolu ADAK toplantısında alınan 2013/11 numaralı kararı ve 08.05.2013 tarih ve 50-23 sayılı yazısı görüşüldü.

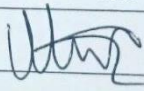
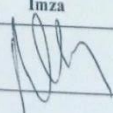
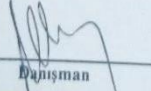
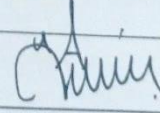
İlgili Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında kayıtlı 21010803 nolu Çiğdem KARAGÜLLE ve 21010802 nolu Keziban TÜRKEN GEL tez danışmanlığına atanmış olan Yrd.Doç.Dr. Makbule TOKUR KESGİN'in 18.03.2013 tarihi itibarı ile Araştırma Görevlisi kadrosuna atanmış olması nedeniyle yürütmekte olduğu tez danışmanlıklarının Anabilim Dalı talebi doğrultusunda aşağıdaki şekilde değiştirilmesinin uygun olduğuna;

<u>Öğr. No</u>	<u>Adı Soyadı</u>	<u>Tez Danışmanı</u>
21010803	Çiğdem KARAGÜLLE	Yrd.Doç.Dr. Nevin ÇITAK BİLGİN
21010802	Keziban TÜRKEN GEL	Yrd.Doç.Dr. Yurdanur DİKMEN

Oy birliği ile karar verilmiştir.



EK-IX

A.İ.B.Ü SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEZ DANIŞMANI / TEZ BAŞLIĞI DEĞİŞİKLİK FORMU		
Gönderen	: Hemşierlik EABD Başkanlığı	
Öğrencinin Adı Soyadı	: Keziban TÜRKEN GEL.....	
Öğrenci No.	: 21010802.....	
Programı	: Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐	
Mevcut Tez Başlığı	: İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne Hemşirelerin Görüşlerinin Belirlenmesi	
.....		
.....		
Yeni Tez Başlığı	:	
.....		
.....		
ESKİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Ar.Gör.Dr.Makbule TOKUR KESGİN	
Ortak Tez Danışmanı		
YENİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Yrd.Doç.Dr.Yurdanur DİKMEN	
Ortak Tez Danışmanı		
<u>08.05.2013</u> Tarih	 Danışman	 Anabilim Dalı Başkanı
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI	Tarih: <u>15.05.2013</u>	Karar No: <u>2013/57</u>
Tarih	Doç. Dr. M. Esra KOÇOĞLU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Enstitü Müdürü	

Not: Sadece başlık değişecekse mevcut başlık ve yeni başlık yazılmalı, sadece danışman değişecekse mevcut başlık ve danışmana ilişkin kısımlar doldurulmalıdır.

Bu form iki kopya doldurulacaktır.

EK-X

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI**

TOPLANTI TARİHİ : 02/03/2015
TOPLANTI NO : 03

Enstitü Yönetim Kurulu 02.03.2015 tarihinde saat 15:00 'de Enstitü Müdürü Prof. Dr. Erol AYAZ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

TOPLANTIYA KATILANLAR

Prof. Dr. Erol AYAZ
Doç. Dr. Bayram ÇÖREKÇİ
Yrd. Doç. Dr. Murat DIRAMALI
Doç. Dr. Yeşim BAKAR
Doç. Dr. Ümid KARLI

TOPLANTIYA KATILMAYANLAR

Yrd. Doç. Dr. Tülin FIRAT

KARAR NO: 2015/25

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi 2910804 nolu Aynur DOĞDU ve Keziban TÜRKEN GEL' in tez danışmanı Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN' in, üniversitemizden ayrılması nedeniyle, yeni tez danışmanlarının aşağıdaki değiştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile,

Öğrenci

Aynur DOĞDU
K.TÜRKEN GEL

Eski Tez Danışmanı

Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN
Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN

Yeni Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Arzu AKMAN YILMAZ
Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Karar verildi.

ASLI GİBİDİR
Erdan DURASI
Enstitü Sekreteri V.

EK-XI

A.İ.B.Ü
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ DANIŞMANI / TEZ BAŞLIĞI DEĞİŞİKLİK FORMU

Gönderen : Hemşirelik.....EABD Başkanlığı

Öğrencinin Adı Soyadı : Keziban TÜRKEN GEL.....

Öğrenci No. : 21010802.....

Programı : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐

Mevcut Tez Başlığı : İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne Hemşirelerin Görüşlerinin Belirlenmesi

Yeni Tez Başlığı :

ESKİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Doç.Dr. Yurdanur DİKMEN	
Ortak Tez Danışmanı		

YENİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Yrd.Doç.Dr.Makbule TOKUR KESGİN	
Ortak Tez Danışmanı		

02.02.2015
Tarih

Danışman

Doç.Dr. Arzu İLÇE
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Anabilim Dalı Başkanı

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih:

Karar No:

Tarih

Enstitü Müdürü

Not: Sadece başlık değişecekse mevcut başlık ve yeni başlık yazılmalı, sadece danışman değişecekse mevcut başlık ve danışmana ilişkin kısımlar doldurulmalıdır.

Bu form iki kopya doldurulacaktır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Keziban TÜRKEN GEL 10.11.1973 tarihinde Salihli’de doğdu. İlk orta ve lise öğrenimini Manisa/Salihli’de tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan 2000 yılı Ocak ayında mezun oldu. 2000 yılında İnternational Hospital İstanbul Koroner Yoğunbakım Ünitesi’nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2005-2006 yılları arasında İnternational Hospital İstanbul’da eğitim hemşireliği yaptı. 2006-2011 yılları arasında Düzce Özel Hayri Sivrikaya Hastanesi’nde Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemşiresi olarak çalıştı. 2011-2012 yıllarında ise ORAY Diyaliz Merkezi’nde Diyaliz Birim Sorumlu Hemşiresi olarak çalıştı. Haziran 2012’de Abant İzzet Baysal Üniversite Hastanesinde Yoğunbakım hemşiresi olarak göreve başladı. 2014 Aralık’tan bu yana ise aynı hastanede Eğitim Hemşiresi olarak görevine devam etmektedir. Evli ve üç çocuk annesidir.