

**T. C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**EVDE BAKIM  
HİZMETİ VE GELİŞİMİ**

**Dr. Filiz KOÇ**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Didem ARSLANTAŞ**

**ESKİŞEHİR**

**2009**



**TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI****T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Dr. Filiz KOÇ'a ait "Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi" isimli tez çalışması Jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 04.02.2009

Jüri başkanı	Prof. Dr.Cemalettin KALYONCU Halk Sağlığı Anabilim Dalı	İmza
Üye	Prof. Dr. Selma METİNTAŞ Halk Sağlığı Anabilim Dalı	İmza
Üye	Doç. Dr. Didem ARSLANTAŞ Halk Sağlığı Anabilim Dalı	İmza

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu'nun 12.02.2009 tarih ve 06/13 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Zübeyir KILIÇ  
Dekan

## TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda almış olduğum 4 yıllık uzmanlık eğitimimde büyük emekleri olan, bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, destek veren ve tezimin hazırlanmasında benden hiçbir türlü desteğini esirgemeyen, sayın hocalarım Prof. Dr. Cemalettin KALYONCU' ya, Prof. Dr. Selma METİNTAŞ'a, Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL'a, Doç. Dr. Burhanettin IŞIKLI'ya ve tez danışmanım Doç. Dr. Didem Arslantaş'a teşekkür eder, sonsuz saygılarımı sunarım. Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim. Ayrıca tezimin her aşamasında yardımını esirgemeyen Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı sekreteri Melike Duman'a çok teşekkür ederim.

## ÖZET

**KOÇ F: Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2009.** Uzun süreli bakım, kişinin ihtiyaçları, sosyokültürel değerleri, tercihleri neticesi evde ya da kurumda aldığı hizmettir. Kronik hastalık, şiddetli mental rahatsızlık, gelişimsel özürlülük ve yaşlılık gibi nedenlerle ihtiyacı olan kişilere istemeleri durumunda, kurumsal bakıma alternatif olarak evde bakım hizmeti verilebilmektedir. Türkiye’de sağlık sistemi içinde yapılandırılmış bir evde bakım hizmeti yoktur. Bu durumdaki kişilere yakınları kendi olanakları ile evde bakmaya çalışmaktadır. Bu çalışmada, - hizmet planlanması yolunda bir aşama olarak- “evde bakım hizmetlerinde mevcut durumun saptanması” amaçlandı. Bu çalışma, 01 Nisan 2008- 31 Temmuz 2008 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Eskişehir’in Yetmiş Beşinci Yıl Mahallesi’nde, %10 sıklıkta bir olay için, %95 güven, 0.02 hata payı ile hesaplanan 706 hane basit rastgele yöntemle belirlendi. Araştırmanın örnekleme haneler üzerinden yapıldı. Örneğe çıkan hanelerin nüfusu tespit edilerek kişi bazına indirildi. Evde uzun süreli bakım alanların ve/veya verenlerin prevalansı sıklığı % 3.7 kişi bulundu. Hane itibariyle ifade edilecek olursa, on haneden birinde bakım verildiği saptandı. Bakım alanların sıklıkla yaşlılar, erkekler, bekârlar, lise ve üzeri öğrenimliler ve sosyal güvencesi olan kişiler; bakım verenlerin ise çalışan yaş grubundan, kadınlar, bekârlar, lise ve üzeri öğrenimliler ve sosyal güvencesi olan kişiler olduğu saptandı. Bakım alma süresi, bağımlılık ve özürlülüğün derecesi ile bakım verenin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bulundu. Bakım verenlerin sırasıyla eşler, çocuklar ve ebeveynler olduğu saptandı. Temel belirleyici olarak öne çıktığı görülen bakım nedenlerinin daha ayrıntılı analizine imkân verecek ve bakım gereksinimini de belirleyecek daha kapsamlı araştırmaların gerekli olduğu sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Evde bakım hizmetleri, uzun süreli bakım, informal- formal bakım

## ABSTRACT

**KOÇ F: Home Care Service and it's Progress. Eskişehir Osmangazi University, Medicine Faculty, Department of Public Health, Eskişehir, 2009.**

Long-term care is a home-based or institutional service which is directed according to individual's needs, preferences and socio-cultural values. Home based care services can be given alternatively to institutional care in case of their requests, according to their chronic illness, severe mental illness, developmental disabilities and aging. Turkey's health system has no structured home care service. Relatives of such people try to provide care at their home by their own resources. In this study, it is aimed to state the present situation of home based care as a milestone for planning of the service. This study is a descriptive study which was conducted between 01 April and 31 July 2008. In the Yetmiş Beşinci Yıl District of Eskişehir, 706 houses were selected randomly for a prevalence of %10 and error level of the 0,02 %, for a 95 % confidence interval. Sampling of the research was done by using houses. The total population of the selected houses was determined and netted down to individual bases. The prevalence rate of the home based long term care recipients and/ or care givers was 3.7%. If it is expressed as houses base, long term care was given in one of the ten houses. It was observed that, majority of the long term care recipients were aged, male, unmarried, senior high school or over graduated and under social security umbrella ones while most of the care givers were in the workers age group and were female, unmarried, senior high school or over graduated and under social security umbrella. Correlation was found between the depression, anxiety and life quality of care givers and the care receiving duration, degree of dependence and disability. Care givers were counterparts, children and parents, respectively. It is concluded that, there is a need of more detailed studies in order to analyze the care reasons which are arising as basic determinates and also to set the care requirements.

**Keywords:** Home based services, long term care, informal- formal care

**İÇİNDEKİLER**

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tanım ve Kapsam	2
2.2. Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler	5
2.3. Evde Bakımın Olumlu Yönleri	6
2.4. Evde Bakım Hizmeti Verenlerin Özellikleri ve Evde Bakım Ekibi	7
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Gereksiniminin Boyutları	10
2.6. Dünyada ve Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Verilme Durumu	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR	44
EKLER	
EK 1: 18 yaş üzeri bireye uygulanacak anket formu	
EK2: Bakım veren bireye uygulanacak anket formu	

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GYA</b>	Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>EGYA</b>	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>Tbc</b>	Tüberküloz
<b>SHÇEK</b>	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
<b>BDÖ</b>	Beck Depresyon ölçeği
<b>BAÖ</b>	Beck Anksiete Ölçeği
<b>SF-36</b>	Short Form -36



**TABLolar DİZİNİ**

	Sayfa
<b>Tablo 2.1.</b> Beş gelişmiş ülkede 1999-2025 yılları itibarıyla ebeveyn destek oranları.	10
<b>Tablo 4.1.</b> Bakım alanların bazı özellikleri.	24
<b>Tablo 4.2.</b> Bakım verenlerin bazı özellikleri.	25
<b>Tablo 4.3.</b> Evde bakım alanların bakım nedenleri	26
<b>Tablo 4.4.</b> Bakım süresinin bakım nedenlerine göre dağılımı.	26
<b>Tablo 4.5.</b> Evde bakım alanların günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık durumları	27
<b>Tablo 4.6.</b> Evde bakım alanların enstrümental günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık durumları	27
<b>Tablo 4.7.</b> Bakım verenlerin Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puan ortalamaları	28
<b>Tablo 4.8.</b> Bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları	29
<b>Tablo 4.9.</b> Bakım alma süresi ve bakım verenlerin yaşam kalite, depresyon, anksiyeteleri arasındaki ilişki.	30
<b>Tablo 4.10.</b> Bakım alanların GYA'leri ve bakım verenlerin yaşam kalite, depresyon, anksiyeteleri arasındaki ilişki.	31
<b>Tablo 4.11.</b> Bakım alanların EGYA'leri ve bakım verenlerin yaşam kalite, depresyon, anksiyeteleri arasındaki ilişki.	32

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu'nda ( Home-Based Long Term Care Technical Report), zamanla dünya nüfusunun sağlık ihtiyaçlarında değişiklik olacağı belirtilmiştir. HIV/AIDS, tüberküloz ve malarya gibi bulaşıcı hastalıklar, ölümlerin temel nedeni olmaya devam etmesine rağmen, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun artması sonucu kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi kronik hastalıklar nedeni ile ortaya çıkan özürllükler ve buna bağlı gereksinimlerin artacağı bildirilmiştir. Sonuç olarak, uzun süreli bakım ihtiyacında belirgin ve bütün dünyayı kapsayan bir artış olacağı ifade edilmektedir.

Uzun süreli bakım kurumsal yani hastanede ya da evde verilmektedir. Hastanede bakım maliyetine görece daha ekonomik olması nedeniyle evde uzun süreli bakım hizmetlerine doğru bir geçiş görülmektedir. Uzun süreli bakım hizmetlerinde beklenen artışa rağmen 'mevcut durum' bilinmemekte yani dünyada uzun süreli bakım ihtiyacı hakkında yeterli bilgi bulunmadığı eklenmektedir (1).

Evde uzun süreli bakım hizmetleri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde verilmektedir. Dünyada bu hizmetin devam ettirilebilmesi için temel yapıtaşı olan insan kaynağını sağlayan aile üyeleridir. Gelişmiş ülkeler, bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkılamayacak boyutlara ulaşacağını öngördüklerinden ailenin desteklenmesini hedef alan bakım sigortası kapsamında yasal düzenlemelere sosyal politikaları içinde yer vermişlerdir.

Türkiye'de sağlık sistemi içinde yapılandırılmış bir evde bakım hizmeti yoktur. Uzun süreli bakım ihtiyacı olan kişiler ve yakınları, sağlık sistemi tarafından düzenli bir bakım hizmeti ve sosyal destek alamadıkları için yataklı sağlık kuruluşlarında yatmadıkları dönemlerde sağlık sorunları ile tek başlarına baş etmek durumundadır. Yaşanan sağlık sorunlarının kişinin günlük yaşamı, iş ve aile yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı olarak önemli sosyal ve psikolojik sorunların ortaya çıkacağı da beklenir.

Bu çalışmada, - hizmet planlanması yolunda bir aşama olarak- Eskişehir'in Yetmiş Beşinci Yıl Mahallesi'nde evde bakım hizmetlerinde "mevcut durumun" saptanması amaçlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tanım ve Kapsam

Dünyada bugüne kadar üzerinde uzlaşma sağlanan bir evde bakım hizmeti tanımı yapılmamıştır. Evde bakım anlamında kullanılan sürekli bakım(continuing care), topluma dayalı uzun süreli bakım (community long term care), evde uzun süreli bakım (home based long term care) gibi farklı terimlerle karşılaşılmaktadır. Terminoloji ülkeden ülkeye farklı olmasına rağmen temel görüş aynıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu'nda ( Home-Based Long Term Care Technical Report) uzun süreli bakım ve evde uzun süreli bakım, tanımları verilmiştir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır (2). DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı rapora göre ise, evde uzun süreli bakım, var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler (informal care) ve asıl mesleği evde bakım olan kişiler ile bakıma yardımcı kişiler tarafından sağlanan bakım(formal care) etkinlikleridir (1).

İsrail'de ev hastanesi (hospital at home), Amerika Birleşik Devletleri'nde(ABD) evde bakım (homecare), ev hemşireliği (home nursing), Batı Avrupa'da ise evde sağlık bakımı (home health care) ve ev ziyareti (home visiting) sık kullanılan terimlerdir (3).

Evde bakım hizmetleri koruyucu-destekleyici (preventive-promotive), tedavi edici (therapeutic), rehabilite edici (rehabilitative), akut - kısa süreli (acute -short term) ve kronik -uzun süreli (long term maintenance) ve palyatif / terminal ( palliative-end of life) bakım şeklinde farklı kapsamlı gruplarda sunulabilir (4).

DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu zamanla dünya popülasyonunun sağlık gereksinimlerinde değişiklikler görüleceğini bildirmektedir. HIV/AIDS, Tbc ve malarya morbidite ve mortalitenin temel nedenlerini oluşturmaya devam edecek olmasına rağmen, bulaşıcı olmayan hastalıklar da yetersizliğe neden olacaktır. Son yirmi yılda gelişmiş ülkelerde daha belirgin artış sergilemekle beraber,

çoğu gelişmekte olan ülkede yaşlı populasyon % 300 artmış ve artmaya devam etmektedir. Bütün dünya ülkelerinde uzun süreli bakım ihtiyacı artmaktadır.

Uzun süreli bakım, kişinin olası en iyi yaşam kalitesi ve en yüksek bağımsızlık derecesi ile insana yakışan bir yaşam şeklini sürdürmesi temel alındığından kişinin değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını içerir. Bu nedenle uzun süreli bakım, kurumda ya da evde verilebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ekonomik nedenlerden dolayı hastane bakımından, evde ve topluma dayalı bakıma kayma vardır.

DSÖ' nün Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu'nun bütününde, uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yardıma gereksinimi olan her yaştan kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım üzerine vurgulama yapılmıştır (1).

DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu evde bakım hizmetlerinden yararlanacak hedef kitleyi ise aşağıdaki şekilde bildirmektedir:

- Tüberküloz gibi bulaşıcı veya kalp damar hastalıkları, kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalığı olanlar;
- Etiyolojisine bakılmaksızın özürlü olan kişiler;
- HIV/AIDS'li kişiler; kaza sonucu sakat kalanlar;
- Duyusal kısıtlılığı olanlar;
- Mental hastalığı olanlar (depresyondan demansa )
- Madde bağımlıları,
- Doğal ya da diğer afet mağdurları (1) .

Uzun süreli bakım ihtiyacı; kişilerin yaşamlarının akışı içinde değişim halinde olup, fiziksel, mental ve/veya kognitif fonksiyonel kapasitelerinin değişiminden ve çevreden etkilenir. Çoğu insan, kapasitelerinin bazıları bozulurken, kaybolan bazı fonksiyonel kapasitelerini yeniden kazanabilir. Bu nedenle ihtiyaç duyulan bakım tipini ve süresini belirlemek genellikle zordur(1).

Uzun süreli bakım esasen günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun incelenmesine dayanır (5).

Jacopzone tarafından yapılan özürlülük sınıflamasına göre kişinin Günlük Yaşam Aktivitelerinden (GYA) en az birinde tam bağımlılık söz konusu ise 'Ağır Özürlülük' olarak tanımlanır. Bu kişi evde ve kurumsal olmak üzere her iki tip bakımı da alabileceği gibi esasen kurumsal bakım için uygun kabul edilmektedir.

Kişinin Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) gerçekleştirmesi, ancak Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerinden (EGYA) en az birinde bir başkasına bağımlı olması ise ‘Orta Özürlülük’ olarak değerlendirilmektedir. Bu kişiler kurumsal bakım almak zorunda değildir. Temelde evde bakım almaya uygun görülen kişilerdir. ‘Ağır Özürlülük’ ve ‘Orta Özürlülük’ arasındaki fark, ayırım önemlidir. Uluslararası karşılaştırmalarda ‘Ağır Özürlülük’ esas alınır. ‘Ağır Özürlülük’ kişinin sağlık durumunun ölçülebilen ve ihtiyaç olan bakım tipini (kurum /evde) belirlemede kullanılabilen bir göstergesidir (6).

ABD’de halen büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu yaklaşık on milyon insan uzun süreli bakım hizmetlerine gereksinim göstermektedir. Bu sayının 2050 yılına kadar iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (7).

Ülkelerin çoğunda yasalarla evde uzun süreli bakım hizmetleri en az altı ay süre ile gereksinimlerini karşılayacak şekilde tasarlanmıştır. Birçok ülkede, uzun süreli evde bakım, sağlık ve sosyal hizmetlerin bir bölümü veya farklı bir program olarak sunulabilmektedir. Hemen her ülkede, bireyin bakıma muhtaç olup olmadığına ve bakım hizmeti alma gereksiniminde, bakım derecelendirme sistemi uygulanmaktadır. Buna göre, bireyin başkalarının yardımına günlük, haftalık ya da aylık olmak üzere hangi sıklıkta gereksinim duyacağı (bakım saati) saptanmaktadır. Bireyin gereksinim duyacağı olası bakımın saat sayısı, bakıma muhtaçlık derecesini belirlemektedir.

Bakım hizmetlerinden yararlanmada, bakıma muhtaç olunan saat esas alınmaktadır. Örneğin Almanya ve İsrail’ de günde en fazla 2 saat ev hemşirelik hizmetleri karşılanırken, Hollanda’da en fazla 3 saat olabilmektedir. Almanya bakım sigortasında, en alt düzeyde sunulan bakım, gereksinim duyulan bakımın %37’sini oluştururken, en yoğun bakım gereksiniminde de bu sayı, %44’ü olabilmektedir. İsrail’de 1.derecede bakım için, haftada 17.5 saat gerekmesine karşın yalnızca haftada 10 saat sunulmaktadır. Buna göre yaklaşık %57’si bakım sigortası tarafından karşılanmaktadır. Bazı durumlarda gereksinimin %35’i bakım sigortası tarafından karşılanmaktadır. Avusturya’da en yoğun bakım gereksiniminin %16’sı karşılanmakta, en az bakım gereksinimi durumunda da (ayda 180 saatten fazla) 40 saat hemşirelik bakımı ve 80 saat ev yardımları olmak üzere %44’ü karşılanmaktadır. Japonya’da bakım gereksinimini karşılanmasında kapsam geniş tutulmuştur (8).

Bin dokuz yüz kırklı yıllarda hastane yataklarının büyük kısmını uzun süre işgal eden kronik hastalığı olan kişilerin sayısının giderek artması üzerine, hastanelerin evde bakıma ilgi duymaya başladığı görülmektedir. Bu anlamda ABD’deki Monefiore Hastanesi Evde Bakım Programı, 1947’de tıbbi hemşirelik hizmetleri ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulması amacıyla başlatılan ilk hastane destekli evde bakım programı olmuştur. Bu nedenle evde bakım etkinliklerinin ilk kez ABD’de başladığı kabul edilmektedir. Evde bakım hizmetleri ABD’de ‘Medicare’ ve Medicaid’ sigorta sisteminin 1965’ de hayata geçişi ile birlikte hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır. Evde bakım hizmetleri 20. yüzyılda ABD’de, dünyadaki diğer ülkelere göre daha hızlı gelişmiştir. Bu gelişmede büyük ölçüde ekonomik ve finansal nedenler ile evde bakım hizmeti sunan kuruluşların bu alandaki hâkimiyeti rol oynamıştır (9).

## 2.2. Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış çekirdek bir hizmet listesi yoktur. Hizmete duyulan gereksinim ve hizmetin sağlanabilmesi için gerekli koşullar, bu kapsamdaki hizmetleri artırabilir ya da azaltabilir. Bu nedenle her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Evde bakım hizmetlerinin kapsamı konusunda alınacak kararın çok dikkatli alınması ve topluma oldukça anlaşılır biçimde açıklanması gerekmektedir. Toplumlar gereksinimlerin karşılanmasında, ekonomik koşulların dikkate alınmasında, kişisel ve topluluğa ait tercihlerde, hizmet alanın ve verenin hareketlilik olanağında ve ulaşım olanaklarının sağlanabilirliğinde alternatif yolların göz önüne alınmasını isteyebilirler (1).

Evde bakım hizmetinin ögesi olabilecek hizmetler aşağıda sıralanmıştır.

Evde bakım hizmetinin öğeleri:

- Değerlendirme, izleme ve yeniden değerlendirme
- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması, ikincil hastalıkların ve özür lülüğün önlenmesi,
- Kişisel bakımın sağlanması (örneğin beslenme, banyo yapma, giyinme), karşılıklı yardımlaşma, kendini savunabilme
- Tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı
- Ev işleri hizmeti (temizlik, çamaşır yıkama, alışveriş)

- Özürlü bireyin gereksinimlerini karşılamak üzere ev ortamında düzenlemeler yapılması
- Sevk işlemi ve kamu olanaklarına ulaşma imkânının sağlanması
- Evde rehabilitasyon hizmeti
- Temel ve özel gereksinimlerin karşılanması, destekleyici aletler, ekipman ve ilaçların sağlanması
- Özelleşmiş destek hizmetleri( inkontinans durumu, demans ve diğer mental sorunlar, vb. için
- Bakım gereksinimi olan kişinin dönem dönem kurumsal bakım alması ile yakınlarının dinlendirilmesine yönelik hizmetler (respice care), bakım öncesinde, sırasında ve sonrasında bakım verenlere destek sağlanması (bakım verenlerin daha iyi hizmet vermelerini sağlayacak eğitim, bilgi, danışmanlık gibi konularda)
- Palyatif bakım (ağrının ve diğer belirtilerinin giderilmesi gibi)
- Danışmanlık ve duygusal destek verilmesi
- Sosyal etkileşimlerin artırılması ve informal ilişkilerin geliştirilmesi
- Üretim ve rekreasyon çalışmaları
- Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması
- Toplumun bakım rolü üstlenme konusunda hazırlanması ve harekete geçirilmesi

Yukarıda sıralanan hizmetlere ek olarak, yiyecek, su ve sanitasyon olanağının sağlanması, yakacak, barınak ve gelir sağlanması; ev, hastane ve kurumlar arası bağlantıların oluşturularak bakımın sürekliliğinin sağlanması; planlama, yönetim ve politika oluşturma amacıyla hastalara ait bilgi toplanması ve kaydedilmesi; denetim ve teknik destek; izleme, değerlendirme ve geri bildirim hizmetleri de bu kapsamda düşünülebilir (1).

### **2.3. Evde Bakımın Olumlu Yönleri**

Evde bakım hizmetleri dünyadaki tüm ülkelerde yaygınlaşırken hizmetin olumlu yönleri bildirilmektedir.

Bu olumlu yönlerde:

- Sağlık hizmetini kişinin kendi yaşadığı ortamda sunulmasına olanak sağlar,

- Kişiyeye özel hizmettir.
- Bakım alan aileyi bir arada tutar, aile bütünlüğünü korur,
- İyileşmeyi hızlandırır,
- Teşhisten iyileşmeye kadar geçen süreçte kesintisiz kaliteli ve standart hizmet sağlar,
- Hasta ve yakınlarına bakım konusunda eğitimi de içerir,
- Zamandan tasarruf sağlar,
- En üst düzeyde bağımsızlık sağlar,
- Yaşam kalitesini yükseltir,
- Hastane enfeksiyonu riskini azaltır,
- Tekrarlı kurum gereksinimini azaltır,
- Hastaneye gidiş gelişi azaltır,
- Yaşam süresini uzatır,
- Hasta memnuniyetini artırır,
- Stresi azaltır,
- Aile yapısına uygun bir hizmettir,
- Bakım maliyetlerini düşürür. ( Evde bakım maliyeti kurum maliyetine göre 2- 10 kat arasında daha düşük olmaktadır) (10).

#### **2.4. Evde Bakım Hizmeti Verenlerin Özellikleri ve Evde Bakım Ekibi**

Evde bakımın en temel unsuru bakım verecek kişilerdir. Bakımın gerekli olduğu durumlarda eğer aile bireyleri, arkadaşlar, komşular gibi bakıcılar yoksa evde bakımın verilmesi mümkün değildir. Ekonomik yönden geri kalmış bölgelerde ve ülkelerde fonksiyonel olarak bir başkasına bağımlı kişiler için tek bakım kaynağı bu bakıcılardır. Gelişmiş ülkelerde de aileler ve/veya sağlık hizmeti sunanlar dışındaki bakıcılar olmadan evde bakımın sürdürülmesi olanaksızdır (1). Gelişmiş ülkeler; bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkılamayacak boyutlara ulaşacağını öngördüklerinden, sosyal politikaları içinde ailenin desteklenmesini hedef alan bakım sigortası kapsamında yasal düzenlemelere yer vermişlerdir (11).

Bakımın büyük kısmını üstlenmelerine karşılık bu kişilerin çoğunluğu sağlık bakımı ile ilgili herhangi bir eğitim almamışlardır. Ayrıca hasta bakımı konusunda üstlendikleri rolün bir sonucu olarak kişisel, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamaktadırlar. Asıl mesleği evde bakım olan kişiler gibi bu kişilerin de büyük



kısmı kadındır; ayrıca bakım alanların büyük bir kısmını da kadınlar oluşturmaktadır (1).

HIV /AIDS nedeniyle neredeyse yetişkinlerin tümünün hasta olduğu ve bakım ihtiyacı duyduğu Afrika ülkelerinde, HIV/AIDS ‘Nine Hastalığı’(Grandmother Illness) olarak isimlendirilmektedir. Çünkü bu ülkelerde hastalığa yakalanmayan sadece yaşlı kadınlardır ve hasta olan yetişkin aile üyelerine bu yaşlı kadınlar bakım vermektedirler (12).

Hedef kitleye evde bakım hizmeti verecek profesyonel ekip aşağıda sıralanan kişilerden oluşur:

- Hekim
- Hemşire
- Sosyal hizmet uzmanı
- Psikolog
- Fizyoterapist
- Diyetisyen
- Geriatrist
- İş uğraşı terapisti
- Ev ekonomisti

Bu ekip, toplum kaynaklarının (belediyeler, bakım araç gereçleri üreten kuruluşlar, sigorta şirketleri, sivil toplum örgütleri, değişik bakanlıklar gibi) evde bakım hizmetlerine yönlendirilmesini sağlar. Bu nedenle, evde bakım hizmetinin multidisipliner ve multisektöryel bir hizmet olduğu söylenebilir (10).

Temelde bakım verecek kişiden üstlenmesi beklenen işlevler şunlardır:

- Hastaya duygusal destek sağlamak
- Hasta ile ilgili gözlem yapmak
- Fiziksel destek sağlamak
- Ev işlerinin yürütülmesini sağlamak
- Tedavi planına katılmak
- Yardım istemek

Bu işlevleri gerçekleştirebilmeleri için evde bakım veren aile bireyleri evde bakım ekibinin üyeleri tarafından, verilecek bakım konusunda bilgilendirilir ve yerine getirmeleri beklenen aktiviteler doğrultusunda eğitilirler (1). Bu süreçte eğitim verilen aile üyesinin öğrenim durumu, kültürel özellikleri, dil özellikleri,

emosyonel durumu ve anksiyete düzeyi etkili olmaktadır. Ayrıca bakım veren aile üyeleri, bakım sürecinde ortaya çıkabilecek tehlike belirtileri konusunda da farkındalık yaratılmak amacıyla eğitilirler. Bu süreç sonrasında da evde bakım ekibi, aile üyelerinin verdikleri bakımı değerlendirmekle yükümlüdür. Bu ölçekler bakımın olumlu ve olumsuz etkileri, bakım verenlerin özellikleri, bakım verenlere sağlanan sosyal destek gibi alt başlıklarda olabilmektedir. Örneğin, Yang ve arkadaşları tarafından geliştirilen Yetersiz Aile Bakım Kalitesi İndeksi'ne (Poor Family Care Quality Index) göre; hastanın yeterli miktarda ve zamanında beslenmesinin sağlanması, kişisel hijyenine (yıkama, giyinme, tarama) yeterli düzeyde yardımcı olunması, giysilerinin temiz ve düzenli olması, ilaçlarını almasının sağlanması, deri bütünlüğünün korunması aile bakımının değerlendirilmesinde kullanılacak temel kriterlerdir. Aile üyelerinin sağladığı bakımın değerlendirilmesi sonrasında ortaya çıkacak gereksinimlere uygun olarak eğitimler sürdürülmelidir (13).

Aile bireyleri tarafından sağlanan bakımın boyutunun belirlenmesine yönelik olarak yapılan çalışmalar sonucunda Ebeveyn Destek Oranı (Parent Support Ratio) adı verilen bir ölçüt geliştirilmiştir. Ebeveyn Destek Oranı bir toplumda bakım verme sorumluluğunun boyutunun gösterilmesi amacıyla kullanılacak bir ölçüttür. Bu oran 80 yaş ve üzeri nüfusun 50- 64 yaş arası nüfusa oranı olarak tanımlanmaktadır (14).

Beş gelişmiş ülkede yaşayan 50- 64 yaş arası her 100 kişinin bakım verme sorumluluğunu taşıdığı 80 yaş ve üzeri nüfusun yüzde olarak değerleri Tablo 1' de verilmiştir. Bu bulgulara göre, 1999 yılı itibarıyla İsrail toplumunda ebeveyn bakım sorumluluğunu taşıma oranının en yüksek olduğu görülmektedir (%20.1). Bu oran 2025 yılı tahminlerine göre Japonya'da %44.0 olacaktır. Türkiye'de ise ebeveyn destek oranı 1990 yılı için %7.8 , 2000 yılı için %7.0' dır.

**Tablo 2. 1.** Beş gelişmiş ülkede 1999-2025 yılları itibariyle ebeveyn destek oranları (8).

	1999 yılı	2025 yılı
Avusturya	19.2	27.7
Almanya	18.2	31.7
Hollanda	18.4	25.4
İsrail	20.1	20.7
Japonya	17.1	44.0

### **2.5. Dünyada ve Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Gereksiniminin Boyutları**

Özür (disabled) için uzun süreli bakım hizmeti sağlama bir temel haktır ve gelişen toplumların uygulaması gereken vazgeçilemez bir özelliktir. Bu nedenle toplumda bakım ihtiyacı ve evde bakım hizmeti alanların boyutu ile ilgili değerlendirmelerin özür (disabilities) ile ilgili değerler üzerinden yapılması daha uygun olacaktır (8).

Dünyada uzun süreli bakım ihtiyacı olan özür (disabled) kişilerin sayısı ve kaç kişinin evde bakıldığı hakkında yeterli bilgi yoktur. Bu sonuç özür (disabilities) prevalansında uluslar arası karşılaştırma yapılabilecek nitelikte veri bulunmamasından kaynaklanmaktadır (8). Özür (disabilities) fiziksel, mental, duyuşsal yetersizlikten ileri gelebilir. Özür (disabilities) değerlendirmesinde bugün için kullanılan en objektif ölçek günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleridir. Bu ölçeklerin kullanıldığı bağımlılık durumunun incelenmesine dayanan Birleşmiş Milletler İstatistik Bölümü (United Nations Statistical Office (UNSO)), Birleşmiş Milletler Gelişme Programı (United Nations Development Programme (UNDP)) ve Metts (1999) tarafından yapılan araştırmalara göre 2000 yılı itibariyle gelişmiş ülkelerdeki nüfusun % 9.9’ unun Uluslararası Yetersizlik, Özür (disabilities) ve Sakatlık Sınıflaması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH, (WHO 1980- 1999)) kriterlerine göre özür (disabled) olduğu bildirilmektedir (15 )

Doğuşta beklenen yaşam ümidi (life expectancy), nüfusun genel sağlık durumunun belirlendiği geleneksel bir ölçüttür. Fakat bu ölçüt hastalığın ve özür (disabilities) yükü ifade edilemez. DSÖ özür (disabilities) ile yaşanan süreyi içeren Özür (disabilities) göre Ayarlanmış Yaşam Beklentisi (Disability Adjusted Life Expectancy

(DALE))'ne dayanan sağlıklı yaşam beklentisinin genel bir ölçütünü hesaplamıştır. Yaşam beklentisi ve DALE arasındaki ilişkinin analizi yaşamın yaklaşık yedi yılının özürllülüğe bağlı kaybolmakta olduğunu göstermiştir (16).

DSÖ özürllülük boyutunun dolayısı ile bakım ihtiyacının dünyanın daha olumsuz koşullara sahip bölgelerinde yaşayanlar arasında %14 iken zengin ve olumlu şartlara sahip bölgelerinde yaşayanlar arasında %9 olduğunu bildirmektedir (16).

Alman toplumunda özürllülük boyutu yaklaşık olarak %4.6 saptanmıştır (1992). Kendi evinde yaşayan Almanların %1.5'i günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememektedir. Bu kişilerin % 71'i 65 yaş ve üzerindeki kişilerdir ayrıca bu kişilerin %2.5' i enstrümental günlük yaşam aktivitelerini de yapamamaktadır (17).1996 yılında Kanada'da yapılan bir çalışmada, her 10 Kanadalıdan birinin uzun süreli sağlık sorunu olan bir kişiye bakım verdiği saptanmıştır (18). ABD'de 1995'te yapılan Ulusal Sağlık Araştırmasına ( National Health Survey) göre eve bağımlı her 5 yaşlıdan biri günlük yaşam aktiviteleri veya enstrümental günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yardıma gereksinim duyduğunu ifade etmiştir. ABD'de 2000 yılı itibariyle her yaştan 20 milyon kişinin uzun süreli bakıma gereksinimi olduğu bildirilmiştir (5). Gelişmiş sekiz ülkede, evde bakım hizmeti alan 65 yaş üzeri bireylerin yüzdesi ise %5- 17 arasında değişirken, bakımevlerinde kalan yaşlı bireylerin yüzdesi %5- 8 arasında değişmektedir (6).

2005 yılı verilerine göre, 72 milyon olan Türkiye nüfusunun %5.0 olan 65 yaş üstündeki nüfusun toplam, 2025 yılında %9'a olacağı öngörülmektedir (19). Türkiye'nin doğuştan beklenen ortalama yaşam süresi 2006 yılı için erkeklerde 69,1 kadınlarda 74,0, toplamda 71,5 yıldır (20). OECD ülkeleri ile kıyaslandığında ortalama beklenen yaşam süresi en kısa olmasına rağmen 2045- 2050 yılları için ortalama 78 yıl olacağı varsayılmaktadır (21. , 22).

Ülkemizde özürllülerin sayısı, sıklığı ve sosyoekonomik nitelikleri hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle ülkemizde özürllüler sorunu tüm boyutlarıyla ortaya konulamamış ve özürllülere yönelik yeterli politika geliştirilememiştir (23). Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Başbakanlık Özürllüler İdaresi Başkanlığı işbirliği ile yapılan Türkiye Özürllüler Araştırması (2002) verilerine göre özürllü nüfusun toplam nüfusa oranı % 12.29 ( 8.5 milyon kişi) olarak tahmin edilmektedir ve %9.7'sinin özrü kronik hastalıklara bağlıdır (24) Aynı

araştırma sonuçlarına göre özürlü nüfusun %4 'ünden fazlasının evde bakım hizmeti beklentisi olduğu belirtilmektedir (25, 26).

Türkiye'de evde bakım ihtiyacının düzeyi bilinmemektedir. Ankara'nın Çankaya ilçesinde yapılan genel olarak bütün bakım nedenlerinin değerlendirildiği çalışmada son bir ay içinde evde bakım verilen hane sıklığı % 8.7 olarak bildirilmiştir (27).

## **2.6. Dünyada ve Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri Verilme Durumu**

Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan bütün ülkelerde evde bakım hizmeti verilmektedir. Ancak evde bakım hizmetlerinin tıp biliminin gerçeklerine uygun bir biçimde evde bakım profesyonellerince sağlanan komponentinin eklendiği, sağlık hizmetleri kapsamına alındığı, sunumuna yönelik kanun ve düzenlemelerin yapıldığı, finansman sorunlarının çözüldüğü, hizmete özel personel yetiştirildiği ve uygun ekipman ve malzemeye erişimin mümkün olduğu ülke sayısı sınırlıdır. Bu ülkeler genellikle yaşlı nüfusa sahip, kronik hastalıkların ve özürlülük boyutunun yüksek olduğu gelişmiş ülkelerdir (1). Bu konuda en iyi iki örnek ABD ve Kanada'dır ( 5, 18 ).

ABD'de uzun süreli bakım hizmetleri harcamaları esasen Medicare ve Medicaid sağlık sigorta programları tarafından karşılanmaktadır. Son 25 yılda evde bakım hizmeti kullanımında belirgin bir artış olmuştur. Bu durumun temel nedeni ABD' deki 65 yaş üzeri nüfusun ve bazı genç özürülülerin sağlık harcamalarını karşılayan Medicare'in ödeme yaptığı hizmetlerin sayısını 1970 ve 1980'lerde yaptığı düzenlemeler ile artırmasıdır. 1995'te evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üzeri nüfus Medicare'in kapsadığı yaşlı nüfusun % 10'unu oluşturmuştur. Gelir düzeyi düşük ailelere sağlık sigortası sağlayan Medicaid, 1998'de uzun süreli bakım için yapılan harcamanın %40'lık bölümünü karşılamıştır (5, 9).

Kanada'da evde bakım hizmetleri 'Kanada Medicare Sigorta Sistemi' tarafından finanse edilir. 1997 yılında yaşlılar ve kronik özürlü kişilere sunulan hizmetler için yapılan harcamalar Kanada sağlık harcamalarının %14,1'lik kısmını oluşturmuştur (9,18).

Her iki ülkede de evde bakım hizmeti sunan kuruluşların ülkenin bütününe homojen şekilde yayılmaması ( kentsel bölgelerde daha yoğun ) nedeni ile hizmetin kullanımının ülke içinde büyük değişiklikler gösterdiği belirtilmektedir (5, 18).

Avrupa’da evde bakım hizmetlerinin durumuna bakıldığında Danimarka, Almanya, Hollanda ve İsveç’ in en entegre uzun süreli bakım sistemlerine sahip oldukları görülmektedir. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı sosyal sigorta fonları ve genel vergilerle karşılanırken, sosyal hizmetlerin yönetim ve finansmanı yerel yönetimler ve/veya gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır (28).

Ülkelerin evde bakım hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemelerine bakıldığında Avusturya, Almanya, Hollanda, İsrail ve Japonya’da evde bakım hizmetlerinin yasa kapsamına alındığı görülmektedir. Bu beş ülkede evde bakım hizmetleri uzun süreli bakım kapsamında değerlendirilmektedir (8).

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmıştır. Evlerinde yalnız yaşayan yaşlılara yardımcı olmak ve evde bakım hizmetinde yer alacak ara personelin yetiştirilmesi hedefi ile başlatılan bu proje, pilot uygulamalardan etkin sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir (29).

Türkiye’ de evde bakım hizmetleri ile ilgili ‘yeterli’ düzenlemeler bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürürlükte olan sağlık hizmetleri, yatarak veya ayaktan tedaviyi kapsamakla birlikte evde bakım hizmetlerine yer verilmemiştir. Maliye Bakanlığı Bütçe Uygulama Talimatlarında da, sağlık hizmetleri sunumunda evde bakım hizmetlerinin ücretlerinin ödemesine ilişkin uygulama henüz oluşturulmamıştır (30).

Bakıma muhtaç olanlara kurumsal bakım hizmetleri (huzurevleri, yaşlı dayanışma merkezleri vb.) verilmektedir. Bu hizmetler, Sağlık Bakanlığı, T.C. Emekli Sandığı, SSK, belediyeler, dernekler ve özel kesime ait tesislerde verilmektedir. Kurumsal bakım hizmetlerinin finansmanı ise üyelerin ait oldukları sigorta kurumları tarafından karşılanmaktadır. Sigortası olmayan kesimler ile diğer muhtaç kimseler için ise giderleri devletin sosyal yardımlarından karşılanmaktadır (10).

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanununun 9. Maddesi (b) bendi ile “Korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç, çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamak” la görevlendirilen SHÇEK Genel Müdürlüğü, sosyal hizmetleri, yaşlı vatandaşlarımıza Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri aracılığıyla götürmektedir (31).

İlgili yasanın öngördüğü esaslar doğrultusunda yaşlıya yönelik var olan hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeni hizmetlerin başlatılması çalışmaları;

-SHÇEK Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Yönetmeliği,

-Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği,

-Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde açılacak Huzurevlerinin kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik olmak üzere 3 yönetmelik çerçevesinde yürütülmektedir.

Bu yönetmeliklerin hükümlerine göre, huzurevlerine, maddi ve sosyal yönden yoksunluk içinde olan, ancak günlük ihtiyaçlarını (yeme, içme ve tuvalet gibi) bağımsız olarak karşılayabilen, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren ağır bir hastalık veya sakatlığı bulunmayan, akıl ve ruh sağlığı yerinde 60 yaş ve daha yukarı yaştaki kişiler (özel huzurevleri için 55 yaş ve üzeri) alınmaktadır.

26.01.2009 tarihi itibariyle;

- SHÇEK' e ait huzurevleri sayısı 78, kapasite 7.962,

- Özel huzurevleri sayısı 153, kapasite 8411,

- Kamu kurum kuruluşlarına bağlı huzurevleri sayısı toplam 28 olup kapasite 4546 kişidir ( bunların altısı diğer bakanlıklara bağlı huzurevi olup kapasite 2442 kişi iken, belediyelere ait 22 huzurevinin kapasitesi 2104 kişidir) (32).

2828 sayılı Kanununun 9. maddesinin “j” fıkrası gereği açılan Yaşlı Dayanışma Merkezleri yaşlılara yönelik alternatif bir gündüzlü hizmet modelidir. Kendi olanakları ile karşılamakta güçlük çektikleri konularda destek hizmetleri vermek, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini artırmak amacı taşıyan Yaşlı Dayanışma Merkezlerinin sayısı ise Türkiye genelinde Ankara (Emek, Mamak), İzmir, Eskişehir ve Çanakkale illerinde olmak üzere beştir. Yaşlı dayanışma merkezlerinin toplam üye sayısı 966'dır (33).

Ülkemizde 2006 yılında kurulan Nazilli Devlet hastanesi ve Denizli Devlet hastanesinde kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimleri hizmet vermektedir. (34, 35 ).

Özel sektörde 2008 yılı itibariyle sağlık bakanlığından ruhsatlı yirmi civarında Evde Bakım Merkezi faaliyetlerini sürdürmektedir (36, 37). Sağlık Bakanlığı tarafından bu kuruluşların açılma koşulları, çalışma şekli ve denetlenmesi

ile ilgili olarak 2005 yılında “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” yürürlüğe konulmuştur (38).

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından 23.10. 2007 tarihinde çıkarılan ‘ Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik’ ile ağır özürli ve bir başkasının himaye ve bakımına muhtaç olduğu sağlık kurulu raporuyla tespit edilen ve hane gelirinin kişi başına bölünmesi sonucunda ayda 270 YTL sınırının altında kalan özürli yakınlarına aylık 419 YTL bakım ücreti ödenmeye başlanmıştır. Bu yardımdan yirmi beş bin kişi yararlanmıştır. 2009 yılı sonunda bu sayının iki yüz bine ulaşacağı öngörülmektedir. Bu kapsamda verilen bakım ücreti desteğinden yönetmelikteki koşullara haiz yaşlılarda yararlanmaktadır ( 39).

10.07.1976 tarihinde yayımlanan ve mali hükümleri 01.03.1977 tarihinde yürürlüğe giren 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre “muhtaç olmak koşuluyla 65 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olup da muhtaç, malul ve sakat olan Türk vatandaşlarına hayatta oldukları sürece aylık bağlanmaktadır. Bu kişilerin devlet hastanelerinde ücretsiz tedavileri yapılmaktadır. 2022 Sayılı Kanun Gereğince Yaşlılık, Malullük ve Sakatlık Aylığından Yararlanan Kişi Sayısı 2004 Yılı verilerine göre 1.092.457’dir (37,40). Belediyeler, Anayasanın 127’ nci maddesi ve 1580 sayılı Belediye Kanununun 1’nci maddesine göre, beldenin ve belde halkının mahalli nitelikteki müşterek ve medeni ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlü kamu tüzel kişileri (41,42).

Bu çerçevede belediyeler, yardıma muhtaç olan yaşlıların barınması için huzurevi yapmakta, ücretsiz muayene ve ilaç yardımı yapmakta, gıda, yakacak, belediye otobüslerinden ücretsiz veya indirimli yararlanmalarını sağlamak gibi görevleri yerine getirmektedirler.

Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde 1994 yılında kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi “Evde Bakım Projesi”, Türkiye’de konuyla ilgili önemli projelerden birisidir. Merkeze üye olan yaşlılara her türlü ev tamirata, elektrik, su tesisata, marangozluk işleri, boya, badana ve temizlik hizmetleri sağlanmaktadır. Buna ek olarak, yaşlıların, telefon, su, elektrik faturaları ile emlak ve çevre temizlik vergileri yatırılmakta, banka işlemleri takip edilmektedir. Ayrıca merkeze başvuran yaşlılara ASKİ, EGO gibi belediye birimlerinde sıra beklemeksizin işlerini kolaylıkla



yapabilmeleri için “öncelikli hizmet kartı” çıkarılmaktadır. Bu projede öncelik: altmış yaşın üzerinde, yalnız veya eşyle birlikte yaşayan, bakıma gereksinim duyan ve dar gelirli yaşlılara tanınmaktadır. Bununla birlikte orta ve üst gelir grubuna mensup yaşlılar da evde bakım hizmetinden yararlanabilmektedir. Merkezin sunduğu tüm hizmetler ücretsizdir, fakat sadece temizlik ve sağlık hizmeti sunumunda asgari ücretin üzerinde geliri olan yaşlılardan, temizlik için on beş milyon, sağlık hizmetleri için ise beş milyon lira ücret alınmaktadır. Merkezin bilgisayar ortamında kayıtlı 31.12.2008 tarihi itibarıyla 23.762 üyesi bulunmaktadır (43).

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Sağlık ve Hıfzıssıhha Şube Müdürlüğü tarafından 2001 yılında başlatılan Evde Bakım Hizmetleri Projesi kapsamında hiçbir sosyal güvencesi olmayanlara, Sosyal Güvencesi olsun ya da olmasın bakıma muhtaç, fakir, özürlü ve/veya yatalak durumda olan hastalara, Evde bakıma ihtiyaç duyan ancak bakacak kimsesi olmayıp maddi durumu tedavi masraflarını karşılayamayacak durumda olan hastalara evde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bebekten yaşlıya, gebelik ve loğusa takibinden özürlü, yatalak ve kronik hastalık durumlarına, geçirilen bir kaza ya da bir ameliyat sonrası gereken bakım, rehabilitasyon ve psikolojik ihtiyaçların karşılanmasına kadar uzanan geniş bir yelpazede sunulan evde sağlık hizmetleri yaşlı hastalıkları ve bakımı konusunda ailelere yönelik bilgilendirme çalışmalarını da içermektedir (44).

Yalova Belediyesi ve İzmit Büyükşehir Belediyesinde yürütülen projelerle evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Mamak belediyesi sağlık taraması kapsamında 2008 yılı içerisinde dönemsel evde sağlık bakımı hizmeti sunmuştur (45, 46, 47).

Eskişehir’de SHÇEK’e ait 3 tane huzurevi bulunmaktadır. Eskişehir Hacı Süleyman Çakır Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi 1967’de kurulmuş kapasite 72 Eskişehir Maide Bolel Huzurevi 1990’da kurulmuş kapasite 90 Eskişehir Safiye Gönül Bayar Huzurevi 2008 yılında açılan huzurevinin kapasitesi 50 kişidir (48).

Eskişehir İli Sağlık Müdürlüğünce 2006 yılından itibaren yürütülen bir sosyal proje olan Muhtaç Ailelere Yardım Programı (MUYAP) ile 1614 kişiye evinden çıkamayan özürlü ve yoksul vatandaşların ihtiyaçları karşılamakta, evde bakım hizmeti verilmektedir. Özürlü, yoksul, kimsesiz, yardıma ihtiyacı olan kişilerin başta sağlık olmak üzere sosyal ihtiyaçları giderilmektedir (49,50).

Türkiye’de insan gücü olarak yaşlı bakım elemanı yetiştiren herhangi bir eğitim kurumunun olmaması, yaşlı hizmetleri alanı ve bu alanda görev yapacak nitelikli ara insan gücünün yetiştirilmesi amacıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı Kız Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü ve Milli Eğitim Sağlık Eğitimi Vakfı (MESEV)’nin işbirliğinde 1999 yılında meslek liselerinde başlatılan ve 2003 yılında ilk bölümü tamamlanan çalışma ile meslek liseleri düzeyinde yaşlı bakımı ve hizmetleri konusunda, bilinçli, nitelikli “Yaşlı Bakım Elemanı” ile ara insan gücüne olan ihtiyacın karşılanması amaçlanmıştır. Kız Meslek Lisesinde devam eden Projenin süresi 3 öğretim yıldır. Teorik dersler ve uygulama toplam 3200 saattir. Kasım 2002 ‘de eğitim programı tamamlanmıştır (36).

Bu saptamalar ülkemizde yaşlı ve özürlü kişilerin bakımının toplum içinde yakınları tarafından sürdürüldüğünü ve sunulan evde bakım hizmetinin kamu ve özel sektörde birbirinden bağımsız birden fazla kuruluş tarafından verilmekte olduğunu göstermektedir. Uzun vadede evde hasta, özürlü ve yaşlı bakımı hizmetlerinin bir bütünlük içerisinde ele alınarak kamu, özel sektör ve gönüllü kuruluşların iş bölümünü ve işbirliğini öngören temel bir yasa çıkarılarak, bu hizmetlerin temel sağlık hizmetlerine entegre edilmesine ve sağlanmasına gerek vardır. Sağlık Bakanlığının evde bakım hizmetlerinin standartlarını belirlemesine ve denetlemesine ihtiyaç vardır.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, Nisan 2008- Temmuz 2008 tarihleri arasında Eskişehir’ in Yetmiş Beşinci Yıl Mahallesi’nde yaşayanlarda yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan 29.08.2007 gün ve 380 sayılı Etik Kurul onayı alındı.

Araştırmanın örnekleme haneler üzerinden yapıldı. Örneğe çıkan hanelerin nüfusu tespit edilerek kişi bazına indirildi. Yetmiş Beşinci Yıl Mahallesi’nde - bölgeye hizmet veren Aile Sağlığı Merkezi kayıtlarına göre - çalışmanın yapıldığı tarihlerde 3700 hane bulunmakta idi. Araştırmanın örnek büyüklüğü “Evrenin Bilindiği Durumlarda Örnek Büyüklüğü Hesabı” formülünden yola çıkılarak, %10 sıklıkta bir olay için, %95 güven aralığı, 0.02 hata payı ile eşit yaklaşık 706 hane olarak hesaplandı. Örneğe çıkan haneler basit rastgele yöntemle belirlendi. Hanede kimse bulunmaması halinde bitişik haneye geçildi. Kişilere çalışmanın amacı anlatılarak onamları alındıktan sonra, örnekleri ek- 1 ve ek- 2 de bulunan anket formları uygulandı. Anketler araştırmacı tarafından her haneden iletişim mümkün erişkin bir kişi ile yüz yüze görüşülerek dolduruldu.

Çalışmada ‘Evde Uzun Süreli Bakım’ değerlendirilmiştir. Bu nedenle araştırmada en az altı ay süre olmak üzere, yaşlılık, özürlülük, kronik hastalık, durum ya da rahatsızlık vb. nedenlerle hanede en az bir kişiye bakım verildiğinin beyan edilmesi ‘Evde Uzun Süreli Bakım’ olarak kabul edildi. Mevcut bakım alanlar saptandı, bakım ihtiyacı olanlar değerlendirilmedi.

Çalışmada gidilen hanede evde uzun süreli bakım alan ya da veren kişi yoksa - araştırma evreni nüfusunu tespit amacıyla - hanede yaşayan kişilerin sosyodemografik özellikleri sorgulandı. Gidilen hanede “evde uzun süreli bakım” alan ya da veren kişi varsa, bakım alan- veren ve yaşayan diğer bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım alan kişilerin bakım alma nedeni, bakım alma süresi ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumları, bakım veren kişinin depresyon, anksiyete ve yaşam kaliteleri değerlendirildi.

Bakım alan kişilerin bağımlılık durumları değerlendirilirken, ölçeğin 18 yaş altında kullanılamaması özelliği sebebiyle bu yaş altında olan 6 kişi değerlendirme dışı tutuldu.

Bakım alan bireyin bağımlılık durumunu değerlendirmede Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği (GYA) ve Lawton ve Brody' nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği (EGYA) kullanıldı.

Bakım veren kişinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Medical Outcomes Study Short Form- 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire ölçeği kullanılarak değerlendirildi.

Günlük yaşam aktiviteleri ölçeği Katz ve ark. tarafından geliştirilmiştir (51).

Ölçekte 6 soru yer almaktadır. Bu sorular banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleridir.

Günlük Yaşam Aktiviteleri; üç kategori halinde sınıflanarak sorulmuştur.

Kategori 1. Tamamen bağımlı (Hiç yapamıyor)

Kategori 2. Yarı bağımlı (Yardımla yapabiliyor)

Kategori 3. Bağımsız (kendi başına yapabiliyor)

Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. GYA İndeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (52).

Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir (53, 52). Ölçek sekiz sorudan oluşur. Bu sorular telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para ile ilgili işleri yapabilmidir. EGYA'leri GYA' leri gibi üç kategori halinde sınıflanarak sorulmuştur. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. EGYA de 0- 8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

Bu ölçekler hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmakta olan, geçerlilik ve güvenilirlikleri yüksek ölçeklerdir.

Her 2 ölçek de kişilerin bakım verenlerinden alınan bilgilerle araştırmacı tarafından dolduruldu.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmış ve ülkemiz için kesme noktasının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri

ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir (54, 55).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (56, 57).

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan SF-36, Ware ve Sherbourne tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (58 ).

Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır.

SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır:

- Fiziksel Fonksiyon (10 madde),
- Fiziksel Rol (4 madde),
- Ağrı (2 madde),
- Genel Sağlık Algısı (5 madde).
- Vitalite (4 madde),
- Sosyal Fonksiyon (2 madde),
- Emosyonel Rol (3 madde),
- Mental Sağlık (5 madde),

SF-36 ölçeği araştırmacı tarafından doldurulurken kişilere son 4 haftayı göz önüne alarak cevaplamaları istendi.

Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ve özürllükteki küçük değişimleri saptamada var olan diğer ölçeklerden (örn. Nottingham Sağlık Profili, NSP) daha duyarlı olması SF-36'nın avantajları arasında sayılmaktadır. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler yaşam kalitesini 0 ile 100 arasında

değerlendirmektedir ve 0 kötü yaşam kalitesini gösterirken, 100 iyi yaşam kalitesini işaret etmektedir. SF- 36 Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (59).

Bakım alan kişiler, Jacopzone tarafından yapılan özrürlük şiddeti sınıflamasına göre ‘Ağır Özrürlük’, ‘Orta Özrürlük’ ve ‘Çok Hafif Özrürlük/ Özrürlü Değil ’ şeklinde gruplandı.

Bu sınıflamaya göre kişinin:

-GYA’ lerinden en az birinde tam bağımlı olması ‘Ağır Özrürlük’

-GYA’ lerini gerçekleştirmesinde sorun olmaması yanında EGYA’ lerinden en az birinde bir başkasına bağımlı olması ‘Orta Özrürlük’,

- Hem GYA hem de EGYA’ lerini gerçekleştirmede bir başkasına bağımlı olmaması ‘Çok Hafif Özrürlük/ Özrürlük Yok’ kabul edildi (6).

Bakım alanların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, sosyal güvence ve medeni durum gibi bakım alma ya da vermeden etkilenmeyen özellikleri değerlendirirken bakım verenler bakım almayan grubuna, bakım verenlerin bu özellikleri değerlendirilirken de bakım alanlar bakım vermeyen grubuna dahil edildi.

Bakım alan ve verenlerin cinsiyet, öğrenim, sosyal güvence ve medeni durumlarına göre sıklıkları, yaşa göre standardize edildi. İndirek standardizasyon için standardize hız olarak araştırma grubunun yaşa özel hızları alındı.

Bakım veren kişilerin depresyon ve anksiyete durumlarını değerlendirmede, her iki ölçeğin de Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin çalışmalarında belirtilen kesme noktası olan 17 puan çalışmamızda kesim puanı olarak kabul edildi.

Bakım veren kişilerin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerini değerlendirmede, içinde bakım alan ve veren kişilerin bulunmadığı ve dolayısı ile bu olaydan etkilenmediği düşünülen kişiler kontrol grubu olarak alındı.

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 13.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analizde Ki-kare testi ( $\chi^2$ ), Student t testi ve Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için önem seviyesi  $p < 0.05$  kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Çalışmada 706 hanede, 1090 (%52. 6) kadın ve 984 (%47. 4) erkek toplam 2074 kişiye ulaşıldı.

75 hanede (%10. 6) evde bakım hizmeti verilmekteydi. İki hanede bakım alan iki kişi vardı.

Her bir kişiye bir kişi tarafından bakım verildiğinden alanlarında verenlerinde sıklığı %3.7 kişi idi.

Evde bakım hizmeti alan kişilerin 45'i (%58. 4) kadın ve 32'si (%41. 6) erkekti. Evde bakım alan 0- 18 yaş grubunda 6 (% 7. 8 ) , 19- 64 yaş grubunda 30 (%39. 0), 65- 74 yaş grubunda 24 (%31. 2) ve 75 yaş ve üzerinde 17 (% 22. 1) kişi bulunmaktaydı. % 88.7'si orta okul ve altı, % 11.3'ü lise ve üzeri öğrenim durumuna sahipti. % 26.0'ının sosyal güvencesi yokken, % 74.0'ının sosyal güvencesi bulunmakta idi. % 16.2'si bekâr, % 45.6'sı evli ve % 38.2'si dul idi.

Bakım nedenleri arasında en çok % 24.7 (n=19) kanser, inme-serebrovasküler olay %22.0 (n=17) ve kardiyovaskuler sistem hastalıkları + diyabet %22.0 (n=17) görülmekte idi. Evde bakım hizmeti veren kişilerin 59' u (%76. 6) kadın, 18'i (%23. 4) erkekti. Evde bakım veren 18 yaş ve altında kimse bulunmamakta iken, 19- 64 yaş grubunda 66 (%85. 7), 65- 74 yaş grubunda 8 (%10. 4) ve 75 yaş ve üzerinde 3 (%3. 9) kişi bulunmaktaydı. %76.6'sının orta okul ve altı , % 23.4'ünün lise ve üzeri öğrenim durumu vardı. % 20.8'inin sosyal güvencesi yokken, % 79.2'sinin sosyal güvencesi vardı. % 23.4'ü bekâr, % 61.0'ı evli ve % 15.6 'sı dul idi.

Bakım alanların sıklığı yaşa göre standardize edildiğinde erkeklerde % 20.9, kadınlarda % 12.9, ortaokul ve altında %16.2 ve lise ve üzerinde %21.8, sosyal güvencesi olmayanlarda %12.7 ve olanlarda %20.6, bekârlarda % 13.2, evlilerde % 2.0 ve dullarda % 0.9 olarak bulundu.

Bakım verenlerin sıklığı yaşa göre standardize edildiğinde erkeklerde %3.3, kadınlarda %29.8, ortaokul ve altında % 0.8 ve lise ve üzerinde % 83.3,sosyal güvencesi olmayanlarda % 4.3 ve olanlarda % 16.8, bekârlarda % 18.5, evlilerde % 4.6 ve dullarda % 5.5 olarak bulundu.

Genelde eş ve çocuklar bu hizmeti vermekteydi. Sadece bir kişinin, bakım vereni yanında sağlık personeli tarafından da izlendiği saptandı.

Evde bakım alanların bazı özellikleri Tablo 4.1' de, bakım verenlerin bazı özellikleri Tablo 4.2'de, bakım nedenleri Tablo 4.3'de, bakım süresinin bakım nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.4, bakım alanların GYA ve EGYA'lerine göre bağımlılık durumları Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'da, bakım verenlerin Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.7'de, bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.8'de, bakım alma süresi ve bakım verenlerin yaşam kalite, depresyon, anksiyeteleri arasındaki ilişki Tablo 4.9' da, bakım alanların GYA ve EGYA'lerine göre bağımlılıkları ile bakım verenlerin yaşam kalite, depresyon, anksiyeteleri arasındaki ilişki Tablo 4.10 ve Tablo 4.11'de verildi.



**Tablo 4. 1.** Bakım alanların bazı özellikleri.

Özellik	Bakım Alan n (%) <sup>a</sup>	Bakım Almayan n (%) <sup>a</sup>	Toplam n (%) <sup>b</sup>
<b>Yaş Grubu</b>			
0-18	6 (1.3)	464 (98.7)	470 (22.7)
19-64	30 (2.0)	1439 (98.0)	1469 (70.8)
65-74	24 (22.6)	82 (77.4)	106 (5.1)
75ve +	17 (58.6)	12 (41.4)	29 (1.4)
X <sup>2</sup> = 370.09; SD=3; P=0.000			
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	32 (3.3)	952 (96.7)	984(47.4)
Kadın	45(4.1)	1045 (95.9)	1090(52.6)
X <sup>2</sup> =1.11; SD=1; P=0.292			
<b>Öğrenim Durumu</b>			
Ortaokul ve Altı	69 (5.8)	1129 (94.2)	1198(57.8)
Lise ve +	8 (0.9)	868 (99.1)	876(42.2)
X <sup>2</sup> =33.24; SD=1 P=0.000			
<b>Sosyal Güvence</b>			
Yok	20 (14.9)	114 (85.1)	134(6.5)
Var	57 (2.9)	1883 (97.1)	1940(93.5)
X <sup>2</sup> =50.38; SD=1; P=0.000			
<b>Medeni Durum</b>			
Bekâr	20 (2.6)	746 (97.4)	766(36.9)
Evli	31(2.5)	1187 (97.5)	1218(58.7)
Dul	26 (28.9)	64 (71.1)	90(4.3)
X <sup>2</sup> =166.82 ; SD=2; P=0.000			
<b>Toplam</b>	77 (3.7)	1997 (96.3)	2074 (100.0)

<sup>a</sup> Satır yüzdesi, <sup>b</sup> Sütun yüzdesi, <sup>c</sup> Analizler bakım alanların yaş standardize edilmemiş sıklığına göre yapıldı.

**Tablo 4. 2.** Bakım verenlerin bazı özellikleri.

<b>Özellik</b>	<b>Bakım Veren n (%)<sup>a</sup></b>	<b>Bakım Vermeyen n (%)<sup>a</sup></b>	<b>Toplam n (%)<sup>b</sup></b>
<b>Yaş Grubu</b>			
0- 18	0(0.0)	470 (100.0)	470(22.7)
19-64	66(4.5)	1403(95.5)	1469(70.8)
65-74	8(7.5)	98(92.5)	106(5.1)
75ve +	3(10.3)	26(89.7)	29(1.4)
$X^2=28.55$ ; $SD=3$ ; $P=0.000$			
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	18(1.8)	966(98.2)	984(47.4)
Kadın	59(5.4)	1031(94.6)	1090(52.6)
$X^2=18.57$ ; $SD=1$ ; $P=0.000$			
<b>Öğrenim Durumu</b>			
Ortaokul ve Altı	59(4.9)	1139(95.1)	1198(57.8)
Lise ve +	18(2.1)	858(97.9)	876(42.2)
$X^2=11.66$ ; $SD=1$ ; $P=0.001$			
<b>Sosyal Güvence</b>			
Yok	16(11.9)	118(88.1)	134(6.5)
Var	61(3.1)	1879(96.9)	1940(93.5)
$X^2=27.12$ ; $SD=1$ ; $P=0.000$			
<b>Medeni Durum</b>			
Bekar	18(2.3)	748(97.7)	766(36.9)
Evli	47(3.9)	1171(96.1)	1218(58.7)
Dul	12(13.3)	78(86.7)	90(4.3)
$X^2=27.35$ ; $SD=2$ ; $P=0.000$			
<b>Toplam</b>	77(3.7)	1997(96.3)	2074(100.0)

<sup>a</sup> Satır yüzdesi, <sup>b</sup> Sütun yüzdesi, <sup>c</sup> Analizler bakım verenlerin yaş standardize edilmemiş sıklığına göre yapıldı.

**Tablo 4. 3.** Evde bakım alanların bakım nedenleri.

Bakım Nedenleri (n=77)	n	%
Kanser	19	24.7
İnme -Serebrovasküler Olay	17	22.0
Kardiyovaskuler Sistem Hastalıkları + Diyabet	17	22.0
Senilite	6	7.8
Zeka-Gelişme Geriliği	5	6.5
Alzheimer	3	3.9
İşitme Engelliliği	2	2.6
Şizofreni	2	2.6
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları	2	2.6
Görme Özürlüğü	2	2.6
Kronik Böbrek Yetmezliği	1	1.3
Doğuştan Bedensel Engellilik	1	1.3

**Tablo 4. 4** Bakım süresinin bakım nedenlerine göre dağılımı.

Bakım nedenleri	Bakım süresi				Toplam n(%) <sup>b</sup>
	6ay - < 1 yıl n(%) <sup>a</sup>	1yıl - < 2 yıl n(%) <sup>a</sup>	2yıl - < 3 yıl n(%) <sup>a</sup>	≥ 3yıl n(%) <sup>a</sup>	
Kanser	3(15.8)	6(31.6)	8(42.1)	2(10.5)	19(24.7)
SVO	2(11.8)	0(0.0)	4(23.5)	11(64.7)	17(22.1)
KVS+DM.	0(0.0)	4(23.5)	0(0.0)	13(76.5)	17(22.1)
Diğer	1(4.2)	2(8.3)	3(12.5)	18(75.0)	24(31.2)
<b>Toplam</b>	6(7.8)	12(15.6)	15(19.5)	44(57.1)	77(100)
<b>X<sup>2</sup>=29.79, SD=9, P=0.000</b>					

<sup>a</sup> Satır yüzdesi, <sup>b</sup> Sütun yüzdesi

**Tablo 4. 5.** Evde bakım alanların günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık durumları

<b>Aktiviteler</b>	<b>Bağımlı n %</b>	<b>Yarı Bağımlı n %</b>	<b>Bağımsız n %</b>
<b>Günlük Yaşam Aktiviteleri (n=71)</b>			
Banyo	24(33.8)	45(63.4)	2 (2.8)
Giyinme	17(23.9)	40(56.3)	14(19.7)
Tuvalet	14(19.7)	35(49.3)	22(31.0)
Hareket	14(19.7)	37(52.1)	30(28.2)
Boşaltım	13(18.3)	-	58(81.7)
Beslenme	15(21.1)	34(47.9)	22(31.0)

**Tablo 4. 6.** Evde bakım alanların enstrümental günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık durumları

<b>Aktiviteler</b>	<b>Bağımlı n %</b>	<b>Yarı Bağımlı n %</b>	<b>Bağımsız n %</b>
<b>Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (n=71)</b>			
Telefon Kullanma	24(33.8)	8(11.3)	39(54.9)
Yemek Hazırlama	44(62.0)	22(31.0)	5(7.0)
Alışveriş	43(60.6)	23(32.4)	5(7.0)
Ev İşleri	44(62.0)	21(29.6)	6(8.5)
Çamaşır	47(66.2)	19(26.8)	5(7.0)
Ulaşım	30(42.3)	37(51.1)	4(5.6)
İlaç	28(39.4)	39(54.9)	4(5.6)
Para İdaresi	38(53.5)	27(38.0)	6(8.5)

Çalışmamızda bakım alan 18 yaş ve üzeri kişiler GYA' lerinde sırasıyla banyo, giyinme ve beslenme aktivitesinde; EGYA' lerinde çamaşır, yemek hazırlama ve ev işleri aktivitesinde bağımlı idi.

Evde bakım alan 18 yaş ve üzeri 71 kişinin GYA'lerinde bağımlılık durumları değerlendirildiğinde % 16.9'u bağımlı, % 15.5'ü yarı bağımlı, % 67.6 bağımsız oldukları bulundu. EGYA'lerinde bağımlılık durumları %29.6' sını bağımlı, % 42.3'ü yarı bağımlı, %28.2'si bağımsız olarak saptandı.

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) değerlendirilen 18 yaş ve üzeri bakım alan 71 kişinin, 24'ünün (%33.8) 'Ağır Özürlülük', 29'unun (% 40.8) 'Orta Özürlülük', 18'inin (% 25.4) 'Hafif Özürlülük' tanımına girdiği saptandı.

Bakım verenlerin depresyon durumları değerlendirildi. Depresyon varlığı 49 kişide (%63.6) gözlemlendi. Kontrol grubu arasında depresyon 429 kişide (%30.6) saptandı.

Bakım verenlerin anksiyete durumları değerlendirildi. Anksiyete varlığı 36 kişide (% 46.8) gözlemlendi. Kontrol grubu arasında anksiyete 292 kişide (% 20.8) saptandı.

**Tablo 4.7.** Bakım verenlerin Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puan ortalamaları

	<b>Bakım Veren Ortalama±SD</b>	<b>Kontrol Grubu Ortalama±SD</b>	<b>Test Değeri</b>
<b>Depresyon</b>	32.38 ± 18.82	13.56 ±16.22	t= 13.56; <b>p= 0.000</b>
<b>Anksiyete</b>	18.51 ± 18.46	12.74 ±19.21	t= 2.57; <b>p= 0.010</b>

Bakım verenlerin depresyon ve anksiyete puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek bulundu.

**Tablo 4.8.** Bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları

<b>Sf-36 Alanları</b>	<b>Bakım Veren Ortalama±SD</b>	<b>Kontrol Grubu Ortalama±SD</b>	<b>Test Değeri</b>
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	77.66±28.54	93.00±17.83	t= 7.07; <b>p= 0.000</b>
<b>Fiziksel Rol</b>	57.79±45.02	83.82±36.00	t= 6.08; <b>p= 0.000</b>
<b>Ağrı</b>	49.40±27.84	84.33±23.30	t= 12.66; <b>p= 0.000</b>
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	51.08±9.29	71.17±23.11	t= 7.59; <b>p= 0.000</b>
<b>Vitalite</b>	44.49±20.95	66.27±21.37	t= 8.71; <b>p= 0.000</b>
<b>Sosyal Fonksiyon</b>	65.42±27.12	91.82±16.90	t= 12.83; <b>p= 0.000</b>
<b>Emosyonel Rol</b>	64.50±43.70	85.98±34.40	t= 5.25; <b>p= 0.000</b>
<b>Mental Sağlık</b>	41.78±19.57	66.85±20.63	t= 10.41; <b>p= 0.000</b>

Bakım verenlerin SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları tüm alt alanlarda kontrol grubuna göre düşük bulundu.

**Tablo 4.9.** Bakım alma süresi ve bakım verenlerin yaşam kalite, depresyon, anksiyeteleri arasındaki ilişki.

<b>Bakım Veren Kişinin SF-36 Yaşam Kalite Alanları</b>	<b>Bakım Süresi İle Korelasyon n=77</b>
Fiziksel Fonksiyon	$r = -0.423$ ; $p=0.000$
Fiziksel Rol	$r = -0.193$ ; $p=0.093$
Ağrı	$r = -0.386$ ; $p=0.001$
Genel Sağlık Algısı	$r = -0.392$ ; $p=0.000$
Vitalite	$r = -0.345$ ; $p=0.002$
Sosyal Fonksiyon	$r = -0.523$ ; $p=0.000$
Emosyonel Rol	$r = -0.148$ ; $p=0.199$
Mental Sağlık	$r = -0.355$ ; $p=0.002$
<b>Beck Depresyon Ölçeği Puanları</b>	$r = 0.614$ ; $p=0.000$
<b>Beck Anksiyete Ölçeği Puanları</b>	$r = 0.443$ ; $p=0.000$

\*Spearman Korelasyon

Bakım alma süresi arttıkça bakım veren kişinin fiziksel rol ve emosyonel rol alanları dışında yaşam kalitesinin azaldığı, depresyonunun ve anksiyetesinin arttığı bulundu.

**Tablo 4.10.** Bakım alanların GYA'leri ve bakım verenlerin yaşam kalite, depresyon, anksiyeteleri arasındaki ilişki.

	<b>Bakım alanın bağımlılığı ile korelasyon (Katz GYA Ölçeği Puanları) n=71</b>
<b>Sf-36 Ölçeği Alt Alan Puanları</b>	
Fiziksel Fonksiyon	$r = 0.402 ; p = 0.001$
Fiziksel Rol	$r = 0.362 ; p = 0.002$
Ağrı	$r = 0.488 ; p = 0.000$
Genel Sağlık Algısı	$r = 0.259 ; p = 0.029$
Vitalite	$r = 0.380 ; p = 0.001$
Sosyal Fonksiyon	$r = 0.239 ; p = 0.044$
Emosyonel Rol	$r = 0.316 ; p = 0.007$
Mental Sağlık	$r = 0.397 ; p = 0.001$
<b>Beck Depresyon Ölçeği Puanları</b>	$r = -0.559 ; p = 0.000$
<b>Beck Anksiyete Ölçeği Puanları</b>	$r = -0.472 ; p = 0.000$

**\*Spearman Korelasyon**

Bakım alan kişinin bağımlılık durumu arttıkça bakım veren kişinin yaşam kalitesinin azaldığı, depresyonun ve anksiyetesinin arttığı bulundu.



**Tablo 4. 11.** Bakım alanların EGYA'leri ve bakım verenlerin yaşam kalite, depresyon, anksiyeteleri arasındaki ilişki.

<b>Bakım veren kişinin SF-36 Yaşam Kalite Ölçeği Alan Puanları</b>	<b>Bakım alan kişinin bağımlılığı (Lawton –Brody EGYA Ölçeği Puanları) ile korelasyon n=71</b>
Fiziksel Fonksiyon	$r = 0.381 ; p = 0.001$
Fiziksel Rol	$r = 0.344 ; p = 0.003$
Ağrı	$r = 0.343 ; p = 0.003$
Genel Sağlık Algısı	$r = 0.315 ; p = 0.007$
Vitalite	$r = 0.370 ; p = 0.001$
Sosyal Fonksiyon	$r = 0.247 ; p = 0.038$
Emosyonel Rol	$r = 0.246 ; p = 0.039$
Mental Sağlık	$r = 0.357 ; p = 0.002$
<b>Beck Depresyon Ölçeği Puanları</b>	$r = -0.552 ; p = 0.000$
<b>Beck Anksiyete Ölçeği Puanları</b>	$r = -0.324 ; p = 0.006$

\*Spearman Korelasyon

## 5. TARTIŞMA

Toplumda uzun süreli bakım ihtiyacı ile ilgili değerlendirmelerin ‘özürlülük’ ile ilgili ölçütler üzerinden yapılabileceği belirtilmektedir. Ancak uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan özürlü kişilerin yaygınlığı bilinmediği için kaç kişinin bakıma ihtiyaç duyduğu hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. DSÖ, özürlülük boyutunun dolayısı ile bakım ihtiyacının dünyanın daha olumsuz koşullara sahip bölgelerinde yaşayanlar arasında %14 iken, zengin ve olumlu şartlara sahip bölgelerinde yaşayanlar arasında %9 olduğunu bildirmektedir (7, 16).

Çalışmada evde bakım alanların ve verenlerin sıklıkları değerlendirildi. Bir gereksinim değil, bakım alanların yaygınlığı saptaması yapılmış oldu. Her bir kişiye bir kişi tarafından bakım verildiğinden alanların da verenlerin de sıklığı %3. 7 (n=77) bulundu. Hane sayısı itibariyle ifade edilecek olursa on haneden birinde (%10. 6) bakım verildiği saptandı.

1998 yılı itibariyle İngiltere’ de her altı haneden birinde informal bakım veren bir kişi olduğu ve 5. 7 milyon kişinin informal bakım verdiği bildirilmektedir (60). 1996 yılında yapılan bir çalışmada, her 10 Kanadalıdan birinin uzun süreli sağlık sorunu olan bir kişiye informal bakım verdiği saptanmıştır (18). 2004 yılında Kanada’da mental hastalığı( şizofreni, demans, Alzheimer hastalığı, anksiyete gibi tanı almış hastalıklar) olan kişilere evde informal bakım verenlerin sıklığı % 2. 1 olarak bildirilmiştir. Bu rakam sayısal olarak bir buçuk milyon kişiye karşı gelmektedir (61). ABD’de 2000 yılı itibariyle en azından bir kronik sağlık sorunu olan her yaşta toplam 94 milyon kişiden (nüfusun üçte birinin), on milyonunun uzun süreli bakıma gereksinimi olduğu bildirilmiştir. Bu kişilerin %87’sinin evde aileleri ve yakınları tarafından bakım aldığı belirtilmektedir (62).

Ülkemizde profesyonel bakım veren (formal care) bir program bulunmamaktadır. Araştırma grubunda yalnızca bir kişinin bakım vereni aile üyesi yanında sağlık personeline de izlendiği saptandı.

2006 yılında İngiltere’de formal bakım sıklığı % 0. 7 kişi olduğu belirtilirken, ülkede bulunan tüm hanelerin %1.7’sinde formal bakım verildiği bildirilmektedir (63).Kanada’da 1998/1999 Ulusal Nüfus Sağlık Araştırması’na göre yaşlıların evde bakım hizmetlerini kullanma sıklığı %12’dir (18). Nüfusunun %17’si 65 yaş ve üzeri olup, ‘gri ülke’ ( a grey nation) olarak adlandırılan İsveç’te yaşlıların sadece %

1-2' sinin aileleri ile yaşadığı bildirilmektedir. Çoğunluğu yalnız yaşamakta olan yaşlıların evde bakım profesyonellerince ( formal care) sunulan hizmetlerini tercih ettikleri ve yaklaşık 135.000 kişinin evde bakım hizmeti aldığı belirtilmektedir (64).

Çalışmada bakım alanların sıklığının yaşla artış gösterdiği ve özellikle 65 yaş ve üzeri yaş grubunda en yüksek olduğu saptandı ( $\chi^2= 370.09$ ;  $p=0.000$ ).

ABD'de 2000 yılı itibariyle yapılan çalışmada uzun süreli bakım alma sıklığının yaşla arttığı, 65 yaş altındaki kişilerde % 1.4 iken, 65 yaş ve üzeri kişilerde % 14 olduğu ve 85 yaş ve üzeri kişiler arasında % 50'ye ulaştığı bildirilmektedir (62).

Çalışmada bakım alanların % 53. 2'si 65 yaş ve üzeri yaş grubunda kişilerdi. Avusturya'da 1998 yılında evde bakım hizmeti alanların %83'ünün, Almanya'da %78'inin, ABD'de %63'ünün 65 yaş ve üzeri kişiler olduğu belirtilmiştir (65).

Çalışmada bakım alanların sıklığında kadın ve erkek arasında fark olmadığı, ancak yaşa göre standardize edildiğinde aksine erkeklerde yüksek olduğu bulundu. Kadınlar daha yaşlı oldukları için görünürde daha çok bakım alıyor iseler de yaşa göre standardize edildiğinde erkeklerin daha çok bakım aldıkları anlaşılmaktadır.

2000 yılında ABD'de Katz ve ark. bakım alma sıklığının erkeklerde görece yüksek olarak bulunduğunu belirtmişlerdir (66). 2001 yılında İngiltere' de Krishnasamy ve ark. yaptıkları çalışmada bakım alanların büyük çoğunluğunun (%65) erkek olduğunu bildirmişlerdir (67). 2007 yılında Brezilya' da Pinto ve ark.'nın yaptığı çalışmada bakım alanların %71.4'ünün erkek olduğu, erkeklerde bakım alma sıklığının daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (68). 2008 yılında İngiltere'de Lin-Sun Fan ve ark.'nın yaptığı çalışmada bakım alanların büyük çoğunluğunun erkek olduğu bildirilmiştir (69).

Bakım alanların sıklığının yaş ve cinsiyete göre değişimi bir yönü ile bakım alma nedeni ve bu nedenin cinsiyetle yaşla olan ilişkisi ile değişimi beklenir. Diğer taraftan bu sıklık dolaylı olarak toplumların nüfus yapıları ile ilişkili olur. 1999 yılında yapılan, Avrupa birliğine üye 14 ülkeyi kapsayan çalışmada Avusturya, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İtalya, Luxemburg, Portekiz, İsveç ve İngiltere'de bakım alanların daha çok erkek olduğu, Belçika, Fransa, İrlanda ve İspanya'da ise bu kişilerin daha çok kadın olduğu, Hollanda'da ise sıklığın her iki cinsten eşit olduğu bildirilmiştir(70).

Çalışmamızda öğrenim düzeyi ortaokul ve altı olan kişilerde bakım alanların sıklığı, lise ve üzeri olanlara göre daha yüksek bulunmuşken yaşa göre standardize edildiğinde yaşlılarda öğrenimin düşük olmasının etkisi kalkınca tersine dönmüş lise ve üzeri olanlarda sıklık daha yüksek bulunmuştur. Standardize edilmemiş sıklıklarla yaptığımız ilk analizimize benzer sonuç olarak, 2006 yılında Ankara'nın Çankaya ilçesinde - kısa süreli bakım nedenlerinin de değerlendirildiği çalışmada- bakım alan kişilerin çoğunluğunun ortaokul ve altı öğrenime sahip oldukları belirtilmiştir (27).

2009 yılında ABD' de yapılan bir çalışmada bakım alanların yüksek okul ve üzeri öğrenim durumuna sahip kişiler oldukları bildirilmiştir (71).

Çalışmada sosyal güvenceye göre görülen fark yaşa göre standardizasyon sonrası tersine dönmüş sosyal güvencesi olanlarda bakım alanların sıklığı görece yüksek bulundu. Çalışmamızda bakım alan kişilerin % 26'sının sosyal güvencesi bulunmadığı saptandı. 2006 yılında Ankara' nın Çankaya ilçesinde Subaşı ve ark. bakım alan kişilerin %12.5'inin sosyal güvencelerinin bulunmadığını bildirmişlerdir (27). Bu farkın çalışmaların yapıldığı bölgelerin farklı demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada dul kişilerde bakım alma sıklığı, evli ve bekârlara göre daha yüksek bulunmuş iken yaşa göre standardize edildiğinde bekârlarda sıklık diğer gruplara göre yüksek bulundu. ABD'de bütün yaşlıların ve özürlü gençlerin sağlık harcamalarını finanse eden Medicare sigorta programı kapsamında evde bakım alan kişilerin büyük çoğunluğunun yalnız yaşayan dul kişiler oldukları bilinmektedir (72). 2009 yılında ABD' de yapılan bir çalışmada bakım alanların çoğunluğunun dul olduğu belirtilmiştir (71). 2009 yılında ülkemizde Kuşcu ve ark. kanser nedeni ile bakım alanların çoğunluğunun evli kişiler olduklarını belirtmişlerdir (73).

Çalışmamızda bakım nedeninin bakım alan kişilerin medeni durumlarında etkili olabileceği düşünülmüştür. Mental- motor retardasyon, doğuştan bedensel engellilik, şizofreni gibi nedenlerle bakım alan kişilerin aynı zamanda bekar kalabilecekleri beklenir.

Hemen her tür değişkenin farklılıkları yaşa göre standardize edilerek değerlendirildi. Literatürdeki emsal bilgi ve ölçülerin bu şekilde değerlendirildiği ve değerlendirilmediği ya da değerlendirilip değerlendirilmediği açık olmayan durumlar söz konusudur. Karşılaştırmalar zorunlu olarak bu şartlar altında yapılabilmektedir.

Çalışmada bakım alan ve verenlerin sıklıkları yaşa göre standardize edilerek mevcut durumu görmek amaçlandı. Ancak yaş uzun süreli bakım ihtiyacı ve kullanımını etkileyen yegâne faktör değildir. Aynı zamanda kişinin gelir durumu, öğrenimi durumu, medeni durumu, özürllük ve buna bağlı olarak bakım alma nedeni gibi toplumsal ve ekonomik özellikler de etkili olmaktadır. Öğrenim durumu, ekonomik ödeme kapasitesine sahip olma yanında uzun süreli bakım kullanımını etkileyen en güçlü faktörlerden biridir (74).

Çalışmada bakım alan kişilerin bakım nedenlerine bakıldığında en fazla bulunan nedenler kanser, inme- serebrovasküler olay, kardiyovasküler sistem hastalıkları + diyabet ve senilite idi. Uzun süreli bakım ihtiyacının farklı hastalıkları kapsadığı ve en fazla kronik hastalık ve durumlar, şiddetli mental rahatsızlıklar ve gelişimsel özürllükten kaynaklandığı bildirilmektedir (62).

ABD’de evde bakım kuruluşları tarafından bakım verilen kişilerin aldıkları tanımlara bakıldığında en önemli bakım nedeninin kardiyovasküler sorunlar ve kanserler olduğu görülmektedir (75). 2004 yılında Finlandiya’da yapılan çalışmada paralizisi, kardiyovasküler hastalık, romatizmal hastalık, kanser, Parkinson, diyabet ve mental rahatsızlık belirtilmektedir (76). 2007 yılında Kanada’da yapılan çalışmada bakım nedenleri artrit, hipertansiyon, yüksek kolesterol, görme ve/veya işitme azlığı olarak rapor edilmiştir (77).

2000 yılında Afrika ülkelerinden Botswana’da yapılan çalışmada bakım nedenleri sırasıyla HIV/ AIDS kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanserler, şiddetli mental rahatsızlıklar ve gelişimsel özürllük olarak bildirilmiştir (78).

Ankara İli Çankaya İlçesinde 2006 yılında kısa süreli bakım nedenlerinin de dahil edildiği çalışmada en fazla saptanan bakım nedenleri ameliyat sonrası bakım, inme ve serebrovasküler olaylar, neoplaziler, diyabet ve kardiyovasküler sistem hastalıkları olarak bildirilmiştir (27).

Görülüyor ki; bakım alma nedeni toplumların nüfus yapıları ve sağlık düzeyleri ile ilgili olarak değişiklikler göstermektedir.

Çalışmada bakım alan kişilerin %57.1’inin üç yıl ve daha uzun süredir bakım aldıkları bulundu. Ankara İli Çankaya İlçesinde 2006 yılında Subaşı ve ark. bakım alan kişilerin %48.1’inin bir yıldan uzun süre bakım aldığı bildirilmiştir (27).

Bu çalışmada bakım almayı sürdüren kişilerin bu güne kadarki bakım süreleri tamamlanmış bakım süreleri değildir. Bu koşulda değerlendirilecek olursa; inme-

serebrovasküler olay, kardiyovasküler sistem hastalıkları- diabet ve diğer nedenlerin 3yıl ve daha uzun süre bakım aldıkları, kanser nedeni ile bakım alanların çoğunluğunun üç yıldan kısa süreli olduğu saptandı.

Çalışmada evde bakım alan 18 yaş ve üzeri kişilerin % 16. 9'unun GYA'lerinde, % 29.6'sının EGYA' lerinde bağımlı olduğu bulundu. Bakım alan kişilerin bağımlılık durumları değerlendirilirken, ölçeğin 18 yaş altında kullanılamaması özelliği sebebiyle bu yaş altında olan 6 kişi değerlendirme dışı tutuldu.

ABD'de 1997 yılında Medicare sigorta kapsamında bulunan ve bu programın sunduğu evde bakım hizmetlerinden yararlanan bütün yaşlıların ve genç özürülülerin %43'ünün GYA'lerinde bağımlı oldukları bildirilmektedir. Aynı ülkede 2000 yılında yapılan çalışmada her yaştan evde bakım alan kişilerin %21. 0' inin GYA' sinde bağımlı oldukları belirtilmiştir (62).

1996 yılında Almanya'da yapılan çalışmada kendi evinde yaşayan her durumdaki 65 yaş ve üzeri kişilerin %1. 5 'inin GYA' sinde ,%2. 5 'inin EGYA' sinde bağımlı oldukları bildirilmiştir (17).

Çalışmada evde bakım alan 18 yaş üzerindeki kişilerden %33. 8'i 'Ağır Özürülülük', % 40. 8'i 'Orta Özürülülük' sınıfına girmektedir. Subaşı ve ark. bakım alan 18 yaş üzerindeki kişilerden %81. 0'ini 'Ağır Özürülülük', %15.5'ini 'Orta Özürülülük' durumunda bildirmişlerdir. Bu durumun çalışma tanımlarının farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür (27).

Çalışmada evde bakım alan 18 yaş ve üzeri kişilerin GYA' lerinde sırasıyla banyo, giyinme, beslenme aktivitelerinde; EGYA' lerinde sırasıyla çamaşır, yemek hazırlama ve ev işleri, ve alışveriş aktivitelerinde bağımlı oldukları saptandı. 2007 yılında Avustralya'da yapılan çalışmada bakım alan kişilerin GYA' lerinde en sık hareket, banyo, giyinme aktivitelerinde, EGYA' lerinde alışveriş, ev işleri, çamaşır aktivitelerinde bağımlı oldukları bildirilmiştir (79). 2007 yılında Kanada'da yapılan çalışmada bakım alanların GYA' lerinde en fazla hareket, banyo ve giyinme aktivitelerinde, EGYA' lerinde ulaşım, alışveriş, para idaresi aktivitelerinde bağımlı oldukları belirtilmiştir (77). Çalışmalardaki bağımlı olunan aktivitelerdeki farkın bakım nedenlerinin farklı olması nedeni ile olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada bakım alanlar gibi %3. 7 sıklıkta olan bakım verenler arasında, 18 yaş ve altında kişi yoktu ( $\chi^2=28.55$ ;  $p=0.000$ ). Çalışmada bakım verenlerin %

85.7'si 19-64 yaş grubunda idi. 2007 yılında Avustralya'da yapılan çalışmada 18 yaş altında bakım veren kişi bulunmadığı ve kişilerin büyük çoğunluğunun 40- 60 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir (79). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu'nda ( Home-Based Long Term Care Technical Report) bakım verenlerin orta yaş grubu kişiler olduğu belirtilmektedir (1). Nolan tarafından yapılan saptamalara göre İngiltere'de bakım veren bireylerin çoğu 45- 64 yaş grubu kişilerdir (80). Kanada'da bakım verenlerin üçte ikisinin 18- 54 yaş arasında kişiler olduğu bildirilmektedir (61). 2000 yılında Afrika ülkelerinden Botswana' daki çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun yaşlı kadınlar ve genç kızlar oldukları bildirilmektedir (78).

Çalışmada bakım verenlerin aktif çalışan nüfus grubundan olması önemlidir. Bu durum literatürdeki benzer çalışmalarda daima dikkat çekmektedir. 2004 yılında Kanada'da mental hastalığı( şizofreni, demans, Alzheimer hastalığı, anksiyete gibi tanı almış hastalıklar) olan kişilere evde informal bakım verenlerin çoğunluğunun çalışan yaş grubu kişiler olduğu belirtilmektedir (61).

Bakım verenlerin yaş standardize edilmemiş ve yaş standardize sıklığı kadınlarda görece yüksek bulundu. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu'nda ( Home-Based Long Term Care Technical Report) bakım verenlerin hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kadınlar olduğu belirtilmektedir (1).

Kanada'da evde informal bakım verenlerin sıklığı erkeklerde %10, kadınlarda %14 olarak bildirilmiştir. Bu ülkede erkeklerin de uzun süreli sağlık sorunu olan kişilere evde bakım verdikleri saptanmıştır (81). 2008 yılında İrlanda'da McGee ve ark. 'nın yaptığı toplum tabanlı bir çalışmada kadınlarda bakım verme sıklığının daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir (82). 2007 yılında Brezilya'da Pinto ve ark. 'nın yaptığı çalışmada bakım verenlerin sıklığında cinsiyete göre fark bulunamadığı belirtilmiştir (68). 2007 yılında Uganda'da Kipp ve ark. 'nın yaptığı çalışmada bakım verenlerin sıklığı kadınlar arasında daha yüksek olarak bildirilmiştir. Bu kişilerin büyük çoğunluğunun genç kız ve yaşlı kadınlar oldukları belirtilmiştir (83).

1999 yılında yapılan, Avrupa birliğine üye 14 ülkeyi kapsayan çalışmada Avusturya, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İtalya, Luxemburg, Portekiz, İsveç

ve İngiltere’de bakım verenlerin daha çok kadın olduğu, Belçika, Fransa, İrlanda ve İspanya’da ise bu kişilerin daha çok erkek olduğu, Hollanda’da ise bakım verenlerin sıklığı her iki cinste eşit olduğu bildirilmiştir (70).

Bakım alanlar ve verenlerde gözlenen bu farklılık aynı zamanda - bakım verenlerin kadın olarak öne çıktığı yerde alanların erkek olması gibi- bir asimetriyi de göstermektedir.

Öğrenim düzeyi ortaokul ve altı olan kişilerde bakım verenlerin sıklığı, lise ve üzeri olanlara göre daha yüksek bulunmasına rağmen yaşa göre standardize edildiğinde durum tersine dönmüş lise ve üzeri olanlarda sıklık daha yüksek bulunmuştur. Brezilya’da 2006 yılında ve İtalya’da 2004 yılında yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin daha yüksek öğrenim durumuna sahip kişiler oldukları bildirilmektedir (84,85).

Sosyal güvenceye göre görülen fark yaşa göre standardizasyon sonrası tersine dönmüş sosyal güvencesi olanlarda bakım verenlerin sıklığı görece yüksek bulundu. Kanada’da yapılan çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir (61).

Dul kişilerde bakım verenlerin sıklığı, evli ve bekârlara göre daha yüksek bulunmuş iken yaşa göre standardize edildiğinde bekârlarda sıklık diğer gruplara göre yüksek bulundu. Standardize edilmemiş sıklıklarla yaptığımız ilk analizimize benzer sonuç olarak, 2000 yılındaki Botswana’da yapılan çalışmada bakım verenlerin dul kişiler oldukları bildirilmiştir (78). 2007 yılında Brezilya’da yapılan çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun evli kişiler oldukları bildirilmiştir (68).

Olay yaşa göre standardize edilerek gerçek ilişki ve boyutu belirlenmeye çalışıldı. Literatürde görülen benzer değerlendirmelerin yapıldığı çalışmalar yanında yapılmamış olanlarda bulundu. Bunlarla yapılan karşılaştırmalarda standardize edilmiş ya da edilmemiş ya da edilip edilmediği belirsiz olanlara işaret etmeye dikkat edildi.

Çalışmada bakım alanlara çoğunlukla ebeveynler, eş ve çocuklar tarafından bakım verildiği saptandı. Çalışmalar, aile bireyleri olmaksızın uzun süreli evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinin olanaksız olduğunu göstermektedir. Aile bireylerinin tüm dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en önemli insan kaynağı olduğu belirtilmektedir (1). Avrupa ülkelerinde formal bakım yanında aile bireyi tarafından bakım sıklığının yaklaşık %80- 90 arasında değiştiği



belirtilmektedir (86). Kuuppeloma ve ark. (76) ,Dreer ve ark. (87), Cameron ve ark. (88) bakım verenlerin çoğunlukla eş ve çocuklar olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmada yalnızca bir kişinin bakım vereni aile üyesi yanında sağlık personeline de izlendiği saptandı. İngiltere, Norveç, İsveç, Almanya ve Hollanda gibi sağlık hizmetlerine evde bakımı entegre etmiş ülkelerde, evde bakım ekibindeki sağlık personelinin sunduğu hizmetlerle bakım veren aile bireylerinin desteklendiği bildirilmektedir (89). Finlandiya’da 2004 yılında yapılan çalışmada bakım alan kişilerin düzenli olarak % 25’inin bir hemşire tarafından izlendiği, %22’sinin evin temizliği, evde yemek hazırlama gibi ev işlerine yardım hizmetlerini aldığı , %11’inin bir fizyoterapist tarafından takip edildiği bildirilmektedir (76). Avustralya’daki çalışmada bakım alanların % 87’sinin evde bir hemşire tarafından düzenli izlendiği, %32’sinin ev işlerine yardım hizmetlerini aldığı bildirilmektedir (79).

2007 yılında Uganda’da yapılan çalışmada formal evde bakım hizmetlerini veren kimsenin bulunmadığı bildirilmiştir (83).

Çalışmada bakım verenlerde depresyon ve anksiyete sıklıkları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). 2005 yılında İngiltere’de Mahoney ve ark. ‘nın yaptığı çalışmada bakım verenlerde depresyon ve anksiyete kontrol grubuna göre yüksek sıklıklarda bulunduğu bildirilmiştir (90). 1999 yılında Norveç’te Aarsland ve ark. ‘nın yaptığı çalışmada bakım veren bireylerde kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek sıklıkta depresyon saptandığı belirtilmektedir (91).

Sonuçlara benzer olan, olmayan ve kontrol grubu olan ve olmayan yayınlara rastlandı. Kontrol grubu olmadığında çalışma grubunun neye göre yorumlandığı sorusu cevapsız kalmaktadır. Bir toplum kesiminde depresyon ve anksiyete sıklığı o toplumun diğer kesimlerinden farklılaşacağı gibi toplumdan topluma da farklı olabilir. Dolayısıyla genel değil özel kontrol gruplarının olması da bir gerekliliktir. Çalışmadan farklı olarak, kontrol grubu olmaksızın yapılan çalışmalarda da bakım verenlerde depresyon ve anksiyete sıklıkları bildirilmiştir.

Çalışmada bakım verenlerin %63. 6’sında depresyon, %46. 8’inde anksiyete saptandı. Bu değerler kontrol grubunda sırasıyla % 30. 6 ve % 20. 8 olarak saptandı. 2004 yılında İtalya’da yapılan çalışmada bakım verenlerde depresyon sıklığı %47 ve anksiyete sıklığı %76 olarak saptandığı bildirilmiştir (85). 2003 yılında Denizli’de Şahiner ve ark.’nın yaptıkları çalışmada Alzheimerli kişilere bakım verenlerde

depresyon sıklığı %7. 8 ve anksiyete sıklığı %9. 2 olduğu bildirilmiştir (92). 2004 yılında ABD’ de Pirraglia ve ark. ‘nın yaptığı çalışmada HIV enfekte kişilere bakım verenlerde depresyon sıklığı % 50 olarak bildirilmiştir (93). 2007 yılında ABD’de yapılan çalışmada bakım verenlerin %15. 7’ sinde depresyon saptandığı bildirilmiştir (87). 2006 yılında Brezilya’da Belasco ve ark. ‘nın yaptığı çalışmada diyaliz alan yaşlı kişilere bakım verenlerde depresyon sıklığı %32 olarak bildirilmiştir (84).

Bakım veren kişilerdeki depresyon ve anksiyete sıklıklarının farklı olmasının nedeni bakım nedeni, bakım süresi gibi faktörlerle ilişkili olduğu gibi depresyon ve anksiyete değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerin ve kesim puanlarının farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği de düşünülmüştür.

Çalışmada bakım verenlerin SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları tüm alt alanlarda kontrol grubuna göre düşük bulundu. ABD’de 2005 yılında (94), Kanada’da 2006 yılında (88), Brezilya’da 2006 yılında (84), Kanada’da 2008 yılında (95) yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin yaşam kalite puan ortalamalarının tüm alanlarda genel nüfus puan ortalamalarına göre düşük bulunduğu, bir başka ifade ile bakım verenlerin yaşam kalitelerinin görece kötü olduğu belirtilmiştir. 2003 yılında Denizli’de yapılan çalışmada bakım verenlerin yaşam kalite puan ortalamalarının, sosyal işlev dışında tüm alanlarda kontrol grubundan düşük bulunduğu belirtilmiştir (92).

Depresyon ve anksiyete durumlarında olduğu gibi bakım verenlerin yaşam kalitesinde de ilişkili faktörler çeşitlidir. Bu çeşitli faktörler sonuçları beklenmedik şekilde de etkileyebilir. Nitekim Avustralya’da 2007 yapılan çalışmada, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık algısı alanlarında anlamlı fark bulunamazken, fiziksel fonksiyon, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alanlarında bakım verenlerin puan ortalamalarının kontrol grubundaki puan ortalamalarına göre yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Bu sonucun çalışma popülasyonundaki erkek ve genç yaşta bakım veren bireylerin sayısının az olmasından kaynaklanmış olacağına işaret edilmiştir. Bir başka deyişle çalışma popülasyonunun yaş ve cins dağılımının Avustralya genel nüfusunun yaş ve cins yapısından farklı olması nedeni ile kaynaklandığı ifade edilmiştir (79).

Çalışmada bakım alma süresi arttıkça bakım veren kişinin depresyonunun ve anksiyetesinin arttığı bulundu. ABD’de 2001 yılında Fernandez ve ark. bakım alma süresi arttıkça bakım veren kişinin depresyonunun arttığını bildirmişlerdir (96).

İtalya'da 2004 yılında yapılan çalışmada bakım alma süresi ile bakım verenlerin depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif korelasyon bulunduğu bildirilmiştir (85).

Çalışmada bakım alma süresi arttıkça bakım veren kişinin yaşam kalitesinin azalmakta olduğu bulundu. 2005 yılında İspanya'da yapılan çalışmada bakım alma süresi arttıkça bakım veren kişinin yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir (97).

Çalışmada bakım alan kişilerin bağımlılık durumu arttıkça bakım veren kişinin depresyonun ve anksiyetesinin arttığı bulundu. 2002 yılında Norveç'te Thommessen ve ark. benzer sonuç bildirmişlerdir. Stroke, demans ve Parkinson hastalığı nedeni ile bakım alanlara bakım verenlerin ağır psikolojik yük taşıdıkları ve bakım nedeninden bağımsız olarak bağımlılık durumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (98).

Çalışmada bakım alan kişilerin bağımlılık durumu arttıkça bakım veren kişinin yaşam kalitesinin azalmakta olduğu bulundu. 2005 yılında İspanya'da yapılan çalışmada bakım alan kişinin bağımlılık durumu ile bakım veren kişinin yaşam kalitesi arasında önemli ilişkiler bulunduğu ve bakım alan kişinin bağımlılık durumunun bakım veren kişinin yaşam kalitesini belirleyen temel faktörlerden biri olduğu, bakım alan kişinin bağımlılık durumu arttıkça bakım veren kişinin yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir (97).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Netice olarak; her bir kişiye bir kişi tarafından bakım verildiğinden alanların da verenlerin de sıklığı %3. 7 kişi (n=77) bulundu. Hane sayısı itibariyle ifade edilecek olursa on haneden birinde bakım verildiği saptandı.

Bakım alanların sıklıkla yaşlılar, erkekler, bekârlar, lise ve üzeri öğrenimliler arasında ve sosyal güvencesi olan kişiler olduğu; bakım verenlerin ise çalışan yaş grubundan, kadınlar, bekârlar, lise ve üzeri öğrenimliler arasından ve sosyal güvencesi olan kişiler olduğu;

Bakım alanların niteliklerinde bakım nedeninin belirleyici bir faktör olduğu;

Bakım alma süresi, bağımlılık ve özürlülüğün derecesi ile bakım verenin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu;

Bakım verenlerin daha çok ebeveynler, eş ve çocuklar olduğu saptandı.

Temel belirleyici olarak öne çıktığını gördüğümüz bakım nedenlerinin daha ayrıntılı analizine imkân verecek ve bakım gereksinimini de belirleyecek daha kapsamlı araştırmaların gerekli olduğu sonucuna varıldı.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization Technical Report Series, 898. WHO, Geneva. Home based long-term care, 2000: 1- 37.
2. [http: //www.who.int/chronic conditions/ltc/en/](http://www.who.int/chronic conditions/ltc/en/) [ 13.03.2009].
3. Çoban M, Esatoğlu A.E. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. T. Klin. Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2004; 12: 109- 120.
4. Havens B. Home care issues at the approach of the 21st century from a World Health Organization perspective, an annotated bibliography. World Health Organization, Canada, 1999.
5. Feder J, Komisar HL, Niefeld M. Long-term care in the United States: an overview, Health Affairs, 2000; 19 (3): 40- 56.
6. Jakopzone S. Coping with aging: International Challenges. Health Affairs, 2000: 213- 225.
7. Burke S.P, Feder J, Water Van de P.N. Developing a better long-term care policy: a vision and strategy for america's future. Washington: National Academy of Social Insurance. Report of the Long-Term Care Study Panel. 2005.
8. Brodsky J, Habib J, Mizrahi I. Long-term care laws in five developed countries, A Review. JDC Brookdale Institute Of Gerontology and Human Development, Jerusalem, World Health Organization, 2000.
9. Güler Ç, Akın L. Halk sağlığı temel bilgiler. İç: Güçiz Doğan B, Subaşı N, editör. Evde bakım. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006:1276- 1299.
10. Varlık M, Evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal sistemimize entegrasyonu için stratejiler, II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 2008: 43- 53.
11. World Health Organization; Current and future long-term care needs. 2002. [www.who.int./ncd/Long-term-care](http://www.who.int./ncd/Long-term-care) [ 13. 01. 2009].
12. Caliandro G, Hughes C. The experience of being a grandmother who is the primary caregiver for her HIV-positive grandchild. Nurs Res. 1998;47(2):107- 13

13. Shyu Y, LeeH, Chen M. Development and testing of the family caregiving consequences inventory for home nursing assessment in Taiwan. *Journal Of Advanced Nursing*. 1999;30(3), 646- 654.
14. World Health Organization, Brodsky J, Hirschfeld M. J, Habib J. Long-term care in developing countries: ten country case-studies. World Health Organization Collection on Long-term care. 2002.
15. Metts RL (2000) Disability issues, trends and recommendations for the World Bank.<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/2806581172606907476/DisabilityIssuesMetts.pdf> [13.01.2009].
16. World Health Organisation. The World Health Report, Health systems: improving performance. Geneva, Switzerland 2000.
17. Scheenekloth U. Determining the long term care needs of individuals living in private households: results from a survey in: Long- term care: economic issues and policy solutions, Eisen R, Sloan FA (Eds.) 171- 180. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.1996.
18. Naylor Dc, Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs* 1999; 18(3).
19. DPT Raporu. Türkiye'nin Üyeliğinin AB' ye Muhtemel Etkileri. 2004. <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2986/olasi.pdf> [04.04.2009].
20. <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf> [04.04.2009].
21. Devlet İstatistik Enstitüsü, [www.die.gov.tr/yillik/05\\_saglik.pdf](http://www.die.gov.tr/yillik/05_saglik.pdf) [16.03.2009].
22. OECD Health Data 2005, [www.oecd.org](http://www.oecd.org). [01.04.2009].
23. <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/tedavi/hafta.htm> [01.04.2009].
24. Devlet İstatistik Enstitüsü, [www.die.gov.tr/yillik/05\\_saglik.pdf](http://www.die.gov.tr/yillik/05_saglik.pdf). [16.03.2009].
25. Onarcan M, Evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal sistemimize entegrasyonu için stratejiler, II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 2008: 59- 67
26. <http://www.die.gov.tr/CIN/stat/dOzurlulukOrani.doc>. [11.03.2009].

27. Subaşı N, Zafer Öztekin Z, Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006: 5 (1).
28. Lezovic M, Kovac R, Comparison of long term care in european developed countries to possible implementation in Slovakia, Bratisl Lek Listy. 2008; 109 (1),20- 24.
29. Bahar A, Parlar S, Yaşlılık ve evde bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2 (4):32- 39.
30. Oğlak S, Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası, Turkish Journal of Geriatrics 2007; 10 (2): 100- 108.
31. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu. Resmi gazetede yayımlandığı tarih ve sayı: 27.05.1983- 18059. [www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/614.html](http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/614.html). [11.03.2009].
32. [http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/yasli\\_bakim\\_hizmetleri.asp](http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/yasli_bakim_hizmetleri.asp). [11.03.2009].
33. [http://www.shcek.gov.tr/Kuruluslarimiz/tablo\\_ydmerkx](http://www.shcek.gov.tr/Kuruluslarimiz/tablo_ydmerkx). [11.03.2009].
34. İşbilir A, Nazilli Devlet Hastanesi evde bakım biriminin çalışmaları, II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 2008: s:141.
35. <http://www.denizlidh.gov.tr/sdetay.aspx?stID=221>. [11.03.2009].
36. DPT yayın no:2741. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf> [04.04.2009].
37. Danış M, Evde bakımda özel gruplar: Yaşlılar ve sosyal hizmet, Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 2008: 117- 123.
38. T.C.Sağlık Bakanlığı, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
39. Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tesbiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik. Resmi gazetede yayımlandığı tarih ve sayı: 30 Temmuz 2006- 26244. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/27121.html>. [04.04.2009].

40. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun. Resmi gazetede yayımlandığı tarih ve sayı: 10.7.1976- 15642. [01.03.2009].
41. T.C.Anayasası. Kurucu Mecliste Kabul Tarihi: 18.10.1982; Halkoyuna Sunulmak Üzere Tasarının Resmî Gazetede İlanı: 20.10.1982- 17844; Kanunun Halkoyu İle Kabul Tarihi:7.11.1982; Halkoyu Sonucunun Yayımlandığı Resmî Gazete Tarihi: 9.11.1982- 17863. [Http://Www.Tbmm.Gov.Tr/Anayasa.Htm](http://Www.Tbmm.Gov.Tr/Anayasa.Htm). [01.02.2009].
42. Belediye Kanunu Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 14.4.1930 Sayı:1471 [Http://Www.Khgm.Gov.Tr/Mevzuat/Kanun/Belediyekanunu.Htm](http://Www.Khgm.Gov.Tr/Mevzuat/Kanun/Belediyekanunu.Htm). [11.02.2009].
43. [http://www.ankarabel.gov.tr/AbbSayfalari/hizmet\\_birimleri/sosyal\\_hizmetler1/ya\\_sli\\_hizmetleri\\_ve\\_sefkatevleri\\_sube\\_mud/yaslilara\\_hizmet\\_merkezi.aspx](http://www.ankarabel.gov.tr/AbbSayfalari/hizmet_birimleri/sosyal_hizmetler1/ya_sli_hizmetleri_ve_sefkatevleri_sube_mud/yaslilara_hizmet_merkezi.aspx). [11.02.2009].
44. [http://www.istanbulindeks.com/haberler/haber\\_4655.htm](http://www.istanbulindeks.com/haberler/haber_4655.htm). [19.02.2009].
45. Şengil Z, Sabuncu M, Yalova Belediyesi yalnız yaşayan yaşlılara iletişim temelli destek ve bakım programı, Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 2008: s:142.
46. <http://dergi.kocaeli.bel.tr/tr/okuma.asp?id=199>. [10.03.2009].
47. <http://www.mamak.bel.tr/mamak.aspx?SayfaId=80>. [10.03.2009].
48. [http://www.shcek.gov.tr/Kuruluslarimiz/tablo\\_huzx.asp](http://www.shcek.gov.tr/Kuruluslarimiz/tablo_huzx.asp). [10.03.2009].
49. Eskişehir Sağlık Müdürlüğü. <http://www.saglikmudurlugu.com/> [10.03.2009].
50. <http://www.eskisehir.gov.tr/sosyalhizmetler.asp>.
51. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Studies of illness in theaged: the Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185:914–919.
52. Cho YC, Alessi CA, Cho M: The association between chronic illness and functional change among participants in Comprehensive Geriatric Assessment Program. Am Geriatr Soc 1998; 46(6):677- 682.



53. Lawton MP, Brody EM, Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*.1969;9: 179- 186.
54. Beck AT, An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961;4: 561- 71.
55. Hisli N, Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7: 3- 13.
56. Beck AT, Epstein N, Brown G, An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*,1988; 56: 893- 897.
57. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmén H, Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 1998; 12: 163- 172.
58. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473- 483.
59. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Short Form-36'nın (SF- 36) Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102- 6.
60. Smith F, Francis S. A, Gray N, Denham M, Graffy J, A multi- centre survey among informal carers who manage medication for older care recipients: problems experienced and development of services. *Health and Social Care in The Community*. 2003; 11(2): 138–145.
61. Informal/ family caregivers in Canada caring for someone with a mental illness .Final Report, Health Canada,2004. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/index-eng.php> [03.03.2009].
62. Rogers S, Komisar H, Who needs long-term care? Georgetown University Long-Term Care Financing Project 2003, <http://ltc.georgetown.edu/pdfs/whois.pdf> [02.03.2009].
63. Bell L, Home care in England, *Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı*, İstanbul, 2008: 24- 28.
64. Trydegard G.B, Home care or elderly people-The Swedish model, *Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı*, İstanbul, 2008: 29- 33.

65. Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 2003;12: 860- 872.
66. Katz S. J, Kabeto M, Langa K. M, Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA*. 2000;284(23):3022- 3027.
67. Krishnasamy M, Wilkie E, Haviland J, Lung cancer health care needs assessment: patients and informal carers responses to a national mail questionnaire survey. *Palliative Medicine*. 2001; 15: 213–227.
68. Pinto A. R, Holanda A.M, Medeiros M.M.C, Mota R.M.S, Pereira E.D.B,, Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*. 2007;101:2402–2408.
69. Lin-sun Fan S, Sathick I, McKitty K, Punzalan S, Quality of life of caregivers and patients on peritoneal dialysis, *Nephrol Dial Transplant*.2008;23: 1713–1719.
70. Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A, Eurocare: A cross- national study of co-resident spouse carers for people with alzheimer's disease: I--factors associated with carer burden, *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(8):651- 61.
71. Min JW, Barrio C. Cultural values and caregiver preference for mexican-american and non-latino white elders, *J Cross Cult Gerontol*. 2009; 6.
72. <http://www.aarp.org/research/housing-mobility/homecare/aresearch-import-693-FYI.html>. [01.03.2009].
73. Kuscu M.K, Dural U, Önen P, Yaşa Y, Yayla M, Basaran G, Turhal S, Bekiroğlu N, The association between individual attachment patterns, the perceived social support and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psycho-Oncology*, 2009.
74. Across the states 2009. [http://assets.aarp.org/rgcenter/il/d19105\\_2008\\_at\\_1.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/il/d19105_2008_at_1.pdf) [02.04.2009].
75. Home and hospice care survey, National Health Statistics, CDC, <http://www.cdc.com>, 1996. [02.03.2009].

76. Kuuppelomaäki M, Sasaki A, Yamada K, Coping strategies of family carers for older relatives in Finland. *Journal Of Clinical Nursing*,2004;13: 697–706
77. Lai D. W. L, Leonenko W, Effects of caregiving on employment and economic costs of Chinese family caregivers in Canada. *J Fam Econ Iss.*2007; 28: 411–427
78. WHO, Community home based care: family caregiving. caring for family members with hiv/aids and other chronic illnesses. The impact older women and girls. A Botswana case study.2000
79. Zapart S, Kenny P,Hall J, Home-based palliative care in Sydney, Australia: the carer's perspective on the provision of informal care health and social care in the community. 2007;15: (2)97–107
80. Nolan M, Supporting family careres in the UK: Overview of issues and challenges' *British Journal of Nursing*, 2001; 10(9). 608- 613
81. Canadian caregiver coalition: roundtable on the role of men in caregiving. *Health Canada.*2003 <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2003-men-hommes/index-eng.php> [04.03.2009]
82. Mcgee H.M, Molloy G, O'Hanlon A, Layte R, Hickey A, Older people recipients but also providers of informal care: an analysis among community samples in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Health and Social Care in The Community.*2008;16(5), 548–55
83. Kipp W, Tindyebwa D, Rubaale T, Karamagi E, Bajenja E, Family caregivers in rural Uganda: the hidden reality, *Health Care for Women International*, 2007;28: 856–871.
84. Belasco A,Barbosa D, Bettencourt A.R, Diccini S, Sesso R, Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*,2006; 48 (6): 955- 963
85. Sansoni J, Vellone E, Piras G, Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice* 2004; 10: 93–100
86. Hilman L. Maximum impact-looking to the future. *Canadian Home Care Association 12. Annual Conference*, 2002: 18

87. Dreer L. E, Elliott T.R, Shewchuk R, Berry J.W, Rivera P, Family caregivers of persons with spinal cord injury: predicting caregivers at risk for probable. Depression Rehabil Psychol. 2007; 52(3): 351–357
88. Cameron J.I, Herridge M.S, Tansey C.M, McAndrews M.P, Cheung A. M MD, Well-being in informal caregivers of survivors of acute respiratory distress. Syndrome Crit Care Med. 2006;34(1):81-6
89. Hurst J, Trends in long-term care in OECD countries: evidence from recent OECD studies and preliminary findings from a study of 19 countries. AARP International Long-Term Care. 2003.
90. Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13(9):795- 801.
91. Aarsland D, Larsen J. P, Karlsen K, Lim N. G. Tandberg E, Mental symptoms in parkinson's disease are important contributors to caregiver distress. International Journal Of Geriatric Psychiatry 1999;14: 866- 874.
92. Şahiner T, Kuzu N, Beşer N ve ark. Alzheimer hastaları ve yakınlarının yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyetelerinin değerlendirilmesi. Öz- Veri Dergisi. T. C Başbakanlık Özürlüler İdaresi Yayını, 2005;2 ( 1 ) :377- 503
93. Pirraglia PA, Bishop D, Herman DS, Trisvan E, Lopez RA, Torgersen CS, Van Hof AM, Anderson BJ, Miller I, Stein MD, Caregiver burden and depression among informal caregivers of HIV-infected individuals. J Gen Intern Med. 2005; 20: 510–514
94. Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J Walter S.D, Russell D, Swinton M, Zhu B, Wood, E, The Health and Well-Being of Caregivers of Children With Cerebral Palsy, Pediatrics, 2005;115(6): 626- 636
95. Klassen AF, Klaassen R, Dix D, Pritchard S, Yanofsky R, O'Donnell M, Scott A, Sung L. Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related quality of life. J Clin Oncol. 2008; 20;26(36):5884- 9.

96. Fernandez HH, Tabamo RE, David RR, Friedman JH. Predictors of depressive symptoms among spouse caregivers in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2001 ;16 (6):1123-5.
97. Martínez- Martín P, Benito-León J, Alonso F, Catalán MJ, Pondal M, Zamarbide I, Tobías A, de Pedro J, Quality of life of caregivers in Parkinson's disease. *Qual Life Res.* 2005;14(2):463- 72.
98. Thommessen B, Aarsland D, Braekhus A, Oksengaard AR, Engedal K, Laake K. The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2002;17(1):78- 84.

**EK 1.****18 YAŞ ÜZERİ BİREYE UYGULANACAK  
ANKET FORMU****HANE NO:**

1.Hanede kaç kişi yaşıyor?

2. Ad- Soyad				
3. Cinsiyet				
4. Yaş				
5.Öğrenim durumu				
6. Sosyal güvence				
7. Medeni durum				
8. Meslek				

9. Şu anda yaşadığınız hanede evde bakım verilen var mı?

 Yok  Var

10. Bakım alma nedeni.....

11. Bakım alma süresi.....

12. Bakımı veren kim?.....

13.Günlük yaşam genel olarak nasıl geçiriliyor?

- Ev dışındaki aktivitelerinde bağımlı değil
- Ev içinde bağımsız dışında yardıma ihtiyaç duyuyor
- Sadece ev icinde hareket edebiliyor ev dışına çıkamıyor
- Yatağa bağımlı

14. Aşağıdaki aktivitelerde bağımlı olup olmamayı belirtin

	Bağımsız	Yarı bağımlı	Bağımlı
Banyo	3	2	1
Giyinme	3	2	1
Tuvalet	3	2	1
Hareket	3	2	1
Boşaltım	3	2	1
Beslenme	3	2	1

15. Aşağıdaki aktivitelerde bağımlı olup olmamayı belirtin.

	Bağımsız	Yarı bağımlı	Bağımlı
Telefon Kullanma	3	2	1
Yemek Hazırlama	3	2	1
Alışveriş Yapma	3	2	1
Günlük Ev İşlerini Yapma	3	2	1
Çamaşır Yıkama	3	2	1
Ulaşım Araçlarına Binme	3	2	1
İlaçları Kullanma	3	2	1
Para İdaresi	3	2	1

## EK 2.

### BAKIM VEREN BİREYE UYGULANACAK ANKET FORMU

Hane no:

1. Bakım verdiğiniz kişinin gereksinimleri ile ilgili bilgi/ eğitim aldınız mı?

Hayır

Evetse nereden?.....

2. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum

(2) hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum

(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum

3. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve kararsız değilim

(1) Gelecek hakkında karamsarım

(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok

(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor

4. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum

(1) Çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum

(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum

5. (0) Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum

(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor

(3) Her şeyden sıkılıyorum

6. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum

7. (0) Kendimden memnunum

(1) Kendi kendimden pek memnun değilim

(2) Kendime çok kızıyorum

(3) Kendimden nefret ediyorum

8. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum



- (1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendimi eleştiririm
  - (2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum
  - (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum
9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
- (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapamıyorum
  - (2) Kendimi öldürmek isterdim
  - (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
10. (0) Her zamankinden daha fazla içimden ağlamak gelmiyor
- (1) zaman zaman içimden ağlamak geliyor
  - (2) Çoğu zaman ağlıyorum
  - (3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum
11. (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim
- (1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum
  - (2) Şimdi hep sinirliyim
  - (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor
12. (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim
- (1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum
  - (2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
  - (3) Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum
13. (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
  - (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum
  - (3) Artık hiç karar veremiyorum
14. (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum
- (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor
  - (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum
  - (3) Kendimi çok çirkin buluyorum
15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- (1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor
  - (2) Herhangi bir şey yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor
  - (3) Hiçbir şey yapamıyorum
16. (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum

- (1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum  
(2) Her zamankinden 1- 2 saat daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum  
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum  
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum  
(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum
18. (0) İştahım her zamanki gibi  
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil  
(2) İştahım çok azaldı  
(3) Artık hiç iştahım yok
19. (0) Son zamanlarda kilo vermedim  
(1) İki kilodan fazla kilo verdim  
(2) Dört kilodan fazla kilo verdim  
(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
- Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum ( ) Evet ( ) Hayır
20. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor  
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor  
(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor  
(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum
21. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim  
(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim  
(2) Cinsel konularla şimdi çok az ilgiliyim  
(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim
22. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor  
(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum  
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum  
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum

0.hiç 1.hafif derece 2.orta derece 3.ciddi derecede

Sizi ne kadar rahatsız etti?

- 23.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma (0) (1) (2) (3)
- 24.Sıcak –ateş basmaları (0) (1) (2) (3)
- 25.Bacaklarda halsizlik, titreme (0) (1) (2) (3)
- 26.Gevşeyememe (0) (1) (2) (3)
- 27.Çok kötü şeyler olacak korkusu (0) (1) (2) (3)
- 28.Baş dönmesi ve ya sersemlik (0) (1) (2) (3)
- 29.Kalp çarpıntısı (0) (1) (2) (3)
- 30.Dengeyi kaybetme korkusu (0) (1) (2) (3)
- 31.Dehşete kapılma (0) (1) (2) (3)
- 32.Sinirlilik (0) (1) (2) (3)
- 33.Boğuluyormuş gibi olma korkusu (0) (1) (2) (3)
- 34.Ellerde titreme (0) (1) (2) (3)
- 35.Titreklik (0) (1) (2) (3)
- 36.Kontrolü kaybetme korkusu (0) (1) (2) (3)
- 37.Nefes almada güçlük (0) (1) (2) (3)
- 38.Ölüm korkusu (0) (1) (2) (3)
- 39.Korkuya kapılma (0) (1) (2) (3)
- 40.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi (0) (1) (2) (3)
- 41.Baygınlık (0) (1) (2) (3)
- 42.Yüzün kızarması (0) (1) (2) (3)
- 43.Terleme(sıcağa bağlı olmayan) (0) (1) (2) (3)

44. Genel olarak sağlığını için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a)Mükemmel1 b)çok iyi2 c)iyi3 d)orta 4 e)kötü5

45. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi1
- b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi2
- c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı3
- d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü4

e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü5

46. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir.

Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

Evet, oldukça Kısıtlıyor(1)

Evet, biraz kısıtlıyor(2)

Hayır, hiç kısıtlamıyor(3)

a)Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler(1) (2) (3)

b)Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta Dereceli etkinlikler (1) (2) (3)

c)Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma(1) (2) (3)

d)birkaç kat merdiven çıkma(1) (2) (3)

e)Merdivenle bir kat çıkma (1) (2) (3)

f)Eğilme veya diz çökme(1) (2) (3)

g)Bir kilometreden fazla yürüme(1) (2) (3)

h)Birkaç sokak öteye yürüme(birkaç yüz metre) (1) (2) (3)

l)Bir sokak öteye yürüme(yüz metre) (1) (2) (3)

j)Kendi kendine banyo yapma veya giyinme(1) (2) (3)

47.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz/diğer

günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

Evet Hayır

İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?1 2

Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız? 1 2

İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu? 1 2

İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? 1 2

(örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)

48.Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük/ kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a)İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?1	1	2
b)Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
c)İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	1	2

49.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız/duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş/komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi1

Biraz etkiledi2

Orta derecede etkiledi3

Oldukça etkiledi4

Aşırı etkiledi5

50.Son 4 hafta boyunca bedensel ne kadar ağrınız oldu?

Hiç1

Çokhafif2

Hafif3

Orta4

Şiddetli5

Çokşiddetli

51. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi1

Biraz etkiledi2

Orta derecede etkiledi3

Oldukça etkiledi4

Aşırı etkiledi5

52. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz .

Her zaman1, çoğu zaman2, oldukça3, bazen4, nadiren5, hiçbirzaman6

...

- a)Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi? (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- b)Çok sinirli bir insan oldunuz mu? (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- c)Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi? (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- d)Kendinizi sakin,uyumlu hissettiniz mi? (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- e)Kendinizi enerjik hissettiniz mi? (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- f)Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi? (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- g)Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi? (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- h)Kendinizi mutlu hissettiniz mi? (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- I)Kendinizi yorgun hissettiniz mi? (1) (2) (3) (4) (5) (6)

53. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş/ akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Her zaman1çoğu zaman2 bazen3 nadirenhiçbirzaman5

54. Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz

Kesinlikle doğru1,çok doğru2, bazen3, çok yanlış4, kesinlikle yanlış5

- a)Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim. (1) (2) (3) (4) (5)
- b)Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım. (1) (2) (3) (4) (5)
- c)Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum. (1) (2) (3) (4) (5)
- d)Sağlığım mükemmel. (1) (2) (3) (4) (5)

