



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**SEREBROVASKÜLER HASTALIĞI OLAN BİREYLERE BAKIM
VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE ÖZ
ETKİLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Merve KAYA

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayfer TEZEL

2014 - ANKARA

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SEREBROVASKÜLER HASTALIĞI OLAN BİREYLERE BAKIM
VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE ÖZ
ETKİLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Merve KAYA

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer TEZEL**

2014 - ANKARA

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller Dizini	viii
Çizelgeler Dizini	ix

1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Genel Bilgiler	4
1.2.1. Serebrovasküler Hastalık	4
1.2.1.1. Serebrovasküler Hastalığın Tanımı	4
1.2.1.2. Serebrovasküler Hastalığın Epidemiyolojisi	5
1.2.1.3. Serebrovasküler Hastalıkta Risk Faktörleri	6
1.2.1.4. Serebrovasküler Hastalık Belirtileri ve Etkileri	10
1.2.1.5. Serebrovasküler Hastalık Sonrası Gelişen Komplikasyonlar	11
1.2.1.6. Serebrovasküler Hastalıkta Hemşirelik Bakımı ve Aile Eğitimi	12
1.2.2. Bakım Yüğü	15
1.2.2.1. Bakım Yüğü ile İlgili Tanımlar	15
1.2.2.2. Bakım Yüğünün Aile Üzerindeki Etkisi	20
1.2.3. Öz Etkililik	24
1.2.3.1. Öz Etkililik ile İlgili Tanımlar	24
1.2.3.2. Öz Etkililiğin Bireyler Üzerindeki Etkisi	25
1.2.3.3. Hemşirelik ve Öz Etkililik	27
2. GEREÇ VE YÖNTEM	29
2.1. Araştırmanın Şekli	29
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	29

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
2.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	30
2.5. Veri Toplama Araçları	31
2.6. Araştırma ile İlgili İzinler ve Etik Onam	34
2.7. Ön Uygulama	34
2.8. Uygulama	34
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	37
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3. BULGULAR	38
3.1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular	38
3.2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BVYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	41
3.3. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÖEYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	45
3.4. BVYÖ ve ÖEYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	56
4. TARTIŞMA	57
4.1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması	57
4.2. Bakım Verme ve Bakım Yüküne Ait Bulguların Tartışılması	58
4.3. Öz Etkililiğe Ait Bulguların Tartışılması	65
4.4. Bakım Yüğü ve Öz Etkililik Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması	71
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
ÖZET	77
SUMMARY	79
KAYNAKLAR	81
EKLER	90
EK-1: Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu	90
EK-2: Bakım Veren Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu	92
EK-3: Hasta Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu	94

EK-4: Bakım Verme Yüğü Ölçeği	95
EK-5: Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği	97
EK-6: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	99
EK-7: Etik Kurul Kararı	102
EK-8: Genel Sekreterlik İzin Yazısı	103
EK-9: Kurum İzin Yazısı	104
ÖZGEÇMİŞ	107

ÖNSÖZ

Serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve öz etkililiklerinin değerlendirildiği bu çalışma, toplumumuzda giderek artış gösteren SVH popülasyonuna ve SVH'ın hem hasta birey hem de bakım veren aile üyeleri üzerindeki etkilerine dikkat çekilmek amacıyla yapılmıştır.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, olumlu yönlendirmeleriyle bugüne gelmemde büyük emek sahibi olan sevgili danışmanım Prof. Dr. Ayfer TEZEL'e,

Çalışmada, Nöroloji servisi ve polikliniklerinin hasta kayıtlarını kullanmama izin veren İzmit Seka Devlet Hastanesi'nin Başhekimlik ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Araştırmaya katılarak beni evlerine alan ve vakitlerini ayıran tüm bakım verenlere,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini her zaman hissettiğim Nöroloji servisi sağlık bakım hizmetleri sorumlu hemşiresi Ayşe USTAOĞLU'na ve servis arkadaşlarıma,

Ankara'da kaldığım süre boyunca beni yalnız bırakmayan sevgili dostum Serpil KILIÇ'a, bana evlerini açan ve beni ailesinin bir üyesi olarak gören KILIÇ ailesine,

Tüm eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda hissettiğim, sevgilerini ve yardımlarını benden asla esirgemeyen canım aileme,

Tüm sevgisi ve desteğiyle her an yanımda olan hayat arkadaşım Türker ÇAKAR'a

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER ve KISALTMALAR

BGYAI	Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi
BVYÖ	Bakım Verme Yüğü Ölçeğı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
F	Oneway ANOVA Test İstatistiğı
ÖEYÖ	Öz Etkililik Yeterlik Ölçeğı
p	Önemlilik Belirleme Katsayısı
r	Korelasyon Katsayısı
SVH	Serebrovasküler Hastalık
t	T Test İstatistiğı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Bakım Veren Yük Modelinin Yapısal Şekli	22
Şekil 2.1. Araştırma Süreci	36

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği ve Maddeleri	33
Çizelge 2.2. Zaman Çizelgesi	35
Çizelge 3.1.1. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri	38
Çizelge 3.1.2. Bakım Verilen Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	40
Çizelge 3.2.1. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalaması	41
Çizelge 3.2.2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BVYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Çizelge 3.2.3. Bakım Verilen Hastanın Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin BVYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Çizelge 3.3.1. Bakım Verenlerin Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği Puan Ortalamaları	45
Çizelge 3.3.2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÖEYÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Çizelge 3.3.3. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Davranışa Başlama Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Çizelge 3.3.4. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Davranış Sürdürme Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Çizelge 3.3.5. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Davranış Tamamlama Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Çizelge 3.3.6. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Engellerle Mücadele Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Çizelge 3.3.7. Bakım Verilen Hastanın Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin ÖEYÖ ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı	55
Çizelge 3.4.1. BVYÖ ile ÖEYÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	56

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Nörolojik hastalıklar, sanayileşmiş ülkelerde koroner kalp hastalığı ve kanserden sonra görülen önemli mortalite nedenlerindendir. Nörolojik hastalıkların sebep olduğu ölümlerin %85'i serebrovasküler hastalık (SVH) kaynaklıdır (World Health Organization, 2006; American Heart Association, 2009, p.:14-16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) serebrovasküler hastalığı “hızla gelişen serebral işlevlerin fokal veya global bozukluğu nedeniyle 24 saatten uzun süren veya ölümle sonuçlanan klinik bulgular” olarak tanımlamış ve 2030 yılında mortalitenin temel nedenlerinden biri olarak göstermiştir (World Health Organization, 2006; World Health Statistics, 2008).

Yaşlı nüfus oranının yanı sıra olumsuz çevresel ve sosyal faktörlerin etkilerinin de artmasıyla DSÖ, 2004 yılında SVH kaynaklı mortalite oranı % 9,7 iken, bu oranın 2030 yılında %12,1 olacağını tahmin etmektedir (World Health Organization, 2006; World Health Statistics, 2008).

Amerika'da yaklaşık olarak her yıl 550 000 kişi serebrovasküler hastalık tanısı almaktadır. Tanı aldıktan sonra ilk üç ay boyunca hayatta kalan SVH'lı bireylerin yaklaşık yarısı 5 yıl daha yaşayabilirken, bunların sadece 1/3'ünün 10 yıl daha hayatta kalabileceği bildirilmektedir (World Health Organization, 2006).

Hasta bireylerde meydana gelen bedensel işlev bozukluklarının da en önemli nedeni serebrovasküler hastalıktır. Amerika'da yaklaşık olarak hastalık sonrası üç milyon kişi yutma, hareket etme ve konuşma yetenekleri olmadan yaşamlarını sürdürmektedir (Ruffer, 1999, p.:45-46). Hastaların ortalama %20'sinin ailelerinin ya da bakım verenlerin bakımına muhtaç olarak yaşamlarını devam ettirdikleri tahmin

edilmektedir. Bu nedenle uzun süreli işlevsel bozuklukların önemli bir nedeni olan SVH'nin hem hastaya hem ailesine hem de sağlık hizmetlerine büyük ölçüde duygusal ve sosyoekonomik etkisi vardır (Truelsen et al., 2000; World Health Organization, 2006).

Fiziksel ve bilişsel becerilerin kaybı ve davranışsal değişimlere neden olan serebrovasküler hastalık, bireyin günlük yaşam aktivitelerini bir başkasına bağımlı olarak devam ettirmesine sebep olmaktadır. Bu nedenle SVH hem hastanın hem de ona bakım veren bireyin rol ve sorumluluklarında değişikliklere neden olur (Kalav, 2011).

Bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı değildir. Bakım veren, hastaya hem emosyonel hem fiziksel hem de maddi destek sağlar (İnci ve Erdem, 2008; Mollaoğlu ve ark., 2011; Zaybak ve ark., 2012). Bu nedenle bakım veren kısa bir sürede birden fazla sorumluluğu üstlenmek zorunda kalır. Adaptasyonu çok zor olan bu değişim, bakım verenin fiziksel ve psikososyal olarak etkilenebileceği bir süreçtir (King et al., 2010). Bakım verenin bu zorlu süreci hissedilen en az yük ile devam ettirebilmesi ve bakım kalitesinin artırılması için bütüncül yaklaşımın benimsenmesi ve SVH'lı hastaların, bakım verenleri ile birlikte değerlendirilmesi gerekir (Tuna ve Olgun, 2010).

Bakım vermek; genellikle aile üyelerinin üstlendiği, formal bir eğitim almayan bireyler tarafından gönüllü olarak gerçekleştirilen, emosyonel, fiziksel ve maddi desteği de kapsayan bir roldür. Bakım verenin aniden üstlendiği bu rol, onun psikolojik rahatsızlıklar, sağlık problemleri, ekonomik sıkıntılar gibi daha birçok zorluk yaşamasına neden olabilir (Bayles and Tomoeda, 2007, p.:219-224). Bakım verenin yaşlı, kronik hastalığı veya yetersizliği olan bireye bakım verdiği süreç içerisinde zorlanması ya da kendisini baskı altında hissetmesi üstlendiği sorumlulukları bir yük gibi algılamasına neden olabilir. Bu durum bakım verenin bakım yükü olarak tanımlanır (Kasuya et al.,2000).

Bakım verenler çoğu zaman bakım verme sorumluluğu ile kendi hayatları (iş, aile, sosyal hayat) arasında dengesizlik yaşarlar. Bu bakım yükünü hissettiren temel nedendir (Silver and Wellmani, 2002). Bakım yükünün algılanmasını bakım verenin kişilik özellikleri de etkilemektedir. Bakım verenlerin becerikli, duygusal açıdan güçlü, istenen bakım türünü vermeye en uygun, öz etkililiği yüksek olan bireyler olması bakım yükünün algılanmasını etkiler (Temizer, 2009; Durmaz, 2011).

Öz etkililik; bireyin karşılaşacağı güç durumlarla baş edebileceğine olan inancıdır ve bireyin zor durumlarda nasıl davranacağını büyük ölçüde etkiler. Öz etkililiği yüksek olan bireyler zor işlerin üstesinden kolayca gelebilirler (Luszczynska et al., 2009; Durmaz, 2011; Harmell et al., 2011). Öz etkililik kavramının hissedilen bakım yükü üzerinde de etkisi vardır. Bakım verenin öz etkililiğinin, bakım vermedeki etkinliği arttıracığı ve hissedilen bakım yükünü azaltacağı düşünülmektedir (Durmaz, 2011).

Hastanın ve bakım verenin her zaman yanında olan hemşirelerin, hasta bireyin hastalığa uyum sağlamasını kolaylaştırmaya ve bakım sürecinde bakım verenin güçlü yönlerini ortaya çıkartmaya yardımcı olması gerekir. Hemşirenin, bakım verenin kendisini tanımasına yardımcı olması, hem bakım verenin iyilik durumunun devamını hem de bakımın kaliteli bir şekilde sürdürülmesini sağlar (Mollaoğlu ve ark., 2011).

Serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve öz etkililiklerinin değerlendirildiği bu çalışmada, toplumumuzda giderek artış gösteren SVH popülasyonuna ve SVH'ın hem hasta birey hem de bakım veren aile üyeleri üzerindeki etkilerine dikkat çekilmek istenmiştir. Gelecek yıllarda bakım verenlerin hayatımızdaki öneminin daha da artacağı dikkate alındığında; bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve öz etkililiklerinin tanımlanmasının, planlanacak hemşirelik girişimlerinin ve bakım verenlerin öz etkililiğini artırmaya yönelik stratejilerin belirlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma, serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve öz etkililiklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.2.Genel Bilgiler

1.2.1. Serebrovasküler Hastalık

1.2.1.1.Serebrovasküler Hastalığın Tanımı

Serebrovasküler hastalık; beyne giden kan damarlarının yırtılması ya da pıhtı oluşumu nedeniyle tıkanması sonucu kan akımının engellenmesi ile meydana gelen bir nörolojik tablodur. Kan akımının engellenmesi beyin dokularında hasara neden olur (World Health Organization, 2014).

Serebrovasküler hastalık, damar duvarında gelişen lezyon, emboli ya da trombüs oluşumu, damarların yırtılması, kan yoğunluğunda meydana gelen artış gibi nedenlerle ortaya çıkar (Bozkurt 2008; Koyuncu 2008). SVH nedenleri içinde serebral iskemi %70-85, intraserebral kanama %7-15 ve subaraknoid kanama ise %2-8 oranında görülür (Halaç, 2005; İlbay, 2008; American Heart Association, 2009).

SVH, etkilenen damara göre arter veya ven kaynaklıdır. Arter kaynaklı SVH iskemik veya hemorajik özellikte olur. Batı toplumu ve Amerika’da tüm serebrovasküler hastalığı olan bireylerin %85’i iskemik, %14’ü ise hemorajik SVH’tır. Venöz olanlar ise %0,5 -1 kadardır (Çelebi, 2005).

SVH en önemli üçüncü ölüm nedeni olmakla birlikte erişkinlerde bedensel işlevsizliklere neden olan hastalıklar arasında ilk sıradadır (Öztürk ve ark., 2002; Çelebi 2005; American Heart Association, 2009). Orta ve ileri yaş grubu hastalığı olarak bilinse de genç erişkinlerde de görülmektedir. Gençlerde SVH etiyolojisini belirlemek zor olsa da, gelişmiş ülkelerde ateroskleroz ve kardiyak hastalıkların, gelişmekte olan ülkelerde de gebelik, doğum ve enfeksiyonların etkili olduğu belirtilmektedir (Çelebi, 2005). SVH sonrası dönemde bireyin yaşam kalitesinin azalması bireyi ve onun sosyal çevresini olumsuz etkilemektedir (Öztürk ve ark.,

2002). Bu durum mortalite oranının düşük olduğu fakat işlevsel bozuklukların kalma oranının yüksek olduğu genç erişkin bireyler için zor bir süreçtir (Çelebi, 2005). Çoğu zaman uzun süreli rehabilitasyon ve bakım gerektiren bedensel işlevlerde bozulmalar beraberinde bireysel, sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunları getirmektedir (World Health Organization, 2006; Koyuncu, 2008; Koç, 2012).

1.2.1.2. Serebrovasküler Hastalığın Epidemiyolojisi

Serebrovasküler hastalık insidansı; belirli bir zaman diliminde bir popülasyonda meydana gelen yeni SVH olgularının sayısı olup bu sayının risk altındaki nüfusa bölünmesi ile elde edilen oran ise insidans hızıdır. Serebrovasküler hastalığın insidans hızı 55-64 yaş arasında 1,7-3,6/1 000, 65-74 yaş arasında 4,9-8,9/1 000, 75 yaş ve üzerinde 13,5-17,9/1 000'dir. SVH erkeklerde kadınlara oranla 2-3 kat daha sık görülmekte ve kış aylarında görülme sıklığı artmaktadır (Bozkurt, 2008; İlbay, 2008; Kelten, 2008).

Serebrovasküler hastalık prevelansı; belirli bir zaman diliminde bir popülasyondaki eski ve yeni SVH olgularının sayısı olup bu sayının risk altındaki nüfusa bölünmesiyle elde edilen orana prevelans hızı denir. Prevelans hızı yaşla birlikte artış göstermektedir (Bozkurt, 2008; Kelten, 2008). Batı ülkelerinde SVH prevelansı 8/1 000, Japonya'da 20/1 000 olarak belirtilmiştir (Halaç, 2005; İlbay, 2008; Kelten, 2008).

Amerika'da, 20 ve üzeri yaş grubunda SVH prevelansının 6 500 000 (2 600 000'i erkek, 3 900 000'i kadın) ve her 17 ölümden birinin sebebinin SVH olduğu belirtilmiştir. Her yıl yaklaşık 795 000 insan ilk kez ya da tekrarlayan SVH atakları geçirdiği ve bunların yaklaşık 600 000'inin ilk atak iken yaklaşık 195 000'inin tekrarlayan SVH atakları olduğu vurgulanmıştır (American Heart Association, 2009). Serebrovasküler hastalıkta prognoz etiyolojiye bağlıdır. Genel olarak SVH'ta mortalite oranı yüksektir. Mortalite oranı intraserebral kanamada, serebral iskemide

göre daha fazladır. Genç hastalarda mortalite oranı %1,5-7,3 arasındadır (Çelebi, 2005).

Serebrovasküler hastalık sonrası 1 300/1 000 000 kişide değişik derecelerde işlevsel bozulmalar kalmaktadır (Kelten, 2008). Öztürk ve arkadaşlarının (2002), SVH sonrası yaşam kalitesini ve fonksiyonel bağımsızlığı değerlendirdiği çalışmasında, bireylerin %93'ünün yaşam kalitesinin bozulduğu belirtilmiştir. Bu bozulmanın ev aktivitelerinde %87,3, aile ilişkilerinde %54,9 olduğu belirlenmiş ve SVH öncesinde çalışan 21 bireyden sadece 4'ü işine geri dönebilmiştir. Kelten (2008), SVH'nin en çok sakatlık ve bağımlılık yaratan hastalıklar arasında olduğu için sağlık harcamalarında önemli bir yer tuttuğunu vurgulamıştır.

Ülkemizde SVH ile ilgili istatistiki veriler yeterli değildir (Varlıbaş ve ark., 2004; Halaç, 2005; Karatepe ve ark., 2007; Koç, 2012). Türkiye'de SVH sıklığı 176/100 000 olarak bildirilmekte ve bu her yıl 125 000 yeni hasta anlamına gelmektedir. Bildirilen mortalite oranı ise %24'tür (Başar, 2006).

1.2.1.3. Serebrovasküler Hastalıkta Risk Faktörleri

Bir hastalığın meydana gelmesine sebep olan veya yatkınlık sağlayan etkenlere risk faktörleri denir. Değişen sosyoekonomik faktörler, diyet, yaşam tarzı, alışkanlıklar ve çevresel koşullar toplumlar arasındaki SVH insidanslarında farklılığa yol açmaktadır. Serebrovasküler hastalık yaş, cinsiyet, sigara alkol tüketimi, hipertansiyon, obezite, diabetes mellitus gibi birbirinden bağımsız risk faktörleri nedeniyle ortaya çıkabilir (Halaç, 2005).

SVH risk faktörlerinden bazıları kontrol altına alınabilir. Bu nedenle risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Karatepe ve ark., 2007).

Değiştirilemez Risk Faktörleri

Serebrovasküler hastalıkta risk faktörlerinin tanımlanması hastalıktan korunmada çok önemli olsa da değiştirilemeyen bazı faktörler vardır. Bunlar; yaş, cinsiyet, ırk ve etnik köken ve aile öyküsüdür. Bu faktörlerin herhangi birinin olması durumunda takip ve tedavi ile risk azaltılabilir (Karatepe ve ark., 2007).

Yaş: Serebrovasküler hastalıkta en önemli risk faktörü yaştır (Çelebi, 2005; Çolak, 2005; Yıldız ve ark., 2009). SVH vakalarının %70'i 65 yaş üstüdür. SVH riski 55 yaş üstü bireylerde her on yılda iki kattan fazla artmaktadır (Çelebi, 2005; Çolak, 2005).

Cinsiyet: SVH insidansı 55-64 yaş arası kadınlarda, erkeklerden 2-3 kat daha azdır (Utku, 2007). Erkeklerde insidans 174/100 000, kadınlarda 122/100 000'dir (Çelebi, 2005). İlerleyen yaşlarda bu fark azalır hatta kadınların yaşam süresi erkeklere oranla daha uzun olduğu için SVH'a bağlı mortalite sayısı kadınlarda daha fazladır (Çelebi, 2005; Utku, 2007).

İrk ve Etnik Köken: Siyah ırkta SVH insidansı 233/100 000'dir. Bu oran İspanyollarda 196/100 000, beyaz ırkta ise 93/100 000'dir (Çelebi, 2005). Serebrovasküler hastalık siyah ırkta, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi hastalıklara daha yatkın olmaları nedeniyle, beyaz ırka oranla daha sık görülmektedir (Çelebi, 2005; Çolak, 2005). Japonya diyet alışkanlıkları nedeniyle hipertansiyonun sık görüldüğü dolayısıyla da SVH riskinin yüksek olduğu bir ülkedir (Aşiret, 2011).

Aile Öyküsü: Aile öyküsü, önemli bir risk faktörüdür. Birinci derece akrabalarda SVH öyküsünün olması riski arttırır (Çolak, 2005; Halaç, 2005).

Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Bireyde değiştirilebilen risk faktörlerinin tanımlanması halinde takip ve tedavi ile ya da olumlu sağlık davranışları geliştirilerek hastalıktan korunma sağlanabilir. Bunlar;

hipertansiyon, geçici iskemik atak, sigara ve alkol, kardiyak hastalıklar, diabetes mellitus, yüksek homosistein düzeyi, obezite, yüksek fibrinojen düzeyi, oral kontraseptif ve fiziksel inaktivitedir.

Hipertansiyon: Sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin artması SVH riskini de artırır (Truelsen et al., 2000; Çolak, 2005; American Heart Association, 2009). Hipertansiyonu olan bireylerin 3 kat daha fazla SVH riski taşıdığı belirtilmiştir (Yıldız ve ark., 2009). Hipertansiyon, iskemik ve hemorajik SVH oluşumunda önemli bir risk faktörüdür. Prevelansı yüksek olmasına rağmen uygun tedavi ile SVH riskinin azaltılabileceği bir hastalıktır (Çelebi, 2005).

Geçici İskemik Atak: Geçici iskemik atak, santral sinir sistemi fonksiyonlarında lokalize veya genel bir bozukluğa neden olan klinik bulguların 24 saatten kısa sürdüğü iskemik bir süreçtir (Halaç, 2005). Daha önce geçici iskemik atak geçiren bireylerde SVH riski yüksektir (Çolak, 2005; Yıldız ve ark., 2009). Tedavi edilmeyen ve sık atak geçiren bireylerin üçte birinde SVH gelişmektedir (Halaç, 2005).

Sigara ve Alkol: Aşırı alkol ve sigara kullanan bireylerde serebrovasküler hastalık riski daha fazladır (Truelsen et al., 2000; Çelebi, 2005; Çolak, 2005; Halaç, 2005; American Heart Association, 2009; Yıldız ve ark., 2009). Sigara kullanımı kan viskozitesini, fibrinojen düzeyini ve kan basıncını yükseltmektedir. Sigara içenlerde SVH riski 6 kat daha fazladır (Çelebi, 2005). Sigaranın bırakılmasıyla yıllık 60 000'den fazla SVH vakası önlenabilir. Sigarayı bırakan insanların SVH riski 5-10 yıl sonra sigara içmeyenlerle aynı düzeye gelmektedir (Öztürk, 2004). Alkol serebral kan akımını azaltarak hem hemorajik hem de iskemik SVH'a yol açabilmektedir (Çelebi, 2005).

Kardiyak Hastalıklar: SVH için kalp hastalıkları önemli risk faktörlerindendir. Akut miyokard infarktüsü serebral emboliye sebep olabilir (Çolak, 2005). Daha çok ileri yaşlarda ortaya çıkan ve ritim bozukluğuna yol açan atriyal fibrilasyon da SVH'a neden olabilmektedir (Çelebi, 2005; Çolak, 2005; American Heart

Association, 2009). Genel popülasyondaki prevalansı %1 iken, 65 yaş üzerinde %5,9'dur. SVH'lı bireylerin %15-20'sinde atrial fibrilasyon olduğu saptanmıştır (Çelebi, 2005).

Diabetes Mellitus: Diabetes mellitus hastalığı olan bireylerde SVH riski yüksektir (Çelebi, 2005; Çolak, 2005; Halaç, 2005; Yıldız ve ark., 2009;). Diabetes mellitus ateroskleroz yatkınlığını, hipertansiyon, obesite ve hiperlipidemi gibi diğer risk faktörlerinin görülme sıklığını arttırmaktadır (Çelebi, 2005).

Yüksek Homosistein Düzeyi: Bireyin homosistein düzeyinde yükselme özellikle SVH için bir risk faktörüdür (Çelebi, 2005; Çolak, 2005). Plazma homosistein düzeyinin 15 mikromol/L üzerine çıkması aterosklerotik damar hastalığı riskini arttırmaktadır (Çelebi, 2005).

Obesite: Obesitesi olan bireylerde hipertansiyon ve diabetes mellitus sık görülen hastalıklardır. Bu nedenle obesite SVH için sekonder risk faktörüdür. (Çelebi, 2005; Çolak, 2005; Halaç, 2005).

Yüksek Fibrinojen Düzeyi: Yüksek fibrinojen düzeyi arteriyel trombus oluşumuna neden olduğu için SVH gelişmesinde bir risk faktörüdür (Çolak, 2005). Fibrinojen seviyesi obesite, sigara, hipertansiyon, diabet, hematokrit seviyeleri ile ilişkilidir (Halaç, 2005).

Oral Kontraseptif: Oral kontraseptif kullanımı SVH için önemli bir risk faktörüdür. Oral kontraseptif kullanan kadınlarda iskemik SVH riski, kullanmayanlara göre 6-19 kat daha fazladır (Çelebi, 2005). Yüksek doz östrojen içeren oral kontraseptiflerde risk daha fazla iken, düşük doz östrojen ve progesteron içerenlerde ise daha azdır (Halaç, 2005).

Fiziksel İnaktivite: Fiziksel inaktivite SVH riskini arttırırken, fiziksel aktivite riski azaltmaktadır (Turgut, 2005; American Heart Association, 2009).

Serebrovasküler hastalıkta risk faktörlerinin belirlenmesi korunmaya yönelik çalışmaların planlanması açısından çok önemlidir. Risk faktörlerine sahip bireylerin hastalık belirtileri, erken tanı ve hastalık hakkında bilinçlendirilmesi gerekmektedir (Varlıbaş ve ark., 2004; Bozkurt, 2008; İlbaş, 2008).

1.2.1.4. Serebrovasküler Hastalık Belirtileri ve Etkileri

Beyinde oluşan hasarın yerine ve büyüklüğüne göre serebrovasküler hastalık belirtileri de değişmektedir. Hasar beynin hangi alanında meydana gelirse, belirtiler vücudun o bölüm tarafından yönetilen kısımlarında görülmektedir (Balkan, 2002; Temizer, 2009).

Sağ beyin yarıküresi etkilendiğinde hastalar mekânı algılamada, giyinip soyunma gibi günlük yaşam aktivitelerinde güçlük yaşamaya başlarlar. Sol beyin yarıküresi etkilendiğinde konuşulan lisanı anlayamama ve/veya konuşamama gibi dil problemleri ve bellek bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Beyin sapını etkileyen bir SVH atağında, vücudun hem sağ hem sol tarafını etkileyen paraliziler ve solunum, yutma işlevlerinin kaybı gibi hayatı tehdit eden problemler oluşmaktadır. Beyincik etkilendiğinde denge ve koordinasyon güçlükleri ortaya çıkmaktadır. Vücudun yarısında uyuşukluk, kuvvetsizlik, konuşma, görme bozuklukları, dengesizlik, bilinç değişiklikleri gibi belirtilerin bazıları oluşmaktadır. Ayrıca baş dönmesi, bulantı ve kusma da görülebilmektedir (Balkan, 2002; Temizer, 2009).

Serebrovasküler hastalığın birey üzerindeki etkileri ise; kuvvetsizlik/zayıflık, paralizisi, kaslarda kasılma, sertlik, ağrılı kas spazmı, denge ve koordinasyon bozukluğu, konuşulanı zorlukla anlama veya yazma, konuşma problemi, vücudun bir tarafında duyuların farkında olmama/ hissetmeme, düşünme, dikkat veya öğrenme ile ilgili hafıza problemleri, yutma güçlüğü, bağırsak veya mesane kontrolüne ilişkin problemler, yorgunluk, cinsel disfonksiyon, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte güçlük yaşamadır (Temizer, 2009).

1.2.1.5. Serebrovasküler Hastalık Sonrası Gelişen Komplikasyonlar

Serebrovasküler hastalıkta önemli olan sekonder komplikasyonların önlenmesi ve etkili bakımın sağlanmasıdır (İlbay, 2008). Çünkü tekrarlayan SVH atakları bir önceki tablonun ağırlaşmasına, daha uzun hastane yatışlarına ve komplikasyon gelişme riskinin artmasına neden olmaktadır (Koyuncu, 2008).

Serebrovasküler hastalığı olan bireylerde erken ve ilerleyen dönemlerde çeşitli komplikasyonlar gelişebilir. Komplikasyonların görülme oranı %40-96'dır. Gelişen komplikasyonlar hem mortaliteyi hem de hastaların bağımlılık düzeylerini artırır (Çolak, 2005). Gelişebilecek bazı komplikasyonlar; aspirasyon ve pnömoni, ağrı, malnütrisyon, üriner sistem ve bağırsak disfonksiyonu, depresyon, bası yaraları, epileptik nöbet ve düşmedir (Çolak, 2005; Yıldız ve ark., 2009; Koç, 2012).

Aspirasyon ve Pnömoni: Bakteriyel pnömoni serebrovasküler hastalığı olan bireylerde ortaya çıkan en önemli komplikasyonlardan biridir. Genellikle aspirasyona bağlı gelişmektedir. Aspirasyon sıklıkla yutma bozukluğu olan ve bilinci azalmış hastalarda meydana gelmektedir. Oral beslenme, hastaların az miktarda suyu yutabildiği ve istek üzerine öksürebildiği görülene kadar durdurulmalıdır (Kalav, 2011).

Ağrı: Hemiplejinin bulunduğu ekstremitede, genellikle 2-4. aylar arasında, sürekli ağrı hissedilebilir. Bu durum rehabilitasyon programını olumsuz etkileyen bir faktördür (Başar, 2006).

Malnütrisyon: SVH geçiren bireylerde meydana gelen bilinç bozukluğu, algılama bozukluğu, azalmış mobilite, depresyon, yeme isteğinde azalma gibi nedenler malnütrisyona neden olabilmektedir (Kalav, 2011).

Üriner Sistem ve Bağırsak Disfonksiyonu: Özellikle erken dönem SVH'larda %70 oranında üriner sistem disfonksiyonu görülebilmektedir. Bağırsak disfonksiyonunun

oluşumunda ise inaktivite, yetersiz sıvı alımı ve beslenme, ruhsal bozukluklar etkili olmaktadır (Başar, 2006).

Depresyon: SVH'tan sonraki altı ay ile iki yıllık zaman sürecinde depresyon insidansında artış olduğu bilinmektedir. Uzun süreli depresyon hasta bireyin iyileşmesini ve tedaviye katılımını olumsuz yönde etkilemektedir (Başar, 2006).

Bası Yaraları: SVH'ı olan bireylerde sıkça görülen ve inaktiviteye bağlı olarak gelişen bası yaraları, genellikle kemik çıkıntıları çevresinde gelişmektedir. En yaygın lokalizasyon genellikle sakrumdadır. Gelişmesini önlemek için hasta bireyin pozisyonu sık sık değiştirilmeli, bası yarasını önleyici yatak ve yastık seçilmeli, beslenmeye önem verilmelidir (Başar, 2006).

Epileptik Nöbet: Akut SVH komplikasyonlarından biri de epileptik nöbettir. Türkiye'nin tüm bölgelerini kapsayan Türk Çok Merkezli İnme Çalışması'nda SVH sonrası epileptik nöbet görülme sıklığı %5,02 olarak belirlenmiştir (Akyol ve ark., 2004).

Düşme: SVH geçirmiş bireylerde rehabilitasyon aşamasında en çok korkulan durum düşmedir. Düşme çoğunlukla hasta yalnızken ya da transfer edilirken gerçekleşmektedir. SVH geçirmiş bireylerde düşme nedeniyle ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Kalav, 2011).

1.2.1.6. Serebrovasküler Hastalıkta Hemşirelik Bakımı ve Aile Eğitimi

Hastaneye başvuru nedenleri arasında ve sağlık giderlerinde SVH önemli bir yer tutar. Hareket ve güç kaybına neden olan SVH sadece hastanın yaşam kalitesini düşürmekle kalmaz beraberinde hasta yakınlarının da yaşamını etkileyerek önemli toplumsal ve sosyoekonomik sorunlara da yol açar (Çolak, 2005). Serebrovasküler hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal çevrelerinde yaşadıkları sorunları anlamak ve destek olmak önemlidir (Öztürk ve ark., 2002).

Serebrovasküler hastalık sonrası hayatta kalanların %20'si yaklaşık üç hafta hastane bakımına ihtiyaç duymakta, ortalama %15-33'ü günlük yaşam aktivitelerini başkasına bağımlı olarak sürdürmektedir (Koyuncu, 2008). Hasta bireyin ve ailesinin ekonomik, sosyal, psikolojik hayatı ve genel yaşam kalitesi üzerine olumsuz etki oluşturan bu durum, topluma da ciddi ekonomik yük getirmektedir (Çolak, 2005; Koyuncu, 2008). Hasta birey ve ailelerinin neredeyse yarısı bu durumu ölümden de kötü olarak algılamaktadır (Koyuncu, 2008).

Serebrovasküler hastalıkta hemşirelik bakımı, vital bulguları stabilize etmeyi, uygun tedavi devamlılığının sağlanmasını, gelişebilecek komplikasyonları önlemeyi, erken dönemden itibaren rehabilitasyon girişimlerini başlatmayı, hasta bireyin ailesinin yeni duruma adaptasyonunu sağlamak için bilgilendirmeyi ve destek olmayı gerektirir (Aşiret, 2011).

Serebrovasküler hastalık, beraberinde oluşabilecek komplikasyonların da etkisiyle, bireyin günlük yaşam aktivitelerini oldukça etkileyen bir hastalıktır. Hasta bireyin hastanedeki tedavi sürecinde hemşirelik bakımı, taburcu edilirken de evde bakımın devamlılığının sağlanması için aile eğitimi çok önemlidir. Serebrovasküler hastalıkta hemşirelik bakımının ve aile eğitiminin temel amacı; hasta bireyin çevreye uyumunu sağlamak, motivasyonunu yükseltmek, üretkenliğinin ve bağımsızlığının devamını sağlamaktır (Başar, 2006).

Serebrovasküler hastalığa sahip bireylerin bakımında kullanılabilecek hemşirelik tanıları; enfeksiyon riski, beden gereksiniminden az beslenme, yutma bozukluğu ve aspirasyon riski, bağırsak boşaltımında değişiklik, fiziksel hareket yeteneğinde azalma ve travma riski, öz bakım eksikliği, deri bütünlüğünde bozulma, anksiyete, ve hipertermidir. Hemşirelik bakımındaki amaç; hasta bireyi enfeksiyonlardan korumak, yeterli beslenmesini sağlamak, düzenli boşaltım alışkanlığı kazandırmak, motor aktivitelerini arttırmak, travmalardan korumak, öz bakımının devamlılığını sağlamak, deri bütünlüğünü korumak ve hasta bireyin anksiyetesini azaltmaktır (Birol, 2005, s.:269-272; Temizer, 2009).

SVH'ı olan bireyler foley sonda, damar yolu ve kortizon kullanımı nedeniyle enfeksiyon riski taşırlar. Bu nedenle hemşireler, enfeksiyonun klinik bulgularını (ateş, kızarıklık, idrar renginde, kokusunda, görünümünde değişiklik, lökosit değerlerinde yükseklik) değerlendirmeli, uygun aralıklarla foley sondanın ve intravenöz katater giriş bölgesinin bakımını yapmalı, ellerini sık yıkamalı, aseptik teknik kullanmalı, enfeksiyonun bulaşma yolları ve nedenleri konusunda birey ve aileye eğitim vermelidir (Birol, 2005, s.:476-483; Temizer, 2009).

Hasta bireyde, yutma güçlüğü ve nazogastrik tüp kullanımı nedeniyle aspirasyon riski yüksektir. Hemşireler, hastaya sık ağız bakımı vermeli, sekresyonların atılımını kolaylaştırmak için iki saat arayla pozisyon değişikliği yapmalı, beslenme anında ve beslenmeden sonraki bir saat boyunca hastanın başı 45 derece yüksekte tutulmalı, beslenmeden önce nazogastrik tüpün yeri kontrol edilmelidir. Yutma bozukluğu olan hastalarda da sakın ortamda yavaş yavaş besleme yapılmalı, pipet kullanmaya teşvik edilmeli, çiğneme gerektirmeyen yumuşak besinler seçilmeli ve hasta yemek yerken dik oturtulmalıdır (Birol, 2005, s.:476-483; Temizer, 2009).

Serebrovasküler hastalığı olan bireyler bağırsak boşaltımında değişiklik yaşayabilirler. Hasta bireyin bol lifli gıdalar ve bol sıvı alması sağlanmalıdır (Birol, 2005, s.:476-483; Temizer, 2009).

Fiziksel hareket yetersizliği ve travma SVH'ı olan bireylerde sık gözlenir. Hasta bireyi travmalardan korumak için hasta odasında ve evde gerekli önlemler alınmalı ve hasta yakınları bilgilendirilmeli ve günde en az 3-4 kez aktif-pasif egzersizler yaptırılmalıdır (Birol, 2005, s.:476-483; Temizer, 2009).

Öz bakım eksikliği olan hastalar kendi bakımına katılması için teşvik edilmeli ve hasta yakınları bakımları hakkında bilgilendirilmelidir (Birol, 2005, s.:476-483; Temizer, 2009).

Serebrovasküler hastalığın komplikasyonlarından olan bası yaralarının önlenmesi çok önemlidir. Cilt bütünlüğünün sürdürülmesi için, hasta birey protein ve vitaminden zengin beslenmeli, cilt kuru tutulmalı, sürtünmelerden kaçınılmalı ve havalı yatak önerilmelidir (Birol, 2005, s.:476-483; Temizer, 2009).

Hastalık sürecinde bireyde anksiyete sık görülmektedir. Hemşireler, sakin, güvenli bir iletişim ortamı sağlamalı, hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat vermeli ve mental aktivitesini izlemelidir (Birol, 2005, s.:476-483; Temizer, 2009).

Hasta bireyde oluşabilecek hipertermi için sık ateş takibi yapılmalı, oda havalandırılmalı ve soğuk uygulama yapılmalıdır (Birol, 2005, s.:476-483; Temizer, 2009).

Serebrovasküler hastalığı olan bireylerin bakımının devamlılığı çok önemlidir. Bakımda meydana gelebilecek ihmaller birçok komplikasyona neden olabilir. Bu nedenle taburculuk aşamasında, bakımı evde sürdürecektir olan aile üyelerinin hastanın bakımı ile ilgili eğitilmesi gerekmektedir. Hemşireler, aile üyelerini ilaçlar ve tedavi hakkında bilgilendirmeli, aile üyelerine hastalık ile ilgili bilgi vermeli, komplikasyon belirtileri ve korunma yolları hakkında, kontrole gelme sıklığı, bası yarası bakımı, katater bakımı, hastanın beslenmesi, boşaltım durumundaki değişiklikler, hastanın yapması gereken egzersizler, düşme ve güvenliğinin sağlanması konuları ile ilgili de eğitim vermelidir (Temizer, 2009).

1.2.2. Bakım Yüğü

1.2.2.1. Bakım Yüğü İle İlgili Tanımlar

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (TDK). Bakım

verme ise; bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme süreci olarak tanımlanmaktadır (Karaaslan, 2013).

Bakım verme formal ve informal olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım sağlayanlar hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler ve evde bakım yardımcılarıdır. İnfomal bakım verme; hasta bireyin yakınlarının bakım verme rolünü üstlenmesidir. İnfomal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (Vitaliano et al., 2003; Erdem, 2005; Öztop ve ark., 2008; Perrin et al., 2010; Enginyurt ve Öngel, 2011).

Ngubeni (2011), informal bakım verenlerin çoğunlukla hasta bireyin aile üyeleri olduğunu belirtmiştir. Vitaliano ve arkadaşları (2003), 65 yaş üstü birey nüfusunun toplam nüfustaki oranının 20 yıl içinde %12'den %17'ye çıkacağı varsayımı ile informal bakım verenlerin öneminin ilerde daha da çok artacağını vurgulamıştır.

Aile üyeleri tarafından verilen bakım tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, giyinme vb), sosyal hizmetleri koordine etme, alışveriş ve küçük ev işleri yapma ile para yönetimini de kapsamaktadır (Karahan ve İslam, 2003; Dupuis et al., 2004; Brodaty and Donkin, 2009; Karaaslan, 2013).

Bakım verme fiziksel, emosyonel ve finansal yönden sıkıntı ve stres yaratan bir durumdur (Hinojosa and Rittman, 2007; Ngubeni, 2011; Zaybak ve ark., 2012). Hasta bireye bakım vermesi nedeniyle işinden ayrılmak zorunda kalan, hastayı fiziksel olarak rahat ettirmek için çabalayan, hayatının neredeyse tamamını bakım verdiği hastaya göre planlamak zorunda kalan aile üyeleri bulunmaktadır. Bu durum bakım veren bireyin, bakım yükü hissetmesine neden olabilmektedir (Kalav, 2011).

Bakım yükü kavramı ilk kez Grand ve Saisbury tarafından 1963 yılında ortaya atılmıştır. Bakım yükü; “Bakım verenin üstlendiği bakımın sebep olduğu, psikolojik ve fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, diğer aile üyeleri ile olan ilişkide bozulma ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır” şeklinde tanımlanmaktadır (Kartal, 2010; Aşiret ve ark., 2011; Durmaz, 2011; Karaaslan, 2013).

Objektif bakım verme sonuçları; bakım veren aile üyelerinin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamaktadır. Bunlar; bakım verme nedeniyle yorgun hissetmek, günlük aktivitelerin engellenmesi, hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu, dağınıklık ve bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma gibi fiziksel sorunlarla ilişkilidir (Zahid and Ohaeri, 2010; Atagün ve ark., 2011; Yıldırım ve ark., 2013).

Subjektif bakım verme sonuçları ise; bakım verenin bu rol ile ilişkili emosyonel duygu ve tutumlarını kapsamaktadır. Huzursuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, problem çözmede güçlük, stres ve anksiyetede artma, keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu gibi duygusal yanıtlardır (Yaşar, 2009; Gülseren ve ark., 2010).

Bakım yükü, bakım veren bireyin içinde bulunduğu duruma göre zaman içinde değişiklik gösteren dinamik bir kavramdır. Bakım veren bireyin duruma uyumu, bakım verdiği bireyle baş etme yollarını öğrenmesi, hasta bireyin yetersizliğindeki değişim, yeni sorunlar, durumsal krizler gibi birçok faktör yükün dinamik bir süreç olmasına yol açar (Sarı, 2007).

Bakım yükünü birçok faktör etkilemektedir. Bunlar;

-Bakım verenin ve hastanın kişisel özellikleri,

- Hastanın ek hastalığının olması,
- Hastanın hafıza ve mobilite sorununun olması,
- Hasta ile bakım verenin ilişkisinin niteliği,
- Hasta ile bakım verenin aynı evi paylaşması,
- Bakım verenin bakım verme süresi,
- Bakım verenin bakıma ilişkin bilgi alması,
- Bakım verenin birden fazla kişiye bakım vermesi,
- Hasta bakımına karar verilirken bakım verenin fikirlerinin alınmaması,
- Bakım verenin sağlık sorununun olması,
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bakım verene bağımlılık düzeyi,
- Bakım verene yardımcı olan başka bireylerin olması,
- Bakım verenin ekonomik durumudur (Erdem, 2005; Temizer, 2009; Yaşar, 2009; Aşiret, 2011; Kalav, 2011).

Bakım verenin hasta bireyle olan duygusal bağı, duyguların karşılıklı paylaşımı, bakım verenin sorunlarla başa çıkma stratejileri, kişilerarası ilişkileri ve sorun çözme yetenekleri gibi değişkenler de bakım yükünü etkilemektedir (Aşiret, 2011).

Hartford Enstitüsü, bakım vermenin olumsuz sonuçlanmasına neden olabilecek risk faktörlerini belirlemiştir. Buna göre;

-Bakım verenlerin genellikle kadın oldukları belirlenmiş ve kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğu görülmüştür.

-Eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerde depresyon riski daha fazladır.

-Bakım veren eşlerde, bakım veren diğer bireylere oranla daha fazla depresyon riski olduğu belirlenmiştir.

-Hasta birey ile iletişimi kötü olan bakım veren daha fazla sorun yaşamaktadır.

-Bakım verenin bakım vermeye hazır olmayışı günlük yaşamasına neden olmaktadır (Messecar, 2012; Karaaslan, 2013).

Bakım verme yükü primer bakım verenleri daha çok etkilemektedir. Primer bakım veren, hasta bireyin her gün sürekli olarak bakımını sağlayan, bakımın devamlılığını sağlayacak düzenlemeyi yapan ve bu düzenin işlemesinden sorumlu olan kişidir (Kalav, 2011).

Bakım veren bireylerde bakım verme nedeniyle hazımsızlık, iştahta değişme, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı, kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artma ya da azalma, kas ağrısı, dağınıklık, konsantrasyon güçlüğü gibi fiziksel belirtilerin yanında huzursuzluk, uykusuzluk, sosyal izolasyon, alkol ve ilaç kullanımında artış gibi emosyonel belirtiler de görülebilmektedir (Zaybak ve ark., 2012).

1.2.2.2. Bakım Yükünün Aile Üzerindeki Etkisi

Aile; insan türünün sürekliliğini sağlayan, ilk toplumsallaşma sürecini oluşturan, toplum kültürünü kuşaktan kuşağa aktaran, biyolojik, psikolojik, ekonomik, hukuksal yönleri bulunan toplumsal bir kurumdur (Bilge ve ark., 2014). Ailenin rolü; üyelerinin fiziksel (beslenme, giyinme, barınma), emosyonel (güven, sevgi, sorumluluk, aitlik), kültürel (eğitim, manevi/ahlaki değerler, inanç ve gelenekler), sosyal gereksinimlerini karşılamak ve sağlık hizmetini başlatmaktır (Özer, 2010).

Dünyada kronik hastalığa sahip ve bakım gereksinimi olan yaşlı nüfusun artmasıyla, bireylerin sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanması hastanelerden evlere, sağlık personelinin de aile üyelerine geçmiştir (Akça ve Taşçı, 2005; Akyar ve Akdemir, 2009; Akdemir ve ark., 2011).

Değişen toplumsal yapıya rağmen destekleyici aile ilişkileri hala varlığını sürdürmekte ve bakıma muhtaç bir aile üyesinin olması durumunda bakım sorumluluğunun yaklaşık %60-80'i aileler tarafından karşılanmaktadır (Erdem, 2005; Özer, 2010).

Serebrovasküler hastalık, çoğu zaman rehabilitasyon ve sürekli bakım gerektiren, bedensel işlevsizliklere neden olan, bireysel, sosyal ve ekonomik sorunlara yol açan önemli bir sağlık sorunudur (Bozkurt, 2008; Şahin ve ark., 2009). Bireyin iyilik halinin sağlanması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve sağlığı ile ilgili doğru kararlar verebilmesinde aile üyelerinin bireye gösterdikleri sağlık bakım yaklaşımı çok önemlidir (Aşiret, 2011; Uz, 2011).

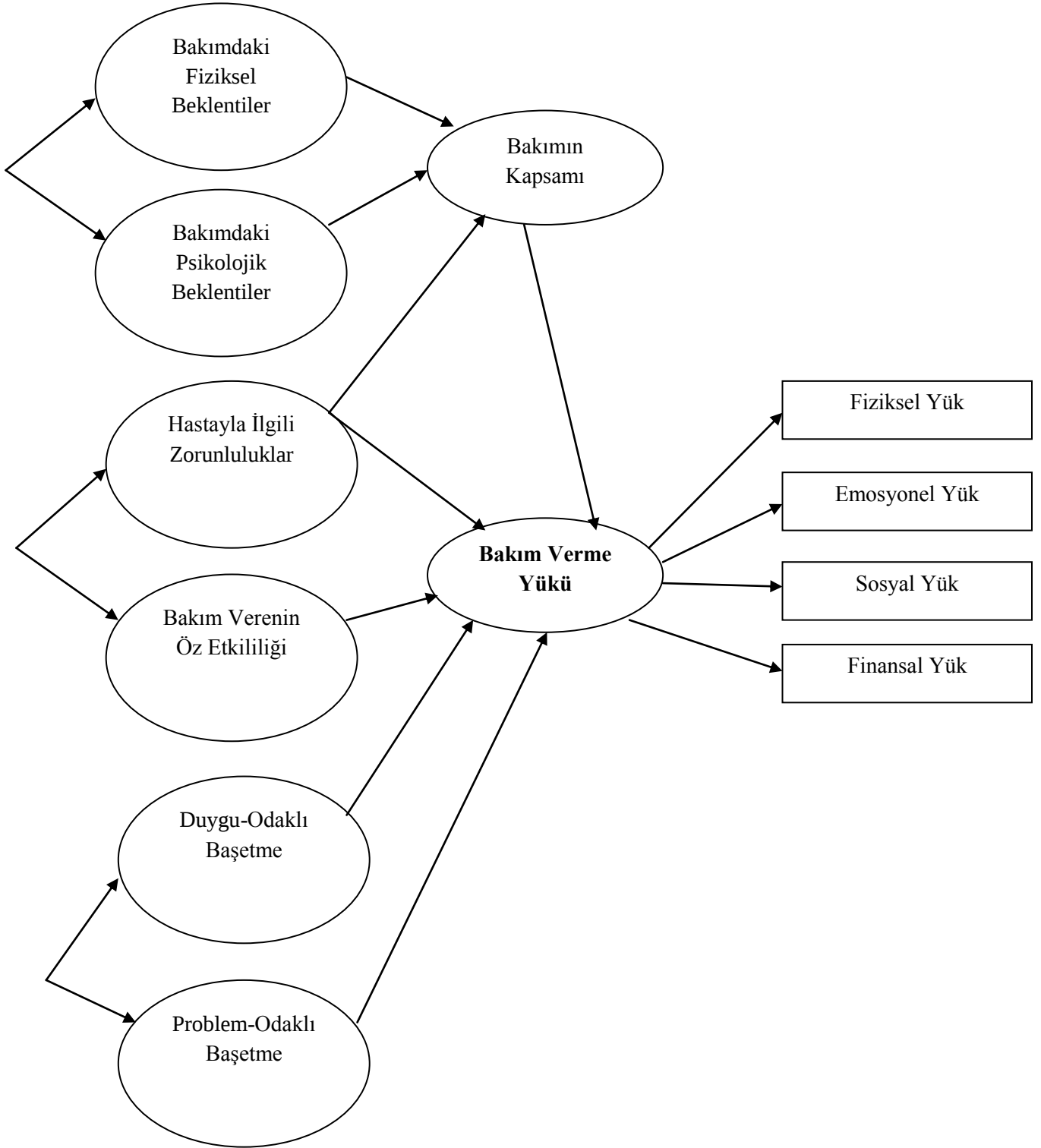
Bakım veren olma, seçilemez ve planlanamaz bir durumdur (Seltzer et al., 2000; Atagün ve ark., 2011).

Bakım verme, bakım veren bireyde olumsuz sonuçlara yol açabileceği gibi olumlu sonuçlar da ortaya çıkartabilir (Hanzawa et al., 2010; Karaaslan, 2013). Samimiyet

ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma ve kişisel doyum sağlama duygularını geliştirmek bakım vermenin olumlu sonuçlarıdır (Okçin, 2007; Brodaty and Donkin, 2009; Şahin ve ark., 2009; Karaaslan, 2013).

Bakım verme sürecinde bakım verenler çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal izolasyon duyguları ile de karşı karşıya kalabilirler. Bakım vermenin bakım veren üzerindeki başlıca olumsuz etkileri; fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, zaman ve özgürlüğün kısıtlanması, işini kaybetme, çalışma şeklini değiştirme veya azaltmaktan kaynaklanan ekonomik güçlükler, bakım veren kişinin eşi, ailesi veya sosyal çevresi ile ilişkilerinde yaşadığı sorunlardır (Okçin, 2007; Onega, 2008).

Bakım verenler kendi fiziksel ve emosyonel ihtiyaçlarını ihmal ederek tükenmişlik yaşayabilmektedir. Tükenmişlik yaşayan bir bakım veren; irritabilite, depresyon, baş ağrısı, bitkinlik, madde kullanımı deneyimleyebilmekte, hatta bakımından sorumlu olduğu aile üyesini istismar edebilmektedir (Özer, 2010; Dennis et al., 2014).



Şekil 1.1. Bakım veren yük modelinin yapısal şekli (Chou, 2000)

Şekil 1.1.'de görüldüğü gibi bakımdaki fiziksel beklentiler ve psikolojik beklentiler bakımın kapsamını oluşturmaktadır. Bakım verme yükünü etkileyen faktörler ise fiziksel, emosyonel, sosyal ve finansal yüküdür. Hasta birey ile ilgili zorunluluklar, bakım verenin öz etkililiği, duygu odaklı baş etme, problem odaklı baş etme mekanizmaları bakım verme yükünü etkilemektedir (Chou, 2000; Temizer, 2009).

SVH gibi bakım gereksiniminin yüksek olduğu sağlık sorunlarında hem bakım verenin yükünün azaltılması, hem de bakımın devamlılığının sağlanması için, hemşireler bakım verme rolünü üstlenen bireyleri bütüncül olarak ele almalı ve yaşanan bakım yükünü değerlendirmelidir (Mollaoğlu ve ark., 2011).

Hemşireler, bakımın başarılı bir şekilde sürdürülmesi için bakım veren bireyin yaşadığı güçlüğü farkında olmalı, bakım verme rolünü tanımlamalı ve değişen duruma uyum sağlama becerilerini geliştirmesine yardımcı olmalıdır (Temizer, 2009; Karaaslan, 2013). Aynı zamanda bakım verenin sorunlarını belirlemek, hastanın ve bakım verenin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri konusunda yardımcı olmak hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır (Yaşar, 2009).

Hemşireler bakım sürecinde, bakım veren aile üyelerine hastanın bakımı ile ilgili eğitim vermeli ve danışmanlık yapmalıdır. Bakım yükü açısından bakım verenler gözlemlenmeli ve gerekli destek sağlanmalıdır (Brodaty and Donkin, 2009; Aşiret, 2011). Bakım verenlere, bir başkasına bakım verebilmek için öncelikle kendi sağlığına dikkat edip ihtiyaçlarını karşılamasının önemi açıklanmalıdır. Bakım verenler, alkol ve ilaç kullanımı, anksiyete, iştahta ve uyku düzeninde değişim, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri yönünden izlenmelidir (Temizer, 2009).

Bakım verenlerde genellikle görülen yalnızlık hissi giderilmeli, bireye bakım ile başa çıkabileceği yönünde telkinlerde bulunulmalı ve bireyin kendine güveninin artması sağlanmalıdır (Mcrae et al., 2009). Bakım verenin sosyal desteğinin olması ve hobilerine devam etmesi bakım yükü ile baş etmesine yardımcı olabilir (Oyebode, 2003; Marriott et al., 2010; Savundranayagam et al., 2010). Bakım veren bireye

yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim verilmesi de yararlı olmaktadır (Yaşar, 2009).

1.2.3. Öz Etkililik

1.2.3.1. Öz Etkililik İle İlgili Tanımlar

Öz etkililik kavramı ilk kez psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında, “Sosyal Bilişsel Kuram” kapsamında ileri sürülmüştür (Bağ, 2007; Sarkar et al., 2007; Öztürk, 2008; Erol, 2009; Koçoğlu, 2009; Kılınç, 2010; Durmaz, 2011). Sosyal bilişsel kuram, davranış değişikliğine neden olan faktörleri ayrıntılı olarak inceleyen, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve oluşabilecek sağlık sorunlarına uyumun artırılması sürecinde kullanılan bir kuramdır. Bu kurama göre sağlık davranışı geliştirmede en önemli faktörler; bireyin öz etkililiği, hedefleri ve sonuca yönelik beklentileridir (Akın, 2007; Sarkar et al., 2007).

Bandura’ya göre öz etkililik; “Bireylerin engel ve zorluklara rağmen belirli bir ödevi gerçekleştirebilmeleri ya da başarabilmeleri ve bunun için gereken tüm enerjiyi sarf etmelerine olan inançlarıdır.” (Büyükyörük, 2003). Başka bir deyişle, bireyin gelecekte karşılaşabileceği güçlüklerin üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısıdır (Öztürk, 2008; Mausbach et al., 2011, Yıldırım ve ark., 2013). Öz etkililik, bireyin bir işi yapmada fonksiyonel olarak ne kadar iyi olduğu değil, yapabileceğine olan inancıdır (Öztürk, 2008; Durmaz, 2011). Bireylerin öz etkililik inançları onların nasıl hissedeceklerini, düşüneceklerini, davranacaklarını ve nasıl motive olacaklarını belirler (Büyükyörük, 2003; Kılınç, 2010; Uz, 2011).

Yüksek öz etkililiğin, bireyde daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı elde etme ve daha iyi sosyalleşme ile ilişkili olduğu savunulmaktadır. Dolayısıyla bu kavram; okul başarısı, emosyonel bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi gibi pek

çok farklı alanda kullanılmaktadır (Erol, 2009). Hoffman ve Schran (2009) çalışmasında, öz etkililiği yüksek olan bireylerin problemlerini daha kolay çözebildiklerini ve anksiyete yaşamadıklarını belirtmiştir.

Bandura, öz etkililiğin bireylerde her zaman aynı düzeyde olmadığını, öz etkililik algılamalarının durum ve davranışa göre değişkenlik gösterdiğini vurgulamıştır (Öztürk, 2008; Uz, 2011).

1.2.3.2. Öz Etkililiğin Bireyler Üzerindeki Etkisi

Öz etkililiği yüksek olan bireyler zor durumları, kaçınılması gereken tehditler yerine, başa çıkılması gereken meydan okumalar olarak görürler ve bu bireyler verilen bir görevi başarıyla yerine getirmeye daha yatkındırlar (Ünsal ve Kaşıkçı, 2008; Kulakçı ve ark., 2012).

Bandura'ya göre öz etkililik insan yeteneklerinin merkezindedir. Öz etkililik, bireylere kendi kendini motive etme, kendini yansıtma, kendini yönetme, eylemlerini, hislerini ve fikirlerini kontrol etme gücü vermektedir (Çevik, 2010).

Bireyin “yapabilirim” inancı, içinde bulunduğu şartları kontrol altına alma hissini açığa çıkartır ve birey sonuca ulaşabileceğine inanıyorsa daha mücadeleci davranarak yaşamının seyrini kendisi belirler (Erol, 2009; Koçoğlu, 2009; Uz, 2011).

Öz etkililik inancını dört faktör belirler.

1. Bireyin geçmiş deneyimleri,
2. Sosyal modeller aracılığı ile sağlanan deneyimler (başkasının yerine yaptığını hayal etme),

3. Sosyal ikna,

4. Fizyolojik durum (Bağ, 2007).

1. Bireyin Geçmiş Deneyimleri: Geçmişte yaşanan başarısızlıklar öz etkililiği düşürürken yaşanan başarılar ise bireyin kendisini yeterli olarak algılamasını dolayısıyla da öz etkililiğinin yükselmesini sağlamaktadır (Bağ, 2007). Öz etkililiği doğrudan etkileyen en önemli kaynak bireyin geçmiş deneyimleridir (Zengin, 2008). Yaşanan başarı, bireyde ödül etkisi yaparak gelecekte de benzer davranışlara güdülemektedir (Erol, 2009).

2. Sosyal modeller aracılığı ile sağlanan deneyimler (başkasının yerine yaptığını hayal etme): Başka bireylerin davranışları veya yapabildikleri ile kendisinininkileri karşılaştırabileceği rol model gerektiren bir durumdur. Model alma, videolar, akran grupları, kitaplar ve broşürler ile sağlanabilir (Bağ, 2007). Model olan kişinin başarılarını gözlemlemek, bireyin başarılı olabileceği duygusunu arttırabilir (Erol, 2009).

3.Sosyal ikna: Bireyi kimin teşvik ettiği ve desteği kimin verdiği önemlidir (Bağ, 2007). Bireyler çok zor olduğunu düşündükleri deneyimler ile baş edebilecekleri inancına sosyal ikna ile yönlendirilebilirler. Sosyal ikna kolay ve hızlı bir şekilde uygulanabildiği için yaygın olarak kullanılmaktadır (Zengin, 2008).

4.Fizyolojik durum: Bir görevi başarma sırasında gerekli olan stres, hayal etme, korku tepkisi ve endişe gibi fizyolojik faktörler öz etkililiği geliştirmek için başvurulan bir kaynaktır (Bağ, 2007).

Öz etkililik, bireylerin seçtikleri davranış biçimini, bir işi başarabilmek için harcadığı çabayı, engellerle yüzleşme zamanının uzunluğunu, emosyonel dışavurumlarını etkiler (Strecher et al., 1986).

Eylemler önce düşünce planında şekillenir ve bireyler öz etkililik seviyelerine göre iyimser ya da kötümser senaryolar kurup, başarıp başaramayacaklarına karar verirler. Öz etkililik harekete geçme aşamasında güdülerini engelleyebilir veya arttırabilir (Öztürk, 2008).

Düşük öz etkililik depresyon, anksiyete ve çaresizlik gibi olumsuzlukları da beraberinde getirir ve bireyler başaramayacakları hissine çok kolay kapılırlar. Yüksek öz etkililik algısı olanlar ise daha zorlu işleri yapmayı tercih ederler ve amaçlarına ulaşabilmek için yeterli olduklarını düşünürler (Öztürk, 2008; Kılınç, 2010).

1.2.3.3. Hemşirelik ve Öz Etkililik

Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştiremeyen bireylere bakım veren aile üyelerinden bu duruma uyum sürecinde yaşam tarzlarında ciddi değişiklikler yapmaları istenir (Bağ, 2007).

Bireyin bir işi başarmada kendine olan inancı olarak tanımlanan öz etkililik rehabilitasyon aktivitelerini sürdürmeyi, zararlı sağlık alışkanlıklarını değiştirmeyi, sağlık için gerekli davranışları geliştirmeyi ve kendi kendini motive etmeyi sağlamaktadır (Zengin, 2008). Sağlıklı bireylerin olumlu sağlık davranışları geliştirmesinde, kronik hastalığı olan bireylerin ise sağlığının korunması ve sürdürülmesinde öz etkililik önemli bir etkidir (Chen and Tang, 2002; Rabinowitz et al., 2007; Ünsal ve Kaşıkçı, 2008; Zengin, 2008; Kulakçı ve ark., 2012).

Hemşireler, bakım verenlerin algıladıkları öz etkililiği iyi belirlemeli, hastalığın algılanması, etkili ve sürekli bakımın sağlanması için aile üyelerine danışmanlık yapmalıdır (Bağ, 2007). Hemşireler, bakım verenlerin bakım yükünü hafifletmek amacıyla, bakım verenin geçmişteki başarılı deneyimlerini hatırlamasına yardımcı olmalı, bakım verenin başka bakım verenleri gözlemleyerek kendisine rol model almasını sağlamalı, bakım vereni en iyi şekilde bakımı gerçekleştirebileceğine dair

desteklemeli ve ikna etmelidir. Bakım verenlerin öz etkililiğinin yükseltilmesi, bakımı yük olarak algılamasını engelleyecek, kendilerini psikolojik ve fizyolojik olarak yük altında hissetmeyen bakım verenler hem hasta bireyin bakımını en iyi şekilde devam ettirecek hem de hemşireler ile işbirliği içinde tedavi sürecinin rahat ve uyumlu bir şekilde devam etmesine olanak sağlayacaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve öz etkililiklerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Kocaeli Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı İzmit Seka Devlet Hastanesi'nde serebrovasküler hastalık tanısı nedeniyle tedavi almış ve Kocaeli merkez ilçe ve çevresindeki ilçelerde ikamet eden bakım veren aile üyelerinin evlerinde yürütülmüştür. Araştırmanın planlama aşaması (Hazırlık çalışması, literatür tarama, tez konusu belirleme, Etik Kurul ve kurum izinlerinin alınması) Ekim 2012-Temmuz 2013, uygulama aşaması (ev ziyaretleri ve veri toplama) Ağustos-Aralık 2013 ve değerlendirme aşaması (verilerin analizi, tezin yazılması, tez savunması) Aralık 2013-Aralık 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (Çizelge 2.2).

Kocaeli Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı İzmit Seka Devlet Hastanesi'nde biri semt polikliniği olmak üzere 3 poliklinik ve bir yataklı serviste hasta tedavi ve izlemleri yapılmaktadır. Nöroloji Servisi'ne bir yılda başvuran SVH'lı hasta sayısı yaklaşık 270'dir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Kocaeli Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı İzmit Seka Devlet Hastanesi'nde Ocak 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında SVH tanısı nedeniyle tedavi alan hasta bireylere birincil bakım veren aile üyeleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi güç analiziyle belirlenen toplam 210 bakım veren oluşturmaktadır.

Mollaoğlu ve arkadaşlarının 245 kişi üzerinde yaptığı çalışmada bakım yükü ölçeği toplam puan ortalaması $33,02 \pm 15,12$ şeklinde bulunmuştur (Mollaoğlu ve ark., 2011). Bu çalışmada ± 10 'luk bir sapma öngörülerek %80 güç ve %5 hata ile alınması gereken minimum örnek büyüklüğü 210 kişi olarak saptanmıştır. Hatalı veya eksik soru formu olabileceği ihtimaline karşın çalışma 250 bakım veren ile yürütülmüştür.

Bakım verenlerin araştırmaya dahil edilme kriterleri;

-18 yaşından büyük olması

-Kocaeli merkez ilçe ve çevresindeki ilçelerde ikamet ediyor olması

-Gönüllü, işbirlikçi ve iletişime açık olması

-Hastaya tanı konulmasından itibaren birincil bakım veren aile üyesi olması

-Ocak 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında İzmit Seka Devlet Hastanesi'nde SVH tanısı almış bireylerin bakım vereni olmasıdır.

2.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişkenler: Bakım verene ait tanımlayıcı özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunu varlığı, bakım verme süresi, hastalık ve bakım süreci ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim alınan kişi, destek olma biçimi, yardım eden kişi varlığı), SVH'lı hastaya ait tanımlayıcı özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, ek hastalık varlığı, tanı zamanı, bağımlılık düzeyi).

Bağımlı Değişkenler: Bakım verenin bakım yükü ve öz etkililik düzeyi

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Bakım Veren Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu, Hasta Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVGÖ), Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) ve Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) aracılığı ile toplanmıştır.

2.5.1. Bakım Veren Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucunda oluşturulmuştur (Şahin ve ark., 2009; Durmaz, 2011; Zaybak ve ark., 2011). Bakım verenin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, hasta ile yakınlık derecesi, yaşadığı yerde hastası ile birlikte kalma durumu, herhangi bir hastalık/sağlık sorununun varlığı, hastaya bakım verme süresi, hastalıkla ilgili bilgi/eğitim alma durumu, bakım sürecinde en fazla destek olduğu alan, hastanın bakımına yardım eden başka bireylerin varlığını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

2.5.2. Hasta Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan 10 sorudan oluşmaktadır. Bu form hastanın yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, çocuk sayısını, eğitimini, çalışma durumunu, mesleğini, sosyal güvencesini, mevcut hastalığı dışında başka sağlık sorunu/hastalığını ve SVH tanısı aldığı süreyi sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Hasta birey tanımlayıcı özellikler formu doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi değerlendirilmiştir.

2.5.3. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)

Barthel ve Mahoney tarafından günlük yaşam aktivitelerinde performansı değerlendirmek amacıyla geliştirilen BGYAI, özellikle serebrovasküler hastalık ile ilişkili fonksiyonel değişiklikleri takip etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Granger et al., 1979).

Kolay anlaşılır, ayrıntılı ve günlük yaşam aktivitelerinin her bir basamağını değerlendirmeye yardımcı olan bir ölçektir ve beslenme, bakım, banyo, yürüme, merdiven inip çıkma, giyinme, boşaltım değerlendirilmektedir (Çolak, 2005; Mollaoğlu ve ark., 2011; Koç ve ark., 2012). Bireyin bu aktiviteleri gerçekleştirirken yardım alıp almadığına dayalı bir puanlama yapılır (Malak ve Dicle, 2008; Aksakallı ve ark., 2009). Puanlama 0-100 arasındadır. 0-20 puan; tamamen bağımlılığı, 21-61 puan; ileri derecede bağımlılığı, 62-90 puan; orta derecede bağımlılığı, 91-99 puan; hafif derecede bağımlılığı, 100 puan; yardıma ihtiyaç olmadığını belirtmektedir (Kalav, 2011; Koç ve ark., 2012). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılan ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,85'tir (Küçükdeveci et al., 2001).

2.5.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVYÖ)

Bakım verme yüğü ölçeği; hasta ya da yaşlı bireye bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü değerlendirmek amacıyla 1980 yılında Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından geliştirilmiştir (Zarit and Zarit, 1990). Ölçek 22 sorudan oluşmaktadır. Asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen 5'li likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bakım veren tarafından hissedilen bakım yükünün yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Yüksel ve ark., 2007; Babayigit, 2009; Durmaz, 2011). İnci ve Erdem (2008), ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış, geçerlilik katsayısını 0,94, güvenilirlik

katsayısını ise 0,95 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,79'dur.

2.5.5. Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ)

Öz etkililik ya da öz yeterlik kavramı; bireyin bir işi yapabileceğine olan inancı, güç durumların üstesinden gelebilme düzeyidir. Öz etkililik yeterlik ölçeği, 1982 yılında Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilen likert tipi bir ölçektir (Sherer et al., 1982). Ölçek 23 maddeden oluşmaktadır ve tüm maddeler için; 1-"beni hiç tanımlamıyor", 2-"beni biraz tanımlıyor", 3-"kararsızım", 4-"beni iyi tanımlıyor", 5-"beni çok iyi tanımlıyor" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için belirlenen puanlar toplanır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puan almaktadır. Ölçekten en az 23 en fazla 115 puan alınabilmektedir (Büyükyörük, 2003; Akgül, 2008) (Çizelge 2.1.). Toplam puanın yüksekliği öz etkililik algısının da yüksekliğini belirtirken, puanın düşüklüğü de öz etkililik algısının düşüklüğünü belirtir (Yıldırım ve İlhan, 2010; Durmaz, 2011). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,81'dir (Gözüm ve Aksayan, 2008). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,77'dir.

Çizelge 2.1. Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği ve Maddeleri

ÖEYÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	Puan Aralığı	Madde Numaraları
Davranışa Başlama	8	8-40	2, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22
Davranışı Sürdürme	7	7-35	4, 5, 6, 7, 10, 16, 19
Davranışı Tamamlama	5	5-25	3, 8, 9, 15, 23
Engellerle Mücadele	3	3-15	1, 13, 21
ÖEYÖ Toplam	23	23-115	1'den 23'e kadar

2.6. Araştırma ile İlgili İzinler ve Etik Onam

Araştırmanın yapılabilmesi için çalışmanın yapılacağı İzmit Seka Devlet Hastanesi'nden resmi (Ek-9), araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek-1). Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK-7).

2.7. Ön Uygulama

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarından hasta bireyi tanımlayıcı özellikler ve bakım veren bireyi tanımlayıcı özellikler formunun anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla 10 bakım verene ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında gerekli olan değişiklikler yapılmış ve hasta bireyi tanımlayıcı özellikler ve bakım veren bireyi tanımlayıcı özellikler formu yeniden düzenlenmiştir. Ön uygulama verileri araştırma kapsamında değerlendirilmemiştir.

2.8. Uygulama

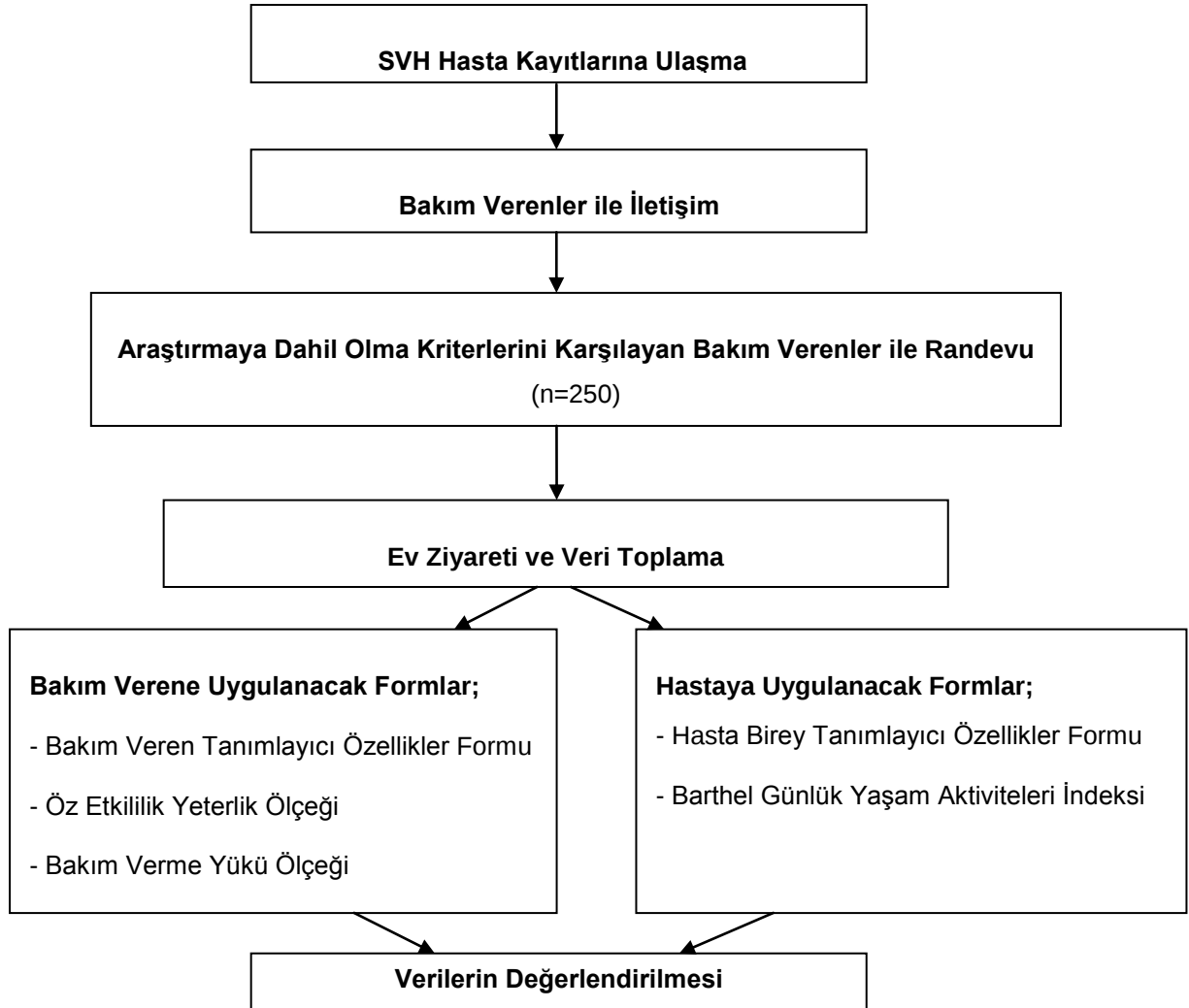
Çalışma süreci zaman akışı Çizelge 2.2.'de verilmiştir. Araştırma verileri, İzmit Seka Devlet Hastanesi Nöroloji poliklinik ve servisinde tedavi alan hastaların birincil bakım vereni olan aile üyelerinden Ağustos 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Hastane kayıtlarından SVH'lı hasta yakınlarının telefon numaralarına ulaşılmış ve birincil bakım verenler ile iletişim kurulmuştur. Bakım verenlere, arama sebebi ile araştırmanın amacı telefon görüşmesinde açıklanmış ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiştir. Gönüllülük esasına uygun olarak araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenin, araştırma kriterlerine uygun olup olmadığı sorgulanarak, araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayanlardan ev ziyareti için randevu alınmıştır (Çizelge 2.2.).

Çizelge 2.2. Zaman Çizelgesi

ARAŞTIRMANIN AŞAMALARI	YAPILAN ÇALIŞMALAR	2012		2013					2014
PLANLAMA	Hazırlık Çalışmaları	Ekim-Kasım 2012							
	Literatür Tarama		Kasım-Aralık 2012						
	Tez Konusu Belirleme			Ocak 2013					
	Etik Kurul Karar Yazısı				Şubat 2013				
	Genel Sekreterlik Ve Kurum İzin Yazıları					Mart-Temmuz 2013			
UYGULAMA	Ev Ziyaretleri ve Veri Toplama						Ağustos-Aralık 2013		
DEĞERLENDİRME	Verilerin Analizi							Aralık 2013	
	Tezin Yazılması								Ocak-Kasım 2014
	Tez Savunması								Aralık 2014

Veri toplama hastaların evlerine gidilip bakım verenler ile yüz yüze görüşme yapılarak gerçekleştirilmiştir. Veriler hasta ve bakım verenlerden yazılı ve sözlü onam alındıktan sonra toplanmıştır. Çalışmaya katılan bakım verenlerden Bakım Veren Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu, Hasta Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği, Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği'ni doldurmaları

istenmiştir. Hastanın bağımlılık düzeyini belirlemek için kullanılan Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) ise araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Görüşmeler ve veri toplama araçlarının doldurulması yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür (Şekil 2.1.).



Şekil 2.1. Araştırma Süreci

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Tanımlayıcı değer olarak kategorik veriler için sayı ve yüzdelik, sürekli veriler için aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma değerleri kullanılmıştır. Araştırmada, iki grubun karşılaştırılması amacıyla Student's t testi (Independent Sample t test), üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında Tekyönlü Varyans Analizi (OneWay ANOVA-F Testi) uygulanmıştır. Üç veya daha fazla grubun karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunan sonuçlarda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Tukey HSD testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkinin yönü ve derecesini belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi olarak $p<0,05$ değeri kabul edilmiştir.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçlarının sadece İzmit Seka Devlet Hastanesi'nde tedavi almış hastaların bakım verenlerine genellenebilir olması, bu araştırmanın sınırlılığıdır.

3. BULGULAR

Çalışmanın bulguları dört alt başlıkta ele alınmıştır.

3.1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

3.2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BVYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

3.3. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÖEYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

3.4. BVYÖ ve ÖEYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

3.1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Çizelge 3.1.1. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri (N=250)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş (Yıl)		
20-40	39	15,6
41-60	141	56,4
61-80	70	28,0
X ± SS = 55±12,53 Alt ve Üst Değerler = 22-80		
Cinsiyet		
Kadın	169	67,6
Erkek	81	32,4
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	9	3,6
İlköğretim	117	46,8
Lise	113	45,2
Üniversite	11	4,4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	17	6,8
Çalışmıyor	233	93,2
Gelir Durumu*		
Gelir Giderden Az	159	63,6
Gelir Gider Eşit	91	36,4

Çizelge 3.1.1. Devam Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri (N=250)

Medeni Durum		
Evli	238	95,2
Bekar	12	4,8
Çocuk Sayısı		
Yok	12	4,8
1	11	4,4
2	122	48,8
3 ve üzeri	105	42,0
Yaşadığı Yer		
İl	15	6
İlçe	145	58
Kasaba	15	6
Köy	75	30
Bakım Vereninin Hastaya Yakınlık Derecesi		
Anne	4	1,6
Kardeş	19	7,6
Eş	55	22,0
Çocuk	125	50,0
Gelin-Torun	47	18,8
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu		
Birlikte Yaşıyor	184	73,6
Birlikte Yaşamıyor	66	26,4
Sağlık Sorunu Varlığı		
Var	102	40,8
Yok	148	59,2
Hastalık ve Bakım Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Bilgi Alan	206	87,4
Bilgi Almayan	44	17,6
Hastalık ve Bakım Hakkında Bilgi Alınan Kişi (n=206)**		
Doktor	198	79,2
Hemşire	119	47,6
Hasta Yakını	6	2,4
Arkadaş	1	0,4
Hastaya Destek Olma Biçimi**		
Psikolojik	124	49,6
Fiziksel	249	99,6
Maddi	104	41,6
Yardım Eden Kişinin Varlığı		
Var	86	34,4
Yok	164	65,6
Bakım Verme Süresi (Ay)	$X \pm SS = 18,91 \pm 16,09$ Alt-Üst Değerler = 1- 65	

*Geliri giderinden yüksek olan 1 kişi olduğu için, geliri giderine eşit grubunda birleştirilmiştir.

**Birden fazla cevap verilmiştir.

Bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri Çizelge 3.1.1.'de verilmiştir. Bakım verenlerin %56,4'ü (n=141) 41-60 yaş aralığında olup, %67,6'sı (n=169) kadın, %46,8'i (n=117) ilköğretim mezunudur. Çalışma kapsamındaki bakım verenlerin %6,8'i (n=17) çalıştığını ve %63,6'sı (n=159) gelirin giderinden az olduğunu belirtmişlerdir. Tüm bakım verenler sosyal güvenceleri olduğunu ifade etmiştir. Çalışma grubundaki bakım verenlerin, %95,2'si (n=238) evli, %48,8'i (n=122) iki çocuğa sahip olup, %58'i (n=145) ilçede yaşamaktadır (Çizelge 3.1.1).

Bakım verenlerin %73,6'sı (n=184) hasta ile birlikte yaşadığını, %34,4'ü (n=86) hastanın bakımında yardım eden başka birinin bulunmadığını ifade etmiş ve bakım verme rolünü %50 (n=125) ile hastanın çocuğunun üstlendiği belirlenmiştir. Bakım verenlerin %87,4'ü (n=206) SVH ile hasta bakımı hakkında bilgi aldıklarını ve %79,2'si (n=198) doktordan, %47,6'sı (n=119) hemşireden bilgi edindiklerini bildirmişlerdir. Bakım verenlerin %40,8'i (n=102) kendi sağlık sorunlarının olduğunu ifade etmiştir. Bakım verenlerin hasta bireye bakım verme süresi ortalama $18,91 \pm 16,09$ aydır. Bakım verenler hastalarına %99,6 (n=249) fiziksel, %49,6 (n=124) psikolojik, %41,6 (n=104) maddi destek olduklarını belirtmişlerdir (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.2. Bakım Verilen Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (N=250)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş (Yıl)	$X \pm SS = 76,66 \pm 10,28$ Alt ve Üst Değerler = 30-95	
Cinsiyet		
Kadın	126	50,4
Erkek	124	49,6
Medeni Durum		
Evli	245	98
Bekar	5	2
Çocuk Sayısı		
0-1	8	3,2
2-3	132	52,8
4-5	89	35,6
6-9	21	8,4

Çizelge 3.1.2. Devam Bakım Verilen Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (N=250)

Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar Değil	7	2,8
Okur-yazar	69	27,6
İlköğretim	154	61,6
Lise	20	8,0
Ek Hastalık Varlığı		
Var	248	99,2
Yok	2	0,8
Tanı Alma Zamanı		
5 yıl ve üzeri	12	4,8
4-3 yıl	45	18,0
2-1 yıl	93	37,2
1 yıldan az	100	40,0
Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi		
Tamamen Bağımlı	142	56,8
İleri Derecede Bağımlı	108	43,2

Bakım verilen hastaların tanımlayıcı özellikleri Çizelge 3.1.2’de yer almaktadır. Bakım verilen hastaların yaş ortalaması $76,66 \pm 10,28$ olup, %50,4’ü (n=126) kadın, %98’i (n=245) evli, % 52,8’i (n=132) 2-3 çocuğa sahip ve %61,6’sı (n=154) ilköğretim mezunudur. Tüm hastaların sosyal güvenceleri olduğu saptanmıştır. Hastaların %40’ının (n=100) 1 yıl öncesinde SVH tanısı aldığı ve %99,2’sinin (n=248) ek sağlık sorunu olduğu belirlenmiştir. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksine göre hastaların %56,8’inin (n=142) tam bağımlı, %43,2’sinin (n=108) ileri derecede bağımlı olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.2.).

3.2.Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BVYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çizelge 3.2.1 Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalaması

Ölçek	Ölçekten Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	Çalışmada Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değerler	Çalışmada Ölçekten Alınan Puan Ortalaması
Bakım Verme Yüğü Ölçeği	0-88	20-69	48,41 $\pm$ 8,88

Bakım verenlerin, BVYÖ puan ortalaması $48,41 \pm 8,88$ olup, ölçekten alınan alt ve üst değerler 20-69’dur (Çizelge 3.2.1.).

Çizelge 3.2.2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BVYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	BVYO X±SS	Test Değeri	Önemlilik (p)
Yaş 20-40 41-60 61-80	47,00±8,87 49,36±9,52 48,41±8,88	F=1,888	0,154
Cinsiyet Kadın Erkek	47,77 ± 8,74 49,75 ± 9,05	t=1,654	0,099
Eğitim Düzeyi Okur-yazar İlköğretim Lise Üniversite	46,33 ± 9,51 47,76 ± 8,64 49,53 ± 9,01 45,54 ± 9,01	F=1,370	0,253
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	46,23 ± 10,51 48,57 ± 8,75	t=1,049	0,295
Gelir Durumu Gelir Giderden Az Gelir Gider Eşit	49,01 ± 8,03 47,36 ± 10,15	t=1,422	0,156
Medeni Durum Evli Bekar	48,21 ± 8,80 52,41 ± 9,81	t=1,604	0,110
Çocuk Sayısı 0 1 2 3 ve üzeri	52,41 ± 9,81 43,27 ± 10,33 48,86 ± 9,06 47,98 ± 8,22	F=2,262	0,082
Yaşadığı Yer İl İlçe Kasaba Köy	42,33 ± 14,6* 48,13 ± 8,67 48,66 ± 9,23 50,13 ± 7,20*	F=3,432	0,018
Bakım Vereninin Hastaya Yakınlık Derecesi Anne Kardeş Eş Çocuk Gelin-Torun	41,50 ± 11,26 47,89 ± 9,55 45,89 ± 6,89* 49,08 ± 9,35 50,38 ± 8,59*	F=2,570	0,04
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu Birlikte Yaşıyor Birlikte Yaşamıyor	48,51 ± 8,93 48,15 ± 8,80	t=0,282	0,779
Sağlık Sorunu Varlığı Var Yok	48,42 ± 8,62 48,41 ± 9,08	t=0,008	0,993
Hastalık ve Bakım Hakkında Bilgi Alma Durumu Alan Almayan	48,62 ± 8,93 47,43 ± 8,63	t=0,809	0,419

Çizelge 3.2.2. Devam Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BVYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Psikolojik Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	46,88 ± 9,38 49,92 ± 8,11	t=2,734	0,007
Maddi Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	47,98 ± 8,33 48,72 ± 9,26	t=0,653	0,514
Yardım Eden Kişi Varlığı Var Yok	47,59 ± 10,58 48,84 ± 7,83	t=1,061	0,290

* Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre BVYÖ puan ortalamaları Çizelge 3.2.2’de verilmiştir. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, çocuk sayısı, hasta ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunu varlığı, hastalık ve bakımı hakkında bilgi alma durumu, maddi destek verme durumu ve yardım eden kişi varlığının BVYÖ puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım verenlerin yaşadığı yer, yakınlık derecesi, psikolojik destek verme durumu BVYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Bakım verenlerin, yaşadığı yerin BVYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak fark yarattığı bulunmuştur ($p=0,018$). Gruplar arası farklılığın kaynağını saptamak için yapılan Tukey testi sonucuna göre, köyde yaşayanların BVYÖ puan ortalamalarının ($50,13\pm7,20$) ilde yaşayanlara göre ($42,33\pm14,61$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelin-torunun BVYÖ puan ortalamasının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,040$). Tukey testine göre, bakımı üstlenen eşlerin BVYÖ puan ortalamalarının ($45,89\pm6,89$) gelin-torunun puan ortalamasından ($50,38\pm5,59$) daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastalara psikolojik destek verdiğini ifade eden bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları $46,88\pm9,38$ ve destek vermediğini ifade edenlerin puan ortalaması $48,72\pm9,26$ olup gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,007$, Çizelge 3.2.2).

Çizelge 3.2.3. Bakım Verilen Hastanın Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin BVYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalık Özellikleri	BVYÖ X $\pm$ SS	Test Değeri	Önemlilik(p)
Tanı Alma Zamanı 5 yıl ve üzeri 4-3 yıl 2-1 yıl 1 yıldan az	46,33 $\pm$ 11,55 48,73 $\pm$ 10,04 48,10 $\pm$ 9,02 48,81 $\pm$ 7,89	F=0,339	0,797
Bağımlılık Düzeyi Tamamen Bağımlı İleri Derecede Bağımlı	49,67 $\pm$ 9,23 46,75 $\pm$ 8,14	t=2,602	0,010
Bakım Verme Süresi	18,91 $\pm$ 16,09	r= -0,032	0,610

Bakım verenlerin, bakım verilen hastanın hastalık özelliklerine göre BVYÖ puan ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.2.3'te verilmiştir. Buna göre; tanı alma zamanının BVYÖ puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Bağımlılık düzeyinin BVYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yarattığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tamamen bağımlı hastalara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları, ileri derecede bağımlı hastalara bakım verenlerin puan ortalamalarına göre yüksek bulunmuştur ($p=0,010$). Bakım verme süresi ile bakım verme yükü ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; bakım verme süresi ile bakım yükü arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($r= -0,032$, $p=0,610$, Çizelge 3.2.3).

3.3. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÖEYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çizelge 3.3.1. Bakım Verenlerin Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ölçeklerden Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	Çalışmada Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değerler	Çalışmada Ölçekten Alınan Puan Ortalaması
Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği Toplam	0-115	45-104	82,21±10,33
Davranışa Başlama	0-40	17-40	31,12±4,43
Davranışı Sürdürme	0-35	14-35	26,05±3,76
Davranışı Tamamlama	0-25	5-25	16,82±3,87
Engellerle Mücadele	0-15	4-14	8,21±2,11

Bakım verenlerin ÖEYÖ toplam puan ortalaması 82,21±10,33'tür. Ölçeğin alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla; davranışa başlama alt ölçeğinden 31,12±4,43, davranışı sürdürme alt ölçeğinden 26,05±3,76, davranışı tamamlama alt ölçeğinden 16,82±3,87, engellerle mücadele alt ölçeğinden 8,21±2,11 olarak saptanmıştır (Çizelge 3.3.1.).

Çizelge 3.3.2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÖEYÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	ÖEYÖ Toplam X±SS	Test Değeri	Önemlilik (p)
Yaş 20-40 41-60 61-80	82,97±10,43 83,19±9,08 79,81±12,23	F=2,66	0,07
Cinsiyet Kadın Erkek	81,87 ± 10,09 82,91 ± 10,83	t=0,743	0,458
Eğitim Düzeyi Okur-yazar İlköğretim Lise Üniversite	83,55 ± 6,50 81,17 ± 10,92 82,64 ± 9,93 87,63 ± 9,17	F=1,527	0,208
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	85,58 ± 7,99 81,96 ± 10,45	t=1,398	0,163

Çizelge 3.3.2. Devam Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÖEYÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gelir Durumu Gelir Giderden Az Gelir Gider Eşit	81,76 ± 9,82 83,00 ± 11,16	t=0,912	0,363
Medeni Durum Evli Bekar	81,98 ± 10,31 86,66 ± 9,92	t=1,535	0,126
Çocuk Sayısı 0 1 2 3 ve üzeri	86,66 ± 9,92 87,36 ± 7,06 82,45 ± 10,58 80,88 ± 10,15	F=2,279	0,079
Yaşadığı Yer İl İlçe Kasaba Köy	81,86 ± 9,29 82,45 ± 11,26 81,66 ± 8,43 81,92 ± 9,05	F=0,066	0,978
Bakım Vereninin Hastaya Yakınlık Derecesi Anne Kardeş Eş Çocuk Gelin-Torun	82,25 ± 2,98 75,15 ± 16,70*§ 81,67 ± 8,48 83,16 ± 10,05* 83,17 ± 9,30§	F=2,687	0,032
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu Birlikte Yaşıyor Birlikte Yaşamıyor	82,74 ± 9,59 80,72 ± 12,10	t=1,363	0,174
Sağlık Sorunu Varlığı Var Yok	80,93 ± 11,08 83,09 ± 9,71	t=1,633	0,104
Hastalık ve Bakım Hakkında Bilgi Alma Durumu Alan Almayan	82,44 ± 10,75 81,11 ± 8,06	t=0,776	0,438
Psikolojik Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	82,55 ± 10,92 81,87 ± 9,74	t=0,522	0,602
Maddi Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	80,43 ± 11,40 83,47 ± 9,32	t=2,319	0,021
Yardım Eden Kişi Varlığı Var Yok	84,03 ± 9,33 81,25 ± 10,71	t=2,033	0,043

* , § Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Çizelge 3.3.2.'de bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre ÖEYÖ toplam puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer, hasta ile birlikte yaşama

durumu, sağlık sorunu varlığı, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu ve psikolojik destek verme durumunun ÖEYÖ toplam puanları üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesinin, maddi destek verme durumunun, bakıma yardım eden kişi varlığının ÖEYÖ toplam puanları üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Bakım verenlerin yakınlık derecesi ile ÖEYÖ toplam puanları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir ($p=0,032$). Gruplar arası farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testi sonucuna göre; kardeşlerine bakan bakım verenlerin ÖEYÖ toplam puan ortalamasının ($75,15\pm16,70$) hastanın çocuğu olan bakım verenlere ($83,16\pm10,05$) ve hastanın gelini/torunu olan bakım verenlere göre daha az ($83,17\pm9,30$) olduğu belirlenmiştir. Hastasına maddi destek veren bakım verenlerin ÖEYÖ toplam puan ortalamalarının ($80,43\pm11,40$) vermeyenlere göre ($83,47\pm9,32$) daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0,021$). Hasta bakımında yardım alan bakım verenlerin ÖEYÖ toplam puan ortalamasının ($84,03\pm9,33$) yardım almayanlara göre ($81,25\pm10,71$) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,043$, Çizelge 3.3.2.).

Çizelge 3.3.3. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Davranışa Başlama Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Davranışa Başlama X $\pm$ SS	Test Değeri	Önemlilik (p)
Yaş 20-40 41-60 61-80	31,23 $\pm$ 4,56 31,43 $\pm$ 4,03 30,44 $\pm$ 4,43	F=1,183	0,308
Cinsiyet Kadın Erkek	30,80 $\pm$ 4,44 31,79 $\pm$ 4,34	T=1,652	0,100
Eğitim Düzeyi Okur-yazar İlköğretim Lise Üniversite	30,66 $\pm$ 5,89 30,84 $\pm$ 4,70 31,34 $\pm$ 4,12 32,18 $\pm$ 3,31	F=0,485	0,693

Çizelge 3.3.3. Devam Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Davranışa Başlama Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	32,52 ± 3,50 31,02 ± 4,47	t=1,357	0,176
Gelir Durumu Gelir Giderden Az Gelir Gider Eşit	31,08 ± 4,36 31,19 ± 4,56	t=0,199	0,843
Medeni Durum Evli Bekar	31,06 ± 4,44 32,25 ± 4,09	t=0,902	0,368
Çocuk Sayısı 0 1 2 3 ve üzeri	32,25 ± 4,09 33,81 ± 2,89 31,10 ± 4,61 30,73 ± 4,30	F=1,908	0,129
Yaşadığı Yer İl İlçe Kasaba Köy	29,60 ± 5,57 31,33 ± 4,49 32,13 ± 3,58 30,82 ± 4,18	F=1,070	0,362
Bakım Vereninin Hastaya Yakınlık Derecesi Anne Kardeş Eş Çocuk Gelir-Torun	31,50 ± 2,51 28,36 ± 2,08 31,09 ± 3,40 31,49 ± 4,62 31,25 ± 3,36	F=2,113	0,080
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu Birlikte Yaşıyor Birlikte Yaşamıyor	31,28 ± 4,03 30,68 ± 5,38	t=0,945	0,346
Sağlık Sorunu Varlığı Var Yok	30,96 ± 4,73 31,23 ± 4,22	t=0,483	0,630
Hastalık ve Bakım Hakkında Bilgi Alma Durumu Alan Almayan	31,33 ± 4,47 30,15 ± 4,11	t=1,596	0,112
Psikolojik Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	31,26 ± 4,54 30,98 ± 4,33	t=0,502	0,616
Maddi Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	30,52 ± 4,98 31,54 ± 3,95	t=1,801	0,073
Yardım Eden Kişi Varlığı Var Yok	31,41 ± 4,35 30,96 ± 4,47	t=0,761	0,448

Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre davranışa başlama alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Çizelge 3.3.3’de verilmiştir. Bakım verenlerin tanımlayıcı

özelliklerinin hiçbirisi ile davranışa başlama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 3.3.3.).

Çizelge 3.3.4. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Davranışı Sürdürme Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Davranışı Sürdürme $\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Önemlilik (p)
Yaş 20-40 41-60 61-80	26,53 $\pm$ 3,81 26,24 $\pm$ 3,44 25,40 $\pm$ 4,29	F=1,559	0,212
Cinsiyet Kadın Erkek	26,14 $\pm$ 3,80 25,85 $\pm$ 3,69	t=0,581	0,562
Eğitim Düzeyi Okur-yazar İlköğretim Lise Üniversite	27,55 $\pm$ 3,64 25,80 $\pm$ 3,76 26,06 $\pm$ 3,71 27,36 $\pm$ 4,43	F=1,094	0,352
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	27,29 $\pm$ 3,63 25,96 $\pm$ 3,76	t=1,411	0,159
Gelir Durumu Gelir Giderden Az Gelir Gider Eşit	26,11 $\pm$ 3,58 25,93 $\pm$ 4,07	t=0,374	0,709
Medeni Durum Evli Bekar	25,93 $\pm$ 3,76 28,33 $\pm$ 3,05	t=2,166	0,031
Çocuk Sayısı 0 1 2 3 ve üzeri	28,33 $\pm$ 3,05* 28,27 $\pm$ 2,41 25,90 $\pm$ 3,59 25,72 $\pm$ 4,01*	F=3,145	0,026
Yaşadığı Yer İl İlçe Kasaba Köy	26,80 $\pm$ 3,89 25,99 $\pm$ 3,97 25,60 $\pm$ 3,31 26,10 $\pm$ 3,45	F=0,284	0,837
Bakım Vereninin Hastaya Yakınlık Derecesi Anne Kardeş Eş Çocuk Gelin-Torun	25,50 $\pm$ 3,10 25,36 $\pm$ 5,41 26,09 $\pm$ 3,36 25,93 $\pm$ 3,77 26,63 $\pm$ 3,51	F=0,490	0,743
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu Birlikte Yaşıyor Birlikte Yaşamıyor	26,22 $\pm$ 3,57 25,56 $\pm$ 4,24	t=1,237	0,217

Çizelge 3.3.4. Devam Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Davranışı Sürdürme Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlık Sorunu Varlığı Var Yok	25,83 ± 3,93 26,20 ± 3,65	t=0,761	0,447
Hastalık ve Bakım Hakkında Bilgi Alma Durumu Alan Almayan	26,00 ± 3,89 26,25 ± 3,09	t=0,383	0,702
Psikolojik Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	26,11 ± 3,95 25,99 ± 3,58	t=0,253	0,800
Maddi Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	25,50 ± 3,93 26,44 ± 3,60	t=1,967	0,050
Yardım Eden Kişi Varlığı Var Yok	26,51 ± 3,71 25,81 ± 3,78	t=1,400	0,163

* Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre davranışı sürdürme puan ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.4.'te verilmiştir. Çizelgeye göre; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunu varlığı, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu, psikolojik destek verme durumu, maddi destek verme durumu ve yardım eden kişi varlığının davranışı sürdürme puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin medeni durum, çocuk sayısı gibi tanımlayıcı özelliklerinin davranışı sürdürme puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$). Bekar bakım verenlerin davranışı sürdürme puan ortalamaları $28,33\pm 3,05$ ve evli bakım verenlerin ise puan ortalamaları $25,93\pm 3,76$ olup gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,031$). Bakım verenlerin çocuk sayısının davranışı sürdürme puan ortalamalarında istatistiksel olarak fark yarattığı belirlenmiştir ($p=0,026$). Gruplar arası farklılığın kaynağını saptamak için yapılan Tukey testi sonucuna göre, çocuğu olmayan bakım verenlerin davranışı sürdürme puan ortalamalarının ($28,33\pm 3,05$) 3 ve üzeri çocuğu olan bakım verenlere göre ($25,72\pm 4,01$) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.4.).

Çizelge 3.3.5. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Davranışı Tamamlama Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Davranışı Tamamlama $\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Önemlilik (p)
Yaş 20-40 41-60 61-80	17,15 $\pm$ 3,60 17,12 $\pm$ 3,69 16,01 $\pm$ 4,28	F=2,126	0,122
Cinsiyet Kadın Erkek	16,75 $\pm$ 3,75 16,96 $\pm$ 4,12	t=0,404	0,687
Eğitim Düzeyi Okur-yazar İlköğretim Lise Üniversite	16,66 $\pm$ 2,73 16,37 $\pm$ 4,02 17,03 $\pm$ 3,76 19,45 $\pm$ 3,17	F=2,371	0,071
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	17,52 $\pm$ 3,02 16,76 $\pm$ 3,92	t=0,782	0,435
Gelir Durumu Gelir Giderden Az Gelir Gider Eşit	16,39 $\pm$ 3,66 17,56 $\pm$ 4,11	t=2,308	0,022
Medeni Durum Evli Bekar	16,78 $\pm$ 3,87 17,41 $\pm$ 3,96	t=0,546	0,585
Çocuk Sayısı 0 1 2 3 ve üzeri	17,41 $\pm$ 3,96 17,54 $\pm$ 3,04 17,28 $\pm$ 3,97 16,13 $\pm$ 3,75	F=1,939	0,124
Yaşadığı Yer İl İlçe Kasaba Köy	16,60 $\pm$ 2,89 16,88 $\pm$ 4,24 16,13 $\pm$ 3,22 16,88 $\pm$ 3,40	F=0,190	0,903
Bakım Vereninin Hastaya Yakınlık Derecesi Anne Kardeş Eş Çocuk Gelin-Torun	17,50 $\pm$ 2,51 13,89 $\pm$ 4,89 ^{*§} 16,07 $\pm$ 3,41 17,48 $\pm$ 3,82 [*] 17,04 $\pm$ 3,55 [§]	F=4,460	0,002
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu Birlikte Yaşıyor Birlikte Yaşamıyor	16,94 $\pm$ 3,73 16,48 $\pm$ 4,24	t=0,819	0,413
Sağlık Sorunu Varlığı Var Yok	16,26 $\pm$ 4,17 17,20 $\pm$ 3,61	t=1,893	0,060
Hastalık ve Bakım Hakkında Bilgi Alma Durumu Alan Almayan	17,00 $\pm$ 3,98 15,95 $\pm$ 3,17	t=1,634	0,102

Çizelge 3.3.5. Devam Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Davranışı Tamamlama Puan Ortalamalarının Dağılımı

Psikolojik Destek Verme Durumu Alan Almayan	17,08 ± 4,01 16,56 ± 3,72	t=1,056	0,292
Maddi Destek Verme Durumu Alan Almayan	16,33 ± 3,98 17,16 ± 3,76	t=1,673	0,096
Yardım Eden Kişi Varlığı Var Yok	17,47 ± 3,37 16,47 ± 4,07	t=1,954	0,052

**, § Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar*

Çizelge 3.3.5.'te bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre davranışı tamamlama puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Buna göre; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer, hasta ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunu varlığı, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu, psikolojik destek verme durumu, maddi destek verme durumu ve yardım eden kişi varlığının davranışı tamamlama puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin gelir durumu ve bakım verenin hastaya yakınlık derecesinin davranışı tamamlama puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$). Geliri giderine eşit olan bakım verenlerin davranışı tamamlama puan ortalamasının ($17,56\pm4,11$) geliri giderden az olanlara göre ($16,39\pm3,66$) yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,022$). Bakım verenlerin yakınlık derecesine göre davranışı tamamlama puanları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p= 0,002$). Gruplar arası farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testi sonucuna göre; kardeşlerine bakan bakım verenlerin davranışı tamamlama puan ortalaması ($13,89\pm4,89$) hastanın çocuğu olan bakım verenlerin puan ortalaması ($17,48\pm3,82$) ve hastanın gelini/torunu olan bakım verenlerin puan ortalamasına ($17,04\pm3,55$) göre daha az olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3.5.).

Çizelge 3.3.6. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Engellerle Mücadele Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Engellerle Mücadele $\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Önemlilik (p)
Yaş 20-40 41-60 61-80	8,05 $\pm$ 2,02 8,39 $\pm$ 2,18 7,95 $\pm$ 2,00	F=1,123	0,327
Cinsiyet Kadın Erkek	8,17 $\pm$ 2,06 8,30 $\pm$ 2,21	t=0,479	0,632
Eğitim Düzeyi Okur-yazar İlköğretim Lise Üniversite	8,66 $\pm$ 2,00 8,15 $\pm$ 2,06 8,20 $\pm$ 2,20 8,63 $\pm$ 1,91	F=0,314	0,815
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	8,23 $\pm$ 1,88 8,21 $\pm$ 2,13	t=0,039	0,969
Gelir Durumu Gelir Giderden Az Gelir Gider Eşit	8,16 $\pm$ 2,16 8,30 $\pm$ 2,02	t=0,518	0,605
Medeni Durum Evli Bekar	8,19 $\pm$ 2,10 8,66 $\pm$ 2,30	t=0,756	0,450
Çocuk Sayısı 0 1 2 3 ve üzeri	8,66 $\pm$ 2,30 7,72 $\pm$ 2,14 8,14 $\pm$ 2,00 8,29 $\pm$ 2,22	F=0,467	0,706
Yaşadığı Yer İl İlçe Kasaba Köy	8,86 $\pm$ 1,76 8,24 $\pm$ 2,16 7,80 $\pm$ 2,14 8,10 $\pm$ 2,08	F=0,743	0,527
Bakım Vereninin Hastaya Yakınlık Derecesi Anne Kardeş Eş Çocuk Gelin-Torun	7,75 $\pm$ 2,06 7,52 $\pm$ 2,16 8,41 $\pm$ 2,16 8,24 $\pm$ 2,08 8,23 $\pm$ 2,14	F=0,682	0,605
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu Birlikte Yaşıyor Birlikte Yaşamıyor	8,29 $\pm$ 2,11 8,00 $\pm$ 2,10	t=0,968	0,334
Sağlık Sorunu Varlığı Var Yok	7,87 $\pm$ 1,94 8,45 $\pm$ 2,19	t=2,148	0,033
Hastalık ve Bakım Hakkında Bilgi Alma Durumu Alan Almayan	8,10 $\pm$ 2,08 8,75 $\pm$ 2,19	t=1,855	0,065

Çizelge 3.3.6. Devam Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Engellerle Mücadele Puan Ortalamalarının Dağılımı

Psikolojik Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	8,09 ± 1,99 8,09 ± 1,100	t=0,884	0,377
Maddi Destek Verme Durumu Veren Vermeyen	8,06 ± 2,14 8,32 ± 2,09	t=0,939	0,349
Yardı Eden Kişi Varlığı Var Yok	8,62 ± 2,02 8,00 ± 2,13	t=2,250	0,025

Bakım verenlerin engellerle mücadele puan ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.6'da verilmiştir. Çizelgeye göre; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer, yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama durumu, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu, psikolojik destek verme durumu ve maddi destek verme durumunun engellerle mücadele puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin sağlık sorunlarının ve bakım verenlere yardım eden kişilerin varlığının engellerle mücadele puan ortalamasını etkilediği belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlık sorunu olmayan bakım verenlerin engellerle mücadele puan ortalamasının ($8,45\pm 2,19$), sağlık sorunu olanlara göre ($7,87\pm 1,94$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastanın bakımında yardım alan bakım verenlerin engellerle mücadele puan ortalamasının ($8,62\pm 2,02$), yardım almayanlara göre ($8,00\pm 2,13$) daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,025$, Çizelge 3.3.6.).

Çizelge 3.3.7. Bakım Verilen Hastanın Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin ÖEYÖ ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalık Özellikleri	ÖEYÖ Toplam	Davranışa Başlama	Davranışı Sürdürme	Davranışı Tamamlama	Engellerle Mücadele
Tanı Alma Zamanı					
5 yıl ve üzeri	88,91±7,83	33,66±2,93	28,50±2,90*	17,50±4,03	9,25±2,34
4-3 yıl	80,73±11,74	30,66±5,09	25,17±4,02*	16,82±4,33	8,06±2,04
2-1 yıl	83,11±11,03	31,49±4,74	26,62±4,05	16,81±3,98	8,18±2,24
1 yıldan az	81,23±8,88	30,68±3,83	25,62±3,26	16,74±3,56	8,19±1,98
Test Değeri Önemlilik (p)	F=2,58 0,05	F=2,05 0,107	F=3,77 0,01	F=0,136 0,93	F=1,04 0,37
Bağımlılık Düzeyi					
Tamamen Bağımlı	82,75±10,92	31,38±4,60	26,24±3,75	16,97±3,97	8,14±2,09
İleri Derecede Bağımlı	81,50±9,49	30,78±4,19	25,79±3,78	16,61±3,74	8,30±2,14
Test Değeri Önemlilik (p)	F=0,903 0,343	F=1,100 0,295	F=0,876 0,350	F=0,553 0,458	F=0,340 0,560
Bakım Verme Süresi					
Test Değeri Önemlilik (p)	r=0,046 0,469	r=0,69 0,280	r=0,12 0,856	r=0,023 0,723	r=0,019 0,761

* Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Bakım verenlerin ÖEYÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların hastalığın tanı alma zamanına, hastanın bağımlılık düzeyine ve bakım verenin bakım verme süresine göre dağılımı Çizelge 3.3.7.'de yer almaktadır. Hastanın bağımlılık düzeyi ve bakım verenin bakım verme süresinin ÖEYÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Hastalığın tanı alma zamanına göre gruplar arasında bakım verenlerin ÖEYÖ toplam, davranışa başlama, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı derecede fark yaratmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tanı alma zamanının, bakım verenin davranışı sürdürme alt ölçeği puan ortalamasını etkilediği

belirlenmiştir ($p<0,05$). Tukey testi sonucuna göre; tanı alma zamanı 5 yıl ve üzeri olan hastalara bakım verenlerin puan ortalamasının ($28,50\pm2,90$) tanı alma zamanı 4-3 yıl olan hastalara bakım verenlerin puan ortalamasından ($25,17\pm4,02$) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.7.).

3.4 BVYÖ ve ÖEYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Çizelge 3.4.1. BVYÖ ile ÖEYÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	ÖEYÖ Toplam	Davranışa Başlama	Davranışı Sürdürme	Davranışı Tamamlama	Engellerle Mücadele
BVYÖ	r:0,042 p:0,513	r:0,131 p:0,038	r:-0,050 p:0,435	r:0,102 p:0,107	r:-0,170 p:0,007
ÖEYÖ Toplam		r:0,827 p:0,001	r:0,768 p:0,001	r:0,750 p:0,001	r:0,412 p:0,001
Davranışa Başlama			r:0,559 p:0,001	r:0,466 p:0,001	r:0,097 p:0,126
Davranışı Sürdürme				r:0,333 p:0,001	r:0,187 p:0,003
Davranışı Tamamlama					r:0,261 p:0,001

Çizelge 3.4.1. incelendiğinde; BVYÖ ile davranışa başlama puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve BVYÖ ile engellerle mücadele puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. BVYÖ ile ÖEYÖ toplam puanı, davranışı sürdürme ve davranışı tamamlama alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. ÖEYÖ toplam puanı ve ÖEYÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; ölçeklerin kendi aralarında pozitif anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur (Çizelge 3.4.1.).

4. TARTIŞMA

Serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve öz etkililik düzeylerinin değerlendirildiği çalışmadan elde edilen bulgular literatür bulgularıyla karşılaştırılmıştır. Çalışmanın bulguları dört başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

4.1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

4.2. Bakım Verme ve Bakım Yüküne Ait Bulguların Tartışılması

4.3. Öz Etkililiğe Ait Bulguların Tartışılması

4.4. Bakım Yükü ve Öz Etkililik Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

4.1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması ($55 \pm 12,53$, 22-80 alt ve üst değerler), bakım verenler ile yapılan diğer çalışmalarla (Malak ve Dicle, 2008; Temizer, 2009; Yaşar, 2009; Aşiret, 2011; Kalav, 2011) benzerlik göstermektedir (Çizelge 3.1.1.). Çalışmada, bakım verenlerin %67,6'sının kadın, %46,8'inin ilköğretim mezunu olduğu, %93,2'sinin çalışmadığı, %63,6'sının gelirinin giderinden az olduğu, %95,2'sinin evli, %90,8'inin 2 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu ve %58'inin ilçede yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.1.1.). Çalışmaya katılan hasta bireylerin yarısına çocukları bakım vermektedir (%50) (Çizelge 3.1.1.). Bakım verenlerin %73,6'sı hasta birey ile birlikte yaşamaktadır (Çizelge 3.1.1.). Araştırmada, sağlık sorunu olan (%40,8) ve olmayan bakım verenlerin (%59,2) sayıca birbirine yakın oldukları tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.1.). Çalışmaya katılan bakım verenler genellikle hastalık ve bakım hakkında bilgi alan bireylerdir (%87,4). En çok bilgi aldıkları kişiler doktorlardır (%79,2) (Çizelge 3.1.1.). Fiziksel destek ön

planda olmakla birlikte (%99,6), bakım verenlerin hasta bireye psikolojik destek de sağladıkları tespit edilmiştir (%49,6) (Çizelge 3.1.1). Çalışmaya katılan bakım verenlerin çoğunluğu bakım sürecinde yardım almamaktadır (%65,6) (Çizelge 3.1.1.). Bakım verenlerin hasta bireye bakım verme süresi $18,91 \pm 16,09$ ay olarak hesaplanmıştır (Çizelge 3.1.1.).

Çalışmaya katılan hasta bireylerin yaş özellikleri ($76,66 \pm 10,28$, 30-95 alt ve üst değerler) literatürle benzerlik göstermektedir (Çizelge 3.1.2.) (Varlıbaş ve ark., 2004; Çolak, 2005; Karatepe ve ark., 2007; Aşiret, 2011; Kalav, 2011). Hastalar genellikle kadın (%50,4), evli (%98), çok çocuklu (%96,8), ilköğretim mezunu (%61,6), ek hastalığı olan (%99,2) ve 1 yıl öncesinde SVH tanısı alan (%40) bireylerdir (Çizelge 3.1.2.). Serebrovasküler hastalığı olan bireylerin, literatürle uyumlu olarak %99,2'sinin ek sağlık sorununa sahip olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.2.) (Aşiret, 2011). Çalışmaya katılan SVH'ı olan bireylerin BGYAI'ne göre tamamen veya ileri derecede bağımlı oldukları tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.2.). Kalav (2011) çalışmasında, SVH tanısı almış bireylerin %60'ının tam bağımlı olduğunu belirtmiştir. Bu durum SVH'ı olan bireylerin uzun süre bakıma muhtaç bir şekilde yaşamlarını devam ettirdiklerini düşündürmektedir.

4.2. Bakım Verme ve Bakım Yüküne Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan bakım verenlerin BVYÖ'den aldıkları puan ortalaması $48,41 \pm 8,88$ olarak saptanmıştır (Çizelge 3.2.1.). Bakım verenlerin yükünün belirlenmesi bakım yükünü azaltmak için stratejiler geliştirilmesine yardımcı olabilir. Mollaoğlu (2011) çalışmasında bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarını 33.02 ± 15.92 , Kalav (2011) ise 51.35 ± 12.33 bulmuştur. Aşiret (2011), inmeli hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada, bakım verenlerin hafif/orta derecede yük yaşadığını ve bu derecede bir yükün bakım vereni etkileyebileceğini vurgulamıştır. Bu çalışmada, bakım verenlerin bakım yükünün, ölçekten alınabilecek en üst puana (88 puan) yakın olmamasına karşın, bakım verenleri fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden olumsuz

etkileyebilecek ve yaşam kalitelerinde azalmaya sebep olabilecek bir düzeyde olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya göre bakım verenin; yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, hasta ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunu varlığı, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu, maddi destek verme durumu ve yardım eden kişinin varlığı bakım yükünü etkilememektedir ($p>0,05$, Çizelge 3.2.2.).

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaşının BVYÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği, ancak 20-40 yaş grubundaki bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, yaş arttıkça bakım yükünün daha fazla hissedildiğini düşündürmektedir ($p>0,05$, $F=1,888$, Çizelge 3.2.2.). Karaaslan (2013) çalışmasında, yaşlanmaya bağlı olarak bakım verenlerin fiziksel sağlık sorunlarında artma ve hasta ihtiyaçlarını karşılamada zorlanma gibi nedenlerle bakım yükünü daha fazla hissettiklerini belirtmiştir. Kalav (2011), yaş ortalaması yüksek olan bakım verenlerin daha fazla bakım verme yükü hissetmelerinin bakım verme sırasında sık eğilme, kalkma ve bakım için gereken yüksek düzeyde hareketin yol açtığı çabadan kaynaklanabileceğini belirtmiştir. Literatürle benzer olarak, bakım yükünün yaş ile birlikte artış göstermesinin artan sağlık sorunları, fiziksel ve maddi yetersizlikler gibi nedenlerle meydana gelebileceği düşünülmektedir (Kalav, 2011; Karaaslan 2013).

Cinsiyete göre BVYÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kadınların $47,77\pm 8,74$, erkeklerin $49,75\pm 9,05$ puan ortalamasına sahip olduğu ve aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$, $t=1,654$, Çizelge 3.2.2.). Kalav (2011), bakım verme nedeniyle kadınların ruhsal ve fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Karaaslan (2013) çalışmasında, kadın bakım verenlerin bakım yükü puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu ve bu durumun bakım verme işinin kadının yapması gereken bir iş olarak görülmesinden kaynaklanabileceğini belirtmiştir. Literatürden farklı olarak çalışmada kadınların bakım yükünü erkeklerden daha az hissetmesinin, kültürel olarak toplumsal rollerde

bakım vermenin kadınların doğal işi olarak benimsenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Kalav, 2011; Karaaslan 2013).

Çalışmada bakım verenlerin eğitim düzeyinin BVYÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği, ancak üniversite mezunu bakım verenlerin okur-yazar olanlara, ilköğretim ve lise mezunlarına göre daha az bakım yükü hissettikleri saptanmıştır ($p>0,05$, $F=1,370$, Çizelge 3.2.2.). Zahid ve Ohaeri (2010) çalışmasında, bakım yükünün bakım verenin eğitim düzeyi ile bağlantılı olduğunu belirtmiştir. Ukpong (2012), eğitim düzeyi yüksek bireylerin daha az bakım yükü hissettiklerini belirtmiştir. Bu durum yüksek eğitilmiş bireylerin hastalık ve bakım ile ilgili problemlerle baş edebilmesinde yardımcı olacak bilgilere ulaşmada zorluk yaşamamasından kaynaklanabilir.

Çalışmaya göre, bakım verenlerin çalışma durumunun BVYÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuş, ancak çalışmayan bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0,05$, $t=1,049$, Çizelge 3.2.2.). Bu çalışmanın bulguları, Zaybak ve arkadaşlarının (2012) çalışma sonuçlarıyla aynı doğrultudadır. Çalışmada, çalışan bakım verenlerin bakım ortamından uzaklaşma fırsatları bulunduğu için bakım yükünü daha az hissettikleri düşünülebilir.

Bu çalışmada, geliri giderinden az olan bakım verenlerin bakım yükünün geliri giderine eşit olanlardan daha fazla olduğu bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$, $t=1,422$, Çizelge 3.2.2.). Aşiret (2011), çalışmasında geliri giderinden az olan bakım verenlerin bakım yükünün, hastalığın kendisi ve bakımın ekonomik boyutları nedeniyle, daha fazla olduğunu belirtmiştir. Sarı (2007) çalışmasında, gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin, hasta bireyin artan yoğun bakım ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk yaşadıklarını belirtmiştir. Maddi durumu hastanın sağlık giderlerini karşılamakta yetersiz kalan bakım verenler için bakım verme sürecinin etkili bir stresör olduğu ve bakım yükünü arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmada literatürle benzer olarak, bakım verenlerin evli ve çocuk sahibi bireyler oldukları saptanmıştır (Aşiret, 2011; Kalav, 2011; Ukpong, 2012; Karaaslan, 2013). Evli ve çocuk sahibi olmak bireye birçok sorumluluk yüklerken, ek olarak hastanın da sorumluluğunu taşıyan bakım verenlerde bakım yükünün yüksek olacağı düşünülse de, çalışmamızda evli ($p>0,05$, $t=1,604$) ve çocuklu ($p>0,05$, $F=2,262$) olmanın bakım yüküne etkisinin olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.2.2.). Aşiret (2011) çalışmasında, çocuk sahibi olan bakım verenlerin bakım yükünü daha fazla hissettiklerini belirtmiştir. Kalav (2011), bakım verme işlevine ek olarak çocuklarıyla ilgili sorumluluklarını yerine getirmeye çalışan bakım verenlerin, yaşamdan daha az doyum aldıklarını vurgulamıştır. Akça ve Taşçı (2005) çalışmasında, evli kadınların bakım verme sorumluluğunun yanı sıra aile içinde eş, anne, ev işleri ve diğer kişilerin bakımı gibi birçok rolünün olması nedeniyle zorluk yaşadıklarını vurgulamıştır. Aile içinde birçok sorumluluk üstlenen bakım veren, bakımın sürekliliğinde zorluk yaşayabilir, olumsuz duygular geliştirebilir.

Bakım verenlerin yaşadıkları yerin bakım yükü puanlarında fark yarattığı belirlenmiştir. Köyde yaşayan bakım verenler, ilde yaşayanlara göre daha fazla bakım yükü hissetmektedirler ($p=0,018$, $F=3,432$, Çizelge 3.2.2.). Köylerde yaşayan bakım verenlerin sağlıklı ev ve çevre koşullarını sağlamakta, tıbbi malzeme ve sağlık profesyonellerine ulaşmada, illerde yaşayanlara göre daha çok güçlük çektikleri, buna bağlı olarak bakım sürecinde zorlandıkları düşünülebilir.

Çalışmada, anne, kardeş, eş ve çocukların hasta bireye bakım verirken gelin ve torunlara göre daha az bakım yükü hissettikleri tespit edilmiştir ($p=0,04$, $F=2,570$, Çizelge 3.2.2.). Kalav (2011) çalışmasında, hastanın eşi olan bakım verenlerin daha fazla yük hissettiklerini bulmuş ve bu durumun çevrelerinde kendilerinden başka bakım verecek kişi bulamamalarından, eşleri ile tek yaşıyor olabileceklerinden ve kendi sağlık sorunlarının da olabileceğinden kaynaklandığını belirtmiştir. Bu bulgu çalışmamız ile benzerlik göstermemektedir. Birinci derece yakınların bakım verme sürecini yük olarak değil, toplumsal rol ve sorumluluklarının bir parçası olarak algıladıklarını düşündürmektedir.

Çalışmada, hasta birey ile birlikte yaşama durumu ve bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$, $t=0,282$, Çizelge 3.2.2.). Bununla birlikte, hasta ile birlikte yaşayan bakım verenlerin, birlikte yaşamayanlara göre daha fazla bakım yükü hissettikleri bulunmuştur. Kalav (2011) çalışmasında, hasta birey ile birlikte yaşayan bakım verenlerin kendilerini rahatlatarak aktivitelere zaman ayıramamalarının bakım yükünü arttırabileceğini belirtmiştir. Hasta ile birlikte yaşayan bakım verenlerin bakım yükünü daha fazla hissetmelerinin, bakım verme görevine ara vermeksizin devam etmelerinden ve vakitlerinin çoğunu hasta birey ile geçirmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım verenin sağlık sorununun varlığı BVYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak fark yaratmamış, sağlık sorunu olanlar ile olmayanlar bakım yükünü yakın puanlarda hissetmişlerdir ($p>0,05$, $t=0,008$, Çizelge 3.2.2.). Uzun süre bağımlı bir bireye bakım vermenin, sağlık sorunu olsa da olmasa da bakım verenlerde fiziksel ve manevi açıdan yeni birçok soruna yol açabileceği ve buna bağlı olarak bakım verenin bakım yükünün de artacağı düşünülmektedir.

Hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu BVYÖ puan ortalamalarını etkilememiştir ($p>0,05$, $t=0,809$, Çizelge 3.2.2.). Ancak bilgi alan bakım verenlerin, bilgi almayan bakım verenlere göre daha fazla bakım yükü hissettikleri tespit edilmiştir. Bu durum, bilgi edindikçe bakım verenin, bakımın önemini kavraması ve daha iyi bakım vermeye çalışması nedeniyle kendisini fiziksel ve psikolojik olarak yıpratmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin, hastalarına psikolojik destek verme durumunun, bakım yükünü istatistiksel olarak etkilediği tespit edilmiştir ($p=0,007$, $t=2,734$, Çizelge 3.2.2.). Bu durum hastalarına psikolojik destek sağlayan bakım verenlerin kendilerinin de manevi olarak rahatlama hissettiklerini, tedavi ve bakım süreci ile ilgili olumsuz düşüncelerden uzaklaştıklarını düşündürmektedir. Bakım vermek, bakım veren birey üzerinde yalnızca olumsuz sonuçlara yol açmayabilir. Bakım vermenin olumlu sonuçları olan; hasta bireyle daha yakın ilişkilerin gelişmesi, samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma,

kişisel gelişim, kendine saygı duyma ve kişisel doyum sağlama duygularının bakım yükünü azalttığı düşünülmektedir.

Maddi destek verme durumunun BVYÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$, $t=0,653$, Çizelge 3.2.2.). Ancak maddi destek vermeyen bakım verenlerin bakım yükü, verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, maddi destek veren bireylerin bakımın ekonomik boyutuna katkıları olduğunu düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmaya katılan bakım verenlere yardım eden başka bir bireyin varlığında, bakım verenin daha az bakım yükü hissettiği bulunmuş olmasına karşın, bakım verene yardım eden bir bireyin varlığı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, $t=1,061$, Çizelge 3.2.2.). Kalav (2011) çalışmasında, bakımda yardım almanın iş yükünü azaltacağını, yardım alamamanın da bakım yükünü arttıracığını vurgulamıştır. Bakımın sorumluluğunun paylaşılmasının ve bu süreçte bakım verene yardımcı olunmasının, bakım verenin fiziksel olarak dinlenebilmesini ve sosyal ilişkilerini sürdürmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada bakım yükünün, bakım verilen hastanın tanı alma zamanından etkilenmediği saptanmıştır ($p>0,05$, $F=0,339$, Çizelge 3.2.3.). Ancak SVH tanısının alındığı ilk yıl içerisinde bakım verenlerin daha çok bakım yükü hissettikleri tespit edilmiştir. Kalav (2011) çalışmasında, tanı alma zamanının süresi arttıkça bakım verenlerin bakım yükünde artma olduğunu belirtmiştir. Dökmen (2012) çalışmasında, bakım süresinin artmasıyla bakım verenlerin bilgilerinin artıyor ve duyarlılıklarının azalıyor olabileceğini belirtmiştir. Bağımlılık düzeyinin bakım yükünü etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, serebrovasküler hastalık tanısı almasına rağmen günlük yaşam aktivitelerinin bir kısmını kendi gerçekleştirebilen hastaların bakım verenleri, daha az bakım yükü hissedebilirler. Bu nedenle bakım yükünü birincil derecede hastanın tanı alma zamanı değil, hastada SVH sonrası gelişen bağımlılık düzeyinin etkilediği varsayılabilir. Ayrıca ilk yıl daha fazla hissedilen bakım yükü hastalığı bilmemek ve bakım konusunda deneyimsiz ve bilgisiz olmaktan kaynaklanabilir.

Çalışmada, literatürle benzer olarak, hasta bireyin bağımlılık düzeyinin artmasıyla bakım verenlerin hissettiği bakım yükünün arttığı belirlenmiştir ($p=0,010$, $t=2,602$, Çizelge 3.2.3.) (Yüksel ve ark., 2007; Aşiret, 2011; Kalav, 2011; Mollaoğlu ve ark., 2011). Tamamen bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım yükünün, ileri derecede bağımlı hastalara bakım verenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Yüksel ve arkadaşları (2007) çalışmasında, hastaların bağımlılık derecesi arttıkça bakım verenin yükünde anlamlı derecede artış saptamıştır. Mollaoğlu ve arkadaşları (2011), hastaların günlük aktivitelerinde bağımlılık düzeyleri ile bakım yükü arasında pozitif bir ilişki saptamış, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde başkasına bağımlı hastaya bakım veren bireylerin, bakım yükünü daha fazla algıladıklarını belirtmiştir. Kalav (2011) çalışmasında, tam bağımlı bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamalarının, yarı bağımlı bireylere bakım verenlere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Uzun süreli ve sürekli bakıma ihtiyacı olan tamamen bağımlı hastaların sorumluluğunun, bakım verenlerin daha çok yük hissetmesine neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmada, bakım verenlerin hastaya bakım verme süresi ortalama $18,91 \pm 16,09$ ay olarak saptanmıştır. Ayrıca bakım verme süresi ile bakım yükü arasında negatif yönde orta derecede anlamlı olmayan bir ilişki vardır ($p>0,05$, $r=-0,032$, Çizelge 3.2.3.). Aşiret (2011) çalışmasında, bakım verme süresini 29 ay olarak saptamış, hasta bireyde meydana gelen işlevsel bozuklukların bakımın süresini uzattığını ifade etmiştir. Yüksel ve arkadaşları (2007) çalışmasında, bakım verme süresi uzadıkça bakım yükünün de arttığını belirtmiştir. Serebrovasküler hastalık bireylerde yüksek derecede bağımlılığa sebep olduğu için, SVH sonrası bakım ihtiyacının uzun süre devam ettiği düşünülmektedir. Ayrıca bakım verenlerin zamanla bakım yükünü daha az hissetmesi, hasta bakımı, diğer aile içi sorumluluklarını koordine edebilme ve zaman yönetimi konusunda deneyim kazanmalarından kaynaklanabilir.

4.3. Öz Etkililiğe Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan bakım verenlerin öz etkililik yeterlik ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $82,21 \pm 10,33$ 'dür (Çizelge 3.3.1.). Bireyin belirli bir eylemi başarıyla yapabileceğine olan inancını belirleyen öz etkililik toplam puanının, çalışmaya katılan bakım verenlerin puan ortalamasının üzerinde olduğu, ancak istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Literatürde kronik hastalığa sahip bireylere bakım verenlerin öz etkililiğinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmıştır (Porter et al., 2008, Durmaz, 2011). Porter ve arkadaşları (2008), öz etkililiği yüksek olan bakım verenlerin, hastalarının semptomlarıyla daha kolay baş edebildiklerini belirtmiştir. Durmaz (2011) şizofreni hastalarının bakım veren aile üyeleri ile yaptığı çalışmada, bakım verenlerin öz etkililiklerinin orta düzeyde olduğunu saptamıştır.

Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre öz etkililikleri değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı özelliklerden; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma, gelir ve medeni durumu, çocuk sayısı, yaşadığı yer, hasta ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunu varlığı, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma ve psikolojik destek verme durumunun öz etkililiği etkilemediği ($p > 0,05$, Çizelge 3.3.2), ancak bakım verenin yakınlık derecesi, maddi destek verme durumu ve yardım eden kişinin varlığının öz etkililik düzeyinde fark yarattığı belirlenmiştir ($p < 0,05$, Çizelge 3.3.2). Bakım verenlerin öz etkililiğinin değerlendirildiği çalışmalarda (Chen and Tang, 2002; Porter et al., 2008; Durmaz, 2011), tanımlayıcı özelliklerin öz etkililiğe etkisini ele alan literatür bilgisinin yetersizliği nedeniyle, çalışmada tanımlayıcı özelliklerin öz etkililiğe etkisi, literatür bilgisi olmadan yorumlanmıştır.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaşının öz etkililiği istatistiksel olarak etkilemediği, ancak 41-60 yaş grubundaki bakım verenlerin öz etkililiklerinin, diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$, $F=2,66$, Çizelge 3.3.2.). Çalışmadan elde edilen sonuca göre, orta yaşlı bakım verenlerin, bakımı sağlamada başarılı olabileceklerine olan inancının yüksek olduğu düşünülebilir. Bu durum, orta yaşlı bireylerin, ileri yaştaki bakım verenlere göre fiziksel olarak daha aktif, genç bakım verenlere göre de daha deneyimli olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmada, bakım verenlerin cinsiyetlerine göre öz etkililikleri değerlendirildiğinde erkeklerin öz etkililiklerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, $t=0,743$, Çizelge 3.3.2.). Erkeklerin öz etkililiklerinin yüksek olması, Türk toplumundaki yetiştirilme tarzından, kadınlara göre daha bağımsız hareket edebilmelerinden ve sosyal desteklerinin daha fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada, bakım verenlerin eğitim düzeyinin öz etkililiği istatistiksel olarak etkilemediği, ancak üniversite mezunu bakım verenlerin okur-yazar olanlara, ilköğretim ve lise mezunlarına göre daha fazla öz etkililiğe sahip oldukları tespit edilmiştir ($p>0,05$, $F=1,527$, Çizelge 3.3.2.). Bu grubun öz etkililiğinin yüksek olması, üniversite mezunu bireylerin bilgiye daha rahat ulaşabildiklerini ve edindikleri bilgileri bakım sürecinde kullanabildiklerini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, bakım verenlerin çalışma durumunun bireylerin öz etkililiğini istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuş, ancak çalışan bakım verenlerin öz etkililiğinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0,05$, $t=1,398$, Çizelge 3.3.2.). Bu sonucun, çalışan bireyin çalışma hayatında deneyimlediği başarılarından ve edindiği problem çözme becerilerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada, geliri giderinden az olan bakım verenlerin öz etkililiklerinin geliri giderine eşit olanlara göre daha az olduğu bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$, $t=0,912$, Çizelge 3.3.2.). Ekonomik olarak zorlanmayan bakım verenlerin, bakım için gerekli olan sağlık giderlerini daha kolay temin edebilecekleri için bakım sürecini başarılı bir şekilde gerçekleştirebileceklerine olan inançları olumlu yönde etkilenmiş olabilir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerden bekar olanların evli olanlara göre ($p>0,05$, $t=1,535$) ve az çocuğa sahip olanların çok çocuğa sahip olanlara göre ($p>0,05$, $F=2,279$) öz etkililiklerinin yüksek olduğu saptanmış, ancak istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir (Çizelge 3.3.2.). Bakım verenlerin hasta bireyin bakımı

dışındaki sorumlulukları azaldıkça, hasta bakımını daha etkin bir şekilde başarayabileceklerine olan inancının arttığı düşünülebilir.

Çalışmada, ilçede yaşayan bakım verenlerin öz etkililiklerinin il, kasaba ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış, ancak istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$, $F=0,066$, Çizelge 3.3.2.). Bu sonuç, benzer çalışma bulgusu bulunamadığı için tartışılmamıştır.

Hasta bireylere bakım veren kardeşlerin, etkili ve sürekli bakımı sağlayabileceklerine olan inancının bakım veren anne, eş, çocuk ve gelin-torunlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,032$, $F=2,687$, Çizelge 3.3.2.). Çalışmaya katılan hasta bireylerin yaş ortalaması $76,66\pm10,28$ olduğu dikkate alındığında, kardeşlerinin de 65 yaş üstü olduğu tahmin edilebilir. Bu sonuç, bakım veren kardeşlerin de olası sağlık problemleri ve fiziksel yetersizlikleri nedeniyle hasta bireyin bakımında yeterli olamayacaklarını düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Çalışmada, bakım verenlerin hasta ile birlikte yaşama durumunun öz etkililiği istatistiksel olarak etkilemediği, ancak hasta birey ile birlikte yaşayan bakım verenlerin birlikte yaşamayanlara göre daha fazla öz etkililiğe sahip oldukları tespit edilmiştir ($p>0,05$, $t=1,363$, Çizelge 3.3.2.). Sürekli hasta birey ile birlikte bulunan, hastanın ihtiyaçlarını ve kendi ailevi sorumluluklarını daha yakından takip edebilen bakım verenlerin, hasta ile birlikte yaşamayan, kendi ev işlerinin yanı sıra hasta bireyin evine giderek onun ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan bakım verenlere göre, etkin bir bakım sağlayabileceklerine olan inancının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bakım verenin sağlık sorununun varlığı bireylerin öz etkililiklerini istatistiksel olarak etkilemese de, sağlık sorunu olmayan bakım verenlerin sağlık sorunu olanlara göre daha fazla öz etkililiğe sahip oldukları tespit edilmiştir ($p>0,05$, $t=1,633$, Çizelge 3.3.2.). Chen ve Tang (2002) çalışmasında, sağlık sorunu olmayan bakım verenlerin algıladıkları öz etkililiğin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Fiziksel ve emosyonel olarak sağlıklı olan bakım verenlerin, sağlık sorunları olan, kendisini güçsüz, stresli

ve ümitsiz hisseden bakım verenlere göre bakım sürecinde daha aktif rol alacakları düşünülebilir.

Çalışmada, bakım verenlerin hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumunun öz etkililiği istatistiksel olarak etkilemediği, ancak bilgi alan bakım verenlerin bilgi almayanlara göre öz etkililiklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$, $t=0,776$, Çizelge 3.3.2.). Bakım veren bireyin, hemşireler tarafından hastalık ve hasta bireyin bakımı ile ilgili bilgi eksikliği giderildikçe, başarabileceğine olan inancı artabilir.

Çalışmada, hastasına psikolojik destek veren bireylerin öz etkililiğinin psikolojik destek vermeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$, $t=0,522$, Çizelge 3.3.2.). Psikolojik destek veren bireylerin hasta birey ile psikolojik destek vermeyenlere göre daha yakın bir bağ oluşturdukları, hasta bireyden geri bildirim aldıkça bakımda başarılı olabileceklerine dair inançlarının arttığı düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerden hasta bireye maddi olarak destek olanların bakımı devam ettirebileceklerine ve başarabileceklerine olan inançlarının maddi destek vermeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,021$, $t=2,319$, Çizelge 3.3.2.). Hasta bireyin ve bakım verenin çalışamaması, bakım verenin maddi olarak hastaya destek olması, bakımın ekonomik boyutları sebebiyle ailede maddi sıkıntılar yaşanmasına ve bu nedenle de aile üyelerinin aktif bakım sağlayabileceklerine dair inançlarının azalmasına neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya göre, hasta bireyin bakımında yardım alan bakım verenlerin, yardım almayanlara göre bakım sürecini etkin bir şekilde sürdürebileceğine olan inançları daha yüksektir ($p=0,043$, $t=2,033$, Çizelge 3.3.2.). Bakım verme aşamasında yardım almayan, çevresinden maddi veya manevi destek göremeyen bakım verenlerin, problemlerle tek başına baş edebileceğine olan inancının azalacağı düşünülebilir. Bakım verenlerin, çevrelerinden aldıkları sosyal destek sayesinde bakımın üstesinden

daha rahat gelebilecekleri ve bakım sürecinde her türlü işi başarıyla yerine getirebileceklerine inandıkları varsayılabilir.

Çalışmada serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre ÖEYÖ alt boyutları incelenmiştir. Literatürde bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre öz etkililik alt boyutlarını değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmadığı için diğer araştırma bulguları ile tartışılamamıştır.

Çalışmada, bakım verenlerin tüm tanımlayıcı özelliklerinin öz etkililik yeterlik ölçeğinin alt boyutu olan davranışa başlama aşamasını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$, Çizelge 3.3.3.).

Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinden, medeni durum ve çocuk sayısının bireylerin davranışı sürdürme yeterliliklerini etkilerken ($p<0,05$, Çizelge 3.3.4.), diğer tanımlayıcı özelliklerin etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$, Çizelge 3.3.4.). Çalışmada, bekar olanların evli olanlara göre ($p=0,031$, $t=2,166$) ve çocuğu olmayan bakım verenlerin çocuğu olanlara göre ($p=0,026$, $F=3,145$) davranışı sürdürme yeterliliğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3.4.). Bu durum, hasta bakımı dışında herhangi bir sorumluluğa sahip olmayan bakım verenlerin bakımın devamlılığının sağlanmasında zorluk yaşamamasından kaynaklanmış olabilir. Geniş bir aileye ya da çok çocuğa sahip bakım verenlerin aile içi sorumluluklarının yanı sıra, sürekli olarak kendilerine bağımlı bir hastanın da bakımını sürdürmesinin oldukça zor olacağı düşünülebilir.

Çalışmaya göre bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinden olan gelir durumu ve yakınlık derecesinin bireylerin davranışı tamamlama yeterliliklerini etkilediği belirlenmiştir ($p<0,05$, Çizelge 3.3.5.). Bakım verenler, bakım sürecinde sadece fiziksel değil maddi problemler de yaşayabilir. Bakım verenin maddi yetersizlikler yaşaması, hastası için gerçekleştirmeyi planladığı bazı bakım işlemlerini tamamlayabileceğine olan inancını azaltabilir ($p=0,022$, $t=2,308$, Çizelge 3.3.5.). Çalışmada, serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren kardeşlerin, diğer

aile üyelerine göre bakım sürecini tamamlamada daha çok zorluk yaşadıkları bulunmuştur ($p=0,002$, $F=4,460$, Çizelge 3.3.5.). Bu durum bakımı üstlenen kardeşin başka sorumluluklarının olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinden, sağlık sorunu ve yardım eden kişinin varlığı bireylerin engellerle mücadele etme inançlarını etkilemektedir ($p<0,05$, Çizelge 3.3.6.). Sağlık sorunu olan bakım verenlerin, yakınlarına bakım vermenin yanı sıra kendi sağlık sorunlarını da yönetme yükü nedeniyle engellerle mücadele inançlarının sağlık sorunu olmayan bakım verenlere göre daha düşük olduğu düşünülebilir ($p=0,033$, $t=2,148$, Çizelge 3.3.6.). Sağlık sorunu olmayan bakım verenlerin bakımın zorlu süreciyle daha kolay başa çıkabileceği söylenebilir.

Bakım sürecinde bakım verene yardım eden bir başka bireyin bulunması, bakım verenlerin karşılaşabilecekleri güçlüklerle mücadele edebileceklerine olan inançlarını arttırmış olabilir ($p=0,025$, $t=2,250$, Çizelge 3.3.6.). Bakım yükü ve sorumluluğunun bir başkası ile paylaşılması, bakım verenin yalnız olmadığını ve desteklendiğini hissetmesini sağlarken, bakım vereni motive eder ve zorluklarla daha kolay baş etmesini sağlayabilir.

Çalışmada, serebrovasküler hastalık tanısını 5 ve üzeri yıl önce alan hastalara bakım verenlerin, bakımın sürekliliğini sağlamada daha yeterli olduğu saptanmıştır ($p=0,01$, $F=3,77$, Çizelge 3.3.7.). Hastalığın ilk evrelerinde bakımla ilgili problemler yaşayan ve başaramayacağına inanan bakım verenin yıllar içerisinde kendi eski deneyimlerinden yola çıkarak ve sorumluluğunu kabul ederek davranışı daha etkin bir şekilde sürdürdüğü düşünülebilir.

4.4. Bakım Yükü ve Öz Etkililik Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmada, bakım veren bireylerin hissettikleri bakım yükünün, bireylerin davranışa başlama yeterlilikleri ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır ($p=0,038$, $r=0,131$, Çizelge 3.4.1.). Bakım verenlerin bakım yükü ile

engellerle mücadele yeterliliklerinin negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p=0,007$, $r=-0,170$, Çizelge 3.4.1.).

Literatürde SVH'ı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin öz etkililik ve bakım yükünü birlikte değerlendiren başka bir çalışma bulunamamıştır. Ancak yapılan çalışmalar öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin davranışın başlatılmasında, sürdürülmesinde ve engellerle mücadelede daha başarılı olduğunu savunmuştur (Senemoğlu, 2001, s.:69-73). Durmaz (2011) da şizofreni hastalarına bakım verenlerin öz etkililik ve bakım yükünü değerlendirdiği çalışmasında, bakım verenlerin davranışı tamamlama ve engellerle mücadele düzeyleri arttıkça bakım yükünün azaldığını bulmuş, bireylerin öz etkililikleri arttıkça bakım yüklerinin azalacağını belirtmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; bakım verme sorumluluğunu üstelenen bireylerin öz etkililiğin davranışa başlama aşamasında daha çok bakım yükü hissettikleri, ancak engellerle mücadele etme düzeyi yüksek olan bakım verenlerin bakım yükünü daha az hissettikleri söylenebilir. Bu durum bakım veren bireylerde öz etkililiğin, hissedilen bakım yükünü etkilediğini düşündürmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve öz etkililiklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %56,4'ü 41-60 yaş grubunda, %67,6'sı kadın, %46,8'i ilköğretim mezunu, %93,2'si çalışmamakta, %63,6'sının geliri giderinden az, %95,2'si evli, %95,2'si çocuklu, %58'i ilçede yaşamakta, %50'si hasta bireyin çocuğu, %73,6'sı hasta ile birlikte yaşamakta, %59,2'sinin sağlık sorunu bulunmakta, %87,4'ü SVH ve hasta bakımı hakkında bilgi almış, %99,6'sı hastasına fiziksel destek vermekte ve %65,6'sına bakımda yardım eden başka bir kişi bulunmamaktadır. Bakım verme süresi $18,91 \pm 16,09$ aydır (Çizelge 3.1.1).

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $76,66 \pm 10,28$ ve yaklaşık yarısı (%50,4) kadındır. Hastaların %98'i evli, %96,8'i çok çocuklu, %61,6'sı ilköğretim mezunu, %99,2'si ek hastalığa sahip bireylerdir. Hastaların %40'ı son bir yıl içerisinde SVH tanısı almış ve barthel indeksine göre tamamen veya ileri derecede bağımlılığa sahip bireylerdir (Çizelge 3.1.2).

Çalışma kapsamındaki bakım verenlerin BVYÖ puan ortalaması $48,41 \pm 8,88$ 'dir (Çizelge 3.2.1).

Bakım verenin yaşının, cinsiyetinin, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, gelir durumunun, medeni durumunun, çocuk sayısının, hasta ile birlikte yaşama durumunun, sağlık sorunu varlığının, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma ve maddi destek verme durumunun ve yardım eden kişi varlığının bakım yükünü etkilemediği bulunmuştur ($p > 0,05$, Çizelge 3.2.2).

Bakım verenin yaşadığı yerin, yakınlık derecesinin ve psikolojik destek verme durumunun ise bakım yükünü etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Köyde yaşayanların

il, ilçe ve kasabada yaşayanlara göre ($p=0,018$, $F=3,432$), hastanın gelini ya da torunu olanların annesi, kardeşi, eşi veya çocuğu olanlara göre ($p=0,04$, $F=2,570$) ve psikolojik destek vermeyenlerin verenlere göre ($p=0,007$, $t=2,734$) bakım yükünü daha fazla hissettikleri bulunmuştur (Çizelge 3.2.2).

Çalışmaya göre, hasta bireyin tanı alma zamanı ve bakım verenin bakım verme süresi bakım yükünü etkilemezken ($p>0,05$), hastanın bağımlılık düzeyi etkilemektedir ($p<0,05$, $t=2,602$). Hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenin yükü artmaktadır (Çizelge 3.2.3).

Çalışma kapsamındaki bakım verenlerin ÖEYÖ toplam puan ortalaması $82,21\pm10,33$ 'tür (Çizelge 3.3.1).

Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinden; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer, hasta ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunu varlığı, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu ve psikolojik destek verme durumu bakım verenin ÖEYÖ toplam puan ortalamalarını etkilememektedir ($p>0,05$, Çizelge 3.3.2.).

Bakım veren kardeşlerin, anne, eş, çocuk ve gelin-torunlara göre ($p=0,032$, $F=2,687$), hasta bireye maddi destek veren bakım verenlerin vermeyenlere göre ($p=0,021$, $t=2,319$), hasta bireyin bakımında yardım almayan bakım verenlerin, yardım alanlara göre ($p=0,043$, $t=2,033$) bakımı devam ettirebileceklerine ve başarabileceklerine olan inançlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3.2).

ÖEYÖ alt boyutları incelendiğinde; bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin davranışa başlama alt boyutu puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$, Çizelge 3.3.3.).

Çalışmaya göre, bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinden olan; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, yakınlık derecesi, hasta

ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunu varlığı, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu, psikolojik destek verme durumu, maddi destek verme durumu ve yardım eden kişi varlığı davranışı sürdürme puan ortalamalarını etkilememektedir ($p>0,05$, Çizelge 3.3.4.).

Çalışmada, bekar olanların evli olanlara göre ($p=0,031$, $t=2,166$) ve çocuğu olmayan bakım verenlerin çocuğu olanlara göre ($p=0,026$, $F=3,145$) davranışı sürdürme yeterliliğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.4.).

Çalışmada, bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinden olan; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer, hasta ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunu varlığı, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu, psikolojik destek verme durumu, maddi destek verme durumu ve yardım eden kişi varlığı davranışı tamamlama puan ortalamalarını etkilememektedir ($p>0,05$, Çizelge 3.3.5.).

Geliri giderinden az olan bakım verenlerin geliri giderine eşit olanlara göre ($p=0,022$, $t=2,308$), kardeşine bakım veren bireylerin, diğer bakım veren aile üyelerine göre ($p=0,002$, $F=4,460$) davranışı tamamlamada daha az yeterli oldukları bulunmuştur (Çizelge 3.3.5.).

Çalışmada, bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinden; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer, yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama durumu, hastalık ve bakım hakkında bilgi alma durumu, psikolojik destek verme durumu ve maddi destek verme durumu engellerle mücadele puan ortalamalarını etkilememektedir ($p>0,05$, Çizelge 3.3.6.).

Çalışmada, sağlık sorunu olmayan bakım verenlerin sağlık sorunu olanlara göre ($p=0,033$, $t=2,148$), yardım alan bakım verenlerin almayanlara göre ($p=0,025$, $t=2,250$) engellerle mücadele alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3.6.).

Çalışmaya göre, 5 yıl ve daha fazla süre öncesinde serebrovasküler hastalık tanısı alan hastalara bakım verenlerin, davranışı sürdürme alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,01$, $F=3,77$, Çizelge 3.3.7.).

Çalışmada, bakım veren bireylerin hissettikleri bakım yükünün, bireylerin davranışa başlama yeterlilikleri ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır ($p=0,038$, $r=0,131$, Çizelge 3.4.1.).

Bakım yükü ile engellerle mücadele yeterlilikleri arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p=0,007$, $r=-0,170$, Çizelge 3.4.1.).

Öneriler

Serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve öz etkililiklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

Bakım verenlerden özellikle köyde yaşayan, hastanın gelini ya da torunu olan ve psikolojik destek vermeyenlerin, bakım yükü hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetleri alabilecekleri birimlere yönlendirilmesi,

Hastanelerde taburculuk öncesi bakım verenlere öz etkililiklerini arttırmaya yönelik eğitim programlarının verilmesi, bu programlar doğrultusunda bakım verenin emosyonel ve fiziksel durumunun değerlendirilmesi, bakım verme ile ilgili duygularını paylaşmaya teşvik edilmesi, stres yönetimi ve bakım ile ilgili eğitim ve danışmanlık alması,

Taburculuk öncesi bakım verenlere bakım yükü ile baş etmeye yönelik eğitim ve danışmanlık programları düzenlenmesi ve taburculuk sonrası bakım verenlerin izlenmesi,

Bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü azaltmak için bakımı diğer aile üyeleri ile birlikte sürdürmeleri konusunda teşvik edilmesi,

Bakım verenlerin, geçmişteki ve şimdiki aile fonksiyonlarını değerlendirip kısa ve uzun vadeli amaçlar oluşturmaya teşvik edilmesi, diğer aile üyeleri ile bu durumu konuşması, bireyin kendisini çaresiz ve ümitsiz birisi olarak görmemesi için desteklenmesi, kişisel güçlerini, yeteneklerini tanıması için yardım edilmesi,

Bakım verenlerin sağlık kontrollerini yaptırmaya teşvik edilmesi ve bakım verenlere hasta bakımı için öncelikle kendisine bakmasının önemini anlatılması,

Bakımın devamlılığını sağlamak amacıyla, bakım verenlerin öz etkililik düzeyini yükseltmeye yönelik girişimlerin yapılması,

Uzun süre bakım gerektiren hastalıklarda bakım yükü ve öz etkililiğin birlikte değerlendirildiği daha fazla araştırma yapılması önerilebilir.

ÖZET

Serebrovasküler Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Öz Etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Araştırma, serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve öz etkililik düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini, Kocaeli Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı İzmit Seka Devlet Hastanesi'nde Ocak 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında serebrovasküler hastalık tanısı nedeniyle tedavi almış hastalara bakım veren, 18 yaşından büyük, gönüllü, işbirlikçi ve iletişime açık, Kocaeli merkez ilçe ve çevresindeki ilçelerde ikamet eden 250 aile üyesi oluşturmuştur.

Veri toplama, hastaların evlerine gidilip bakım verenler ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Veriler, bakım veren ve hasta bireyi tanımlayıcı özellikler formları, “Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ)”, “Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ)” ve “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi, bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Tekyönlü Varyans Analizi (OneWay ANOVA-F Testi), ve posthoc test olarak Tukey HSD testi, bağımsız gruplar arasında iki ortalama arasındaki önemlilik testi (Independent Samples t Test-t Testi) ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi'ne göre, araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin (n=250) %56,8'i tamamen, %43,2'si ileri derecede bağımlıdır. Bakım verenlerin %56,4'ü 41-60 yaş grubunda, %67,6'sı kadın, %46,8'i ilköğretim mezunu, %93,2'si çalışmamakta, %63,6'sının geliri giderinden az, %95,2'si evli, %95,2'si çocuklu, %58'i ilçede yaşamakta, %50'si hasta bireyin çocuğu, %73,6'sı hasta ile birlikte yaşamakta, %59,2'sinin sağlık sorunu bulunmakta, %87,4'ü SVH ve hasta bakımı hakkında bilgi almış, %99,6'sı hastasına fiziksel destek vermekte ve %65,6'sına bakımda yardım eden başka bir kişi bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $48,41 \pm 8,88$ bulunmuştur. Bakım verenlerin yaşadığı yerin ($p=0,018$), yakınlık derecesinin ($p=0,04$), psikolojik destek verme durumunun ($p=0,007$) ve hastanın bağımlılık düzeyinin ($p=0,01$) bakım verme yükü puanlarını etkilediği belirlenmiştir.

Çalışmaya göre, bakım verenlerin öz etkililik yeterlik ölçeği toplam puan ortalaması $82,21 \pm 10,33$ bulunmuştur. Bakım verenlerin yakınlık derecesinin ($p=0,032$), maddi destek verme durumunun ($p=0,021$) ve yardım eden kişi varlığının ($p=0,043$) öz etkililik yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir. Öz etkililik yeterlik ölçeği alt

boyutlarından olan davranışa başlama ile bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin hiçbirisi arasında anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin medeni durumu ($p=0,031$), çocuk sayısı ($p=0,026$) ve hastanın tanı zamanı ($p=0,01$) gibi tanımlayıcı özelliklerin davranış sürdürme puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur. Bakım verenlerin gelir durumu ($p=0,022$) ve yakınlık derecesinin ($p=0,002$) davranış tamamlama puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır. Araştırmaya katılan bakım verenlerin sağlık sorunlarının ($p=0,033$) ve bakım verenlere yardım eden kişi varlığının ($p=0,025$) engellerle mücadele puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir.

Bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması ile davranışa başlama alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ($p=0,038$, $r=0,131$) ve engellerle mücadele alt boyutu ile de negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,007$, $r=-0,170$).

Anahtar Sözcükler: Bakım Veren, Bakım Yükü, Hemşire, Öz Etkililik, Serebrovasküler Hastalık

SUMMARY

Evaluation of the Burden of Care and Self Efficacy Levels of the Caregiver Family Members of the Individuals with Cerebrovascular Disease

The present study was conducted as a descriptive study to evaluate the burden of care and self efficacy levels of the caregiver family members of the individuals with cerebrovascular disease.

The study sample included 250 caregiver family members of the patients treated due to the diagnosis of cerebrovascular disease, who were above 18 years of age, volunteered, were cooperative and open to communication, and living in Kocaeli central districts and surrounding districts, between January 2011 and December 2012 at the Izmit Seka State Hospital, which is affiliated with the Kocaeli Public Hospitals Institution.

Data were collected by face-to-face interviews with the caregivers at patient house visits. Data were collected using the "Caregiver Burden Scale (CBS)", "Self Efficacy Sufficiency Scale (SESS)" and "Barthel Index of Activities of Daily Living (BIADL)" forms describing the characteristics of the caregiver and the patient. Data were analyzed with a computer. Data were assessed using the One-Way Analysis of Variance (One-Way ANOVA-F Test), and Turkey HSD Test as the post-hoc test, test of significance between two means between independent groups (independent samples t-test), and Pearson's correlation analysis.

Of the patients included in the study (n=250), 56,8% were completely dependent and 43,2% were severely dependent based on the Barthel Index of Activities of Daily Living. Of the caregivers, 56,4% were aged 41-60 years, 67,6% were female, 46,8% were primary school graduates, 93,2% were not working, 63,6% had less income than expenses, 95,2% were married, 95,2% had children, 58% were living in the district, 50% were children of the patient, 73,6% were living with the patient, 59,2% had health issues, 87,4% were informed of CVD and patient care, 99,6% provided physical support to their patients, and 65,6% had no one else helping with the care.

The mean score of the caregivers included in the study from the caregiver burden scale was 48.41 ± 8.88 . It was found that the caregivers' place of living ($p=0,018$), degree of relativity ($p=0,04$), status of providing psychological support ($p=0,007$) and the patients' level of dependency ($p=0,01$) affected the caregiver burden scores.

According to the study, the caregivers' mean total score for self efficacy sufficiency was 82.21 ± 10.33 . It was found that the caregivers' degree of relativity ($p=0,032$), status of providing financial support ($p=0,021$), and the presence of an assistant ($p=0,043$) affected the mean total scores for self efficacy sufficiency. There was no significant difference

between starting the behaviors, one of the sub-dimensions of the self efficacy sufficiency scale, and any of the descriptive characteristics of the caregivers ($p > 0,05$). It was found that the descriptive characteristics such as the caregivers' marital status ($p = 0,031$), number of children ($p = 0,026$), and the time of patient diagnosis ($p = 0,01$) affected the mean scores for continuing the behaviors. It was found that the caregivers' income status ($p = 0,022$), and degree of relativity ($p = 0,002$) affected the mean scores for the behavior. It was established that the caregivers' health issues ($p = 0,033$) and the presence of an assistant to the caregivers ($p = 0,025$) affected the mean scores for struggling against the obstacles.

There was a positive and moderately significant correlation between the mean total score for caregiver burden and the sub-dimension of starting the behavior ($p = 0.038$, $r = 0.131$), and a negative and poorly significant correlation between the sub-dimension of struggling against the obstacles ($p = 0,007$, $r = -0,170$).

Keywords: Burden of Care, Caregiver, Cerebrovascular Disease, Nurse, Self Efficacy,

KAYNAKLAR

- AKÇA, K.N., TAŞCI, S. (2005). 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14**: 30-36
- AKDEMİR, N., BOSTANOĞLU, H., KAPUCU, S., KUTLUTÜRKAN, S., ÖZER, C.Z., YURTSEVER, S. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, **38**:57-65
- AKGÜL, N. (2008). Sivas il merkezi birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas
- AKIN, S. (2007). Meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve öz etkililiklerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- AKSAKALLI, E., ŞENDUR, F., TURAN, T. (2009). İnme rehabilitasyonunda son durum skalaları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **55**:168-172
- AKYAR, İ., AKDEMİR, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-49
- AKYOL, A., GÜLERSÖNMEZ, M., ERSOY, A.Ö., MÜNGEN, B., SOYUER, A., TAŞDEMİR, N., TMST, TOPAKTAŞ, S., TOPALKARA, K.,. (2004). İnme sonrası epileptik nöbetler: Türk çok merkezli inme çalışması. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, **10**: 67-73
- ALEXANDER, T., WILZ, G. (2010). Family caregivers: Gender differences in adjustment to stroke survivors' mental changes. *Rehabilitation Psychology*, **55**(2):159-169
- AMERICAN HEART ASSOCIATION, Heart Disease and Stroke. UPDATE: 2009 Erişim: <http://americanheart.org/statistics>. Erişim tarihi: 12.08.2012
- AŞİRET, D.G. (2011). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- ATAGÜN, İ.M., ATAGÜN, Z., BALABAN, D.Ö., ELAGÖZ, M., ÖZPOLAT Y.A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım yükü. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, **3**:513-552
- BABAYİĞİT, M.D. (2009). Diyaliz hastalarının yakınlarında bakım verme yükü ile bunun hastalardaki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- BAĞ, E. (2007). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas
- BALKAN, S. (2002). Serebrovasküler Hastalıklar. Ankara, Güneş Kitabevi Yayınları, Bölüm 5, s.:56

- BAŞAR, G. (2006). Hemiplejiye bağlı gelişen üst ekstremité fleksör spastisitesinde elektrik stimülasyonun etkinliği. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul 70.Yıl Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, 1. Klinik.
- BAYLES, K., TOMOEDA, C. (2007). Cognitive-Communication Disorders of Dementia, Oxfordshire, Plural Publishing, p.:219-224
- BİLGE, A., BOL, S., BURUNTEKİN, F., DEMİRAL, O., KELEŞ, B., KIRAY, A., ÖZER, G., SİVİLOĞLU, T., TAVUKÇU, G., YALÇIN, E. (2014). Engelli yakınlarına verilen “stresle baş etme ve yaşam doyumunu arttırma” eğitiminin etkinliğinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3**: 610-621
- BİROL, L. (2005). Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık
- BOZKURT, M. (2008). Serebrovasküler hastalıklarda metabolik sendrom. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği.
- BRODATY, H., DONKIN, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin. Neurosci*, 11:217-228
- BÜYÜKYÖRÜK, N. (2003). İlk doğumunu yapan kadınlarda öz-etkililik-yeterlik düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- CHEN, S., TANG, Y. (2002). Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke. *Health Promotion International*, **17**(4):329-339
- CHOU, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, **15**(6):398-407
- COVINSKY, E.K., DANE, K., FOX, P., NEWCOMER, R., SANDS, L., WOOD, J., YAFFE, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *J Gen Intern Med*, **18**:1006-1014
- ÇELEBİ, H.H. (2005). Genç iskemik inmelere risk faktörleri ve etyolojik nedenlerle arter alanları ve prognoz ilişkisi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Servisi.
- ÇEVİK, B. A. (2010). Tip 2 diyabetlilerde kardiyovasküler risk faktörleri ile sağlık inancı ve öz-etkililik arasındaki ilişki. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- ÇOLAK, N. (2005). Karotis ve vertebrobaziler sistem iskemik inmeli hastaların klinik, etyoloji ve prognoz yönünden karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- DALOĞLU, Y. (2008). Multipl skleroz akut atağında 10 günlük yüksek doz metilprednisolone tedavisinin farklı ölçeklerle etkinliğinin ve yan etkilerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

- DENNIS, M., LEWIS, S., O'ROURKE, S., SHARPE, M., WARLOW, C. (2014). A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Journal Of The American Heart Association*, **29**:1867-1872
- DÖKMEN, Y.Z. (2012). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **3**:3-38
- DUPUIS, L.S., EPP, T., SMALE, B. (2004). Caregivers of persons with dementia: roles, experiences, supports and coping. Murray Alzheimer Research and Education Programme, University of Waterloo.
- DURMAZ, H. (2011). Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öz etkililik düzeylerinin bakım yüküne etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
- ENGİNYURT, Ö., ÖNGEL, K. (2011). Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*, **2**:45-48
- ERDEM, M. (2005). Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **8**:101-106
- ERDEMİR, F. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri
- EROL, Ö. (2009). İnsülin kullanan diyabetlilerde hipoglisemi korkusu ve öz-etkililik. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- GÖZÜM, S., AKSAYAN, S. (2008). Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, **2**(1):21-34
- GRANGER, C. V., DEWIS, L. S., PETERS, N. C., SHERWOOD, C. C., BARRETT, J. E. (1979). Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures. *Arch Phys Med Rehabil*, **60**(1):14-7
- GÜLSEREN, L., ÇAM, B., ÇUBUKÇUOĞLU, Z., DANACI, E.A., GÜLSEREN, Ş., KARAKOÇ, B., METE, L., TAŞ, C., YİĞİT, T. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **21**:203-212
- HALAÇ, U.G. (2005). İskemik inmede ilk 72 saat plazma adrenomedullin düzeyinin lezyon lokalizasyonu, etyolojik alt gruplar ve prognozla ilişkisi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Nöroloji Kliniği.
- HANZAWA, S., BAE, J., BAE, Y.J., INADOMI, H., NAKANE, Y., OHTA, Y., TANAKA, G., TANAKA, H. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **64**:337-386
- HARMELL, L. A., ALLISON, A. M., ANCOLI-ISRAEL, S., DIMSDALE, E. J., GRANT, I., KANEL, V. R., MAUSBACH, T. B., MILLS, J. P., MOORE, R., PATTERSON, L. T., ROEPKE, K. S., ZIEGLER, G. M. (2011). The relationship between self-efficacy and resting blood pressure in spousal alzheimer's caregivers. *National Institutes of Health, Br J Health Psychol*, 2-12

- HINOJOSA, S.M., RITTMAN, R.M. (2007). Stroke caregiver information needs: Comparison of Mainland and Puerto Rican caregivers. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, **44**(5):649-658
- HOFFMAN, B., SCHRAM, G. (2009). The influence of self-efficacy and working memory capacity on problem-solving efficiency. *Learning and Individual Differences*, **19**:91-100
- İLBAY, V. (2008). Akut iskemik inmede, internal karotis arterin intima-media kalınlığı ile crp ilişkisi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği.
- İNCİ, H.F., ERDEM, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe' ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**:85-95
- KALAV, S. (2011). İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin
- KAPUCU, S., FESCİ, H., TÜRKAN, K.S. (2009). Yatağa bağımlı inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17-31
- KARAASLAN, A. (2013). Kanseri hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
- KARAHAN, Y. A., İSLAM, S. (2013). Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **3**:1-7
- KARATEPE, G. A., GEDİZLİOĞLU, M., GÜNAYDIN, R., KAYA, T., ŞEN, N. (2007). İnmeli hastalarda risk faktörleri ve fonksiyonel bağımsızlık ile ilişkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **53**:89-93
- KARTAL, M. (2010). Bakım verenler ve bakıcı yükü: bilinen yaşlı istismarı, bilinmeyen yaşlının istismarı. 2. Aile Hekimliğinde Yaşlı Sağlığı Sempozyumu.
- KASUYA, R. T., POLGAR, B., TAKEUCHI, R. (2000). Caregiver burden and burnout. *Postgraduate Medicine*, **108**(7):119-123
- KELTEN, B. (2008). İnmeli hastalarda serum S100B protein düzeylerinin lezyonun tipi, büyüklüğü ve lokalizasyonu ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Biyokimya Bölümü.
- KILINÇ, Ö. N. (2010). Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarına göre öz-etkililik ve bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ
- KING, B. R., AINSWORTH, R. C., HARTKE, J. R., RONEN, M. (2010). Stroke caregivers: Pressing problems reported during the first months of caregiving. *J Neurosci Nurs*, **42**(6): 302-311

- KOÇ, A.(2012). İnmede günlük yaşam aktiviteleri. *Gülhane Tıp Derg*, **54**:1-7
- KOÇ, S., BÜKER, N., KITER, E., ŞAVKIN, R. (2012). Ortopedi ve travmatoloji hastalarının bağımsızlık ve depresyon düzeylerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi üzerine etkisi. *J Kartal TR*, **23**(3):130-136
- KOÇOĞLU, F. (2009). Sağlığı geliştirici yaşam tarzı ve öz etkililik-yeterlilik durumunun sosyo-ekonomik durum ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya
- KOYUNCU, F. (2008). İskemik inme etyolojisinde kardiyak ve karotis patolojilerinin yeri ve önemi. Uzmanlık Tezi, T.C. Meram Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı.
- KULAKÇI, H., AYYILDIZ, K. T., EMİROĞLU, N. O., KÖROĞLU, E. (2012). Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçim davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **5**(2):53-64, <http://www.deuhyoedergi.org>
- KÜÇÜKDEVECİ, A. A., NİYAZOĞLU, H., ELHAN, A. H., TENNANT, A. (2001). Validation of the Turkish version of the Roland-Morris Disability Questionnaire for use in low back pain. *Spine*, **26**(24):2738-43
- LUSZCZYNSKA, A., BENIGHT, C. C., CIESLAK, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma. *European Psychologist*, **14**(1): 51-62
- MALAK, T. A., DİCLE, A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, **18**: 118-121
- MARRIOTT, A., BURNS, A., DONALDSON, C., TARRIER, N. (2000). Effectiveness of cognitive behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *The British Journal of Psychiatry*, **176**:557-562
- MAUSBACH, T. B., ALLISON, M., ANCOLI-ISRAEL, S., DIMSDALE, E. J., GRANT, I., KANEL, V. R., MILLS, J. P., MOORE, R., PATTERSON, L. T., ROEPKE, K. S., ZIEGLER, G. M. (2011). Self-efficacy buffers the relationship between dementia caregiving stress and circulating concentrations of the proinflammatory cytokine interleukin-6. *National Institutes of Health, Am J Geriatr Psychiatry*, **19**(1): 64-71
- MCRAE, C., FAZIO, E., HARTSOCK, G., KELLEY, L., RUSSELL, D., URBANSKI, S. (2009). Predictors of loneliness in caregivers of persons with parkinson's disease. *National Institutes of Health, Parkinsonism Relat Disord*, **15**(8):554-557
- MESSECAR, C. D. (2012). Nursing standart of practice protocol: Family caregiving. Hartford Institute for Geriatric Nursing, Erişim: 3Nisan 2014, http://consultgerim.org/topics/family_caregiving/want_to_know_more
- MOLLAOĞLU, M., FERTELLİ, K.T., TUNCAY, Ö.F. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, **4**(3):125-130
- NGUBENI, N.P. (2011). An investigative study of the caregivers experiences in caring for the elderly. Masters in Clinical Psychology, University of Zululand.

- OKÇİN, F. (2007). Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- ONEGA, L.L. (2008). Helping those who help others: The modified caregiver strain index. *The American Journal of Nursing*, **108**(9): 69-70
- OYEBODE, J. (2003). Assessment of carers' psychological needs. *Advances in Psychiatric Treatment*, **9**:45-53
- ÖZER, S. (2010). Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **1**:3-7
- ÖZTOP, H., GÜVEN, S., ŞENER, A. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, **1**:39-49
- ÖZTÜRK, A. (2008). Ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde yatan kadın hastaların osteoporoz bilgi düzeyi ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- ÖZTÜRK, E.Z. (2004). LK inme sonrası saptanan risk faktörlerinin morbidite ve mortalite üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği.
- ÖZTÜRK, Y., ALTUNKAYNAK, Y., BAYBAŞ, S., MUTLUAY, B., ÖZTÜRK, M., SOY, D., SÖZMEN, V. (2002). İnmeden bir yıl sonraki yaşam kalitesi ve fonksiyonel bağımsızlığın değerlendirilmesi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2. Nöroloji Kliniği, *Düşünen Adam*, **15**: 117-12
- PERRIN, B.P., ANDERSON, J., HEESACKER, M., JOHNSTON, A., RITTMAN, M., VEGA-TRUJILLA, M., VOGEL, B. (2010). A culturally sensitive transition assistance program for stroke caregivers: Examining caregiver mental health and stroke rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, **47**(7):605-616
- PORTER, S. L., BAUCOM, D., GARST, J., KEEFE, J. F., MCBRIDE, M. C. (2008). Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: Associations with symptoms & distress. *National Institutes of Health, Pain*, **137**(2): 306-315
- RABINOWITZ, G. Y., GALLAGHER-THOMPSON, D., MAUSBACH, T. B., THOMPSON, W. L. (2007). The relationship between self-efficacy and cumulative health risk associated with health behavior patterns in female caregivers of elderly relatives with alzheimer's dementia. *Journal of Aging and Health*, **19**(6): 946-964
- RUFFER, G. F. (1999). Brain Disorders Sourcebook, Ed.: K. Bellenir, Omnigraphics Inc., 1st Ed., p.:45-46
- SARI, D., EŞER, İ., KHORSHID, L. (2010). Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **26**:1-10
- SARI, Y.H. (2007). Zihinsel yetersiz çocuğu olan aileler için “aile yükü değerlendirme ölçeği” geliştirilmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

- SARKAR, U., ALI, S., WHOOLEY, A. M. (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine*, **69**:306-312
- SAVUNDRANAYAGAM, Y.M., MONTGOMERY, J.V.R., KOSLOSKI, K. (2010). A dimensional analysis of caregiver burden among spouses and adult children. *The Gerontologist*, **51**(3):554-557
- SELTZER, M.M., LI, W.L. (2000). The dynamics of caregiving: Transitions during a three-year prospective study. *The Gerontologist*, **40**(2):165-178
- SENEMOĞLU, N. (2001). Gelişim, Öğrenme ve Öğretim, Kuramdan Uygulamaya. Ankara, Gazi Kitabevi, s.:69-73
- SHERER, M., MADDUX E. J., MERCANDANTE, B., PRENTICE-DUNN, S., JACOBS, B., ROGERS W. R. (1982) The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, **51**:663-671.
- SILVER, H. J., WELLMAN, N. S. (2002). Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *J Am Diet Assoc*, **102**(6):831-6
- STRECHER, J. V., BECKER, H. M., DEVELLIS, M. B., ROSENSTOCK, M. I. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, **13**(1): 73-91
- ŞAHİN, A.Z., ERGÜNEY, S., POLAT, H. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12**:1-9
- TEMİZER, H. (2009). İnmeli hastalara evde bakım veren aile üyelerine verilen hemşirelik girişimlerinin bilgi düzeylerine ve bakım yükünü algılamalarına etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
- TRUELSEN, T., BEGG, S., MATHERS, C. (2000). The global burden of cerebrovascular disease. Non-communicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organization, Geneva. Erişim: http://http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovascularstroke.pdf Erişim tarihi: 12.08.2013
- TUNA, M., OLGUN, N. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 41-52
- TURGUT, C. (2005). İskemik inmede risk faktörleri ve TOAST sınıflaması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği.
- TÜRK DİL KURUMU. Sözlükler. <http://www.tdk.gov.tr>. Erişim Tarihi: 3 Nisan 2014
- UKPONG, D. (2012). Şizofreni hastalarına bakım veren nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **23**:40-45

- UTKU, U. (2007). İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **1**: 1-3
- UZ, D. (2011). Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- ÜNSAL, A., KAŞIKÇI, M. (2008). Artritli bireylerde öz-etkililik ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**(1):40-50
- VARLIBAŞ, F., ÇELİK, G., ÖRKEN, C., TİRELİ, H. (2004). Hastane temelli bir çalışmada iskemik inme alt tiplerinin demografik özellikleri ve risk faktörleri. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, **10**: 75-80
- VITALIANO, P.P., SCANLEN, M.J., ZHANG, J. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **129**(6):946-972
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). Neurological disorders: public health challenges.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). World Health Statics. Erişim: <http://www.who.int/statistics>. Erişim tarihi: 03.08.2012
- WORLD HEALTH ORGANIZATION http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/. Erişim Tarihi: 15.03.2014
- YALTKAYA, K., BALKAN, S., OĞUZ, Y. (1994). Nöroloji Ders Kitabı. Ankara, Palme Yayıncılık, s.: 179
- YAŞAR, K.E. (2009). Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
- YILDIRIM, A., AŞILAR, R. H., BUZLU, S., CAMCIOĞLU, H. T., EKİNCİ, M., ERDİMAN, S. (2013). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **24**:1-7
- YILDIRIM, F., İLHAN, Ö. İ. (2010). Genel öz yeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **21**(4):301-308
- YILDIRIM, S., BAŞKAYA, A.V., ENGİN, E. (2013). İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **50**:169-174
- YILDIZ, N., ARDIÇ, F., SANSAN, A., ŞANAL, E., TOPUZ, O. (2009). İnmeli hastaların özellikleri ve fonksiyonel sonuçlarını etkileyen faktörler. *FTR Bil Dergisi*, **12**: 59-66
- YÜKSEL, G., KARLIKAYA, G., ŞIPKA, Y., TİRELİ, H., VARLIBAŞ, F. (2007). Parkinson hastalığında bakıcı yükü. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, **10**:26-34

- ZAHID, A.M., OHAERI, U.J. (2010). Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *Zahid and Ohaeri BMC Psychiatry*, **10**:1-11
- ZARIT, S.H., ZARIT, J.M. (1990). The memory and behavior problems checklist and the Burden Interview. University Park, Pennsylvania State University Gerontology Center
- ZAYBAK, A., GÜNEŞ, Ü., İSMAİLOĞLU, G.E., ÜLKER, E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15**:48-54
- ZENGİN, N. (2008). İdrar kaçırın kadınlar da hemşirelik eğitimi ve davranışsal tedavinin konfor, pelvik taban kas egzersizi uygulaması öz-etkililik algısı ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

EKLER

EK-1: Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

Serebrovasküler hastalık, birçok fonksiyonel bozukluğun ortaya çıktığı, bu nedenle de bakım verenlerde bakım yükünün en çok hissedildiği hastalıklardan biridir. Bakım verme süreci, hem bakım alan hastayı hem de hastasının ihtiyaçlarını karşılayan bakım veren bireyler için zor bir süreçtir. Bakım veren; gereksinimlerini karşılayamayan bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olan kişidir. Bakım verenler hastanın sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri, rutin sağlık bakımını (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakımını (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb.) ulaşımını, alışverişini, para yönetimini koordine eder. Bakım verenler becerikli, duygusal açıdan güçlü, istenen bakım türünü vermeye en uygun, öz etkililik düzeyi yüksek olan bireyler olmalıdır. Öz etkililik; bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı ve inancıdır. Bakım verenin öz etkililiği, hem verdiği bakımın kendi yaşamını etkileme düzeyini hem de bakımın kalitesini etkiler.

Yapılan bu çalışma; serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin hissettiği bakım yükünü ve öz etkililik düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Araştırmaya dahil olmayı kabul edeceğiniz takdirde telefonla randevu alınarak belirlenen gün ve saatte ev ziyareti yapılacaktır, sizden hastanız ve sizinle ilgili bakım yükünü ve öz etkililik düzeyinizi değerlendirecek sorulara yanıt vermeniz istenecektir. Veri toplamak için kullanılan formların doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Size ve hastanıza ait bilgiler sadece araştırma için kullanılacak olup araştırmacı dışında hiç kimse tarafından ayrıca kullanılmayacak ve hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır.

Merve KAYA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

Yukarıda tüm açıklamaları okudum. Araştırmaya katılmaya karar verdim. İmzam bilgilendirildiğimi ve araştırmaya katılmaya karar verdiğimi kanıtlamaktadır.

Katılımcı:

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

EK-2: Bakım Veren Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu

BAKIM VEREN BİREYİ TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

Anket No:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Eğitim düzeyiniz:

☐ Okur-yazar değil ☐ Okur Yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite

4. Çalışma durumunuz:

☐ Emekli ☐ Tam gün ☐ Yarım gün ☐ Diğer:.....

5. Sosyal güvencesi:

☐ Var ☐ Yok

6. Gelir durumunuz:

☐ Gelir giderden düşük ☐ Gelir ve gider eşit ☐ Gelir giderden yüksek

7. Medeni durumunuz:

☐ Evli ☐ Bekar

8. Çocuk sayınız? (varsa).....

9. Yaşamınızın büyük çoğunluğunun geçtiği yer:

☐ İl ☐ İlçe ☐ Kasaba ☐ Köy

10. Birlikte yaşadığınız kişiler:

☐ Yalnız ☐ Çocuklarıyla ☐ Eşiyle ☐ Diğer:.....

11. Yakınlık derecesi:

☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Diğer:.....

12. Yaşadığınız yerde hastanızla birlikte mi kalıyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

13. Herhangi bir hastalığınız/sağlık sorunuz var mı? Varsa belirtiniz.

☐ Evet:

☐ Hayır

14. Ne kadar süredir hastanın bakımı ile ilgileniyorsunuz?.....Yıl/Ay

15. Hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlar ya da hastanın bakımı hakkında herhangi bir bilgi ya da eğitim aldınız mı?(Cevabınız hayır ise 18. soruya geçebilirsiniz.)

☐ Evet ☐ Hayır

16. Cevabınız evet ise bu konuda kimden bilgi aldınız ?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

☐ Doktor ☐ Başka bir hasta/hasta yakını ☐ Hemşire ☐ Arkadaş/Komşu

☐ Diğer(lütfen açıklayınız):.....

17. Hastanıza bakım sürecinde en fazla hangi yönden destek oluyorsunuz?

☐ Psikolojik/duygusal destek

☐ Fiziksel bakımda yardım

☐ Parasal yardım

☐ Diğer.....

18. Hastanızın bakımında size yardımcı olan bireyler var mı?

☐ Evet (Kişi sayısı/Yakınlık derecesi).....

☐ Hayır

EK-3: Hasta Bireyi Tanımlayıcı Özellikler Formu**HASTA BİREYİ TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU**

Anket no:.....

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti:

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Medeni Durumu:

☐ Evli ☐ Bekar

4. Çocuk sayısı? (varsa).....

5. Eğitim düzeyiniz:

☐ Okur-yazar değil ☐ Okur Yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite

6. Çalışma durumu:

☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

7. Sosyal güvencesi:

☐ Var ☐ Yok

8. Ek sağlık sorunu/hastalığı var mı?

☐ Evet (Varsa belirtiniz).....☐ Hayır

9. Serebrovasküler hastalık tanısı ne zaman konuldu?

☐ 5 ve üzeri yıl önce☐ 4-3 yıl önce☐ 2-1 yıl önce☐ Diğer.....

EK-4: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman

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

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

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

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

EK-5: Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği**ÖZ ETKİLİLİK YETERLİK ÖLÇEĞİ****Yönerge**

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor.	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor.
1- Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2- Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3- Bir işi bir seferde yapamıyorsa yapmaya kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
4- Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.	1	2	3	4	5
5- İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6- Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
7- Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.	1	2	3	4	5
8- Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9- Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5
10- Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5

11- Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12- Benim için çok zor gördüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
13- Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.	1	2	3	4	5
14- Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	1	2	3	4	5
15- Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16- Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17- Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.	1	2	3	4	5
18- Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19- Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20- Arkadaşlık kurması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21- Bana ilgi göstermeyen biriyle arkadaş olmaya çalıştığında kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5
22- Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23- Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5

EK-6: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

Aşağıda bakım verilen bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Bakım verilen bireyin günlük yaşam aktivitelerini en iyi ifade eden açıklamanın yanındaki kısma (✓) işareti konulmuştur.

1. Beslenme (10)

10 puan: Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.

5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.

0 puan: Yapamaz

2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)

15 puan: Tam bağımsız.

10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.

5 puan: Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.

0 puan: Tamamen yatağa bağımlı

3. Kendine bakım (5)

5 Puan: Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.

0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Tuvalet Kullanımı (10)

10 Puan: Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).

5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

0 puan: Bağımlı

5. Yıkanma (5)

5 puan: Bağımsızdır

0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır

6. Düzgün yüzeyde yürüme (15)

15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Breys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir. Breys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.

10 puan: Hasta yukarıdakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürüyebilir.

6A. Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) (5)

5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir. Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.

0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz

7. Merdiven inip çıkma (10)

10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)

5 puan: Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.

0 puan: Yapamaz

8. Giyinip soyunma (10)

10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.

5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sutyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez.

0 puan: Tam bağımlıdır

9. Barsak bakımı (10)

10 puan: Kontinan (Suppozituar kullanılabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmalı olgular).

5 puan: Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.

0 puan: İnkontinan

10. Mesane bakımı (10)

10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinal kord yaralanması olan kataterli hastalar, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.

5 puan: Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıırır.

0 puan: İnkontinan veya kateterli ve kontrol edemez.

0-20 puan: Tam bağımlı

21-61 puan: İleri derecede bağımlı

62-90 puan: Orta derecede bağımlı

91-99 puan: Hafif derecede bağımlı

100 puan: Tam bağımsız

EK-7: Etik Kurul Kararı

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 14/02/2013

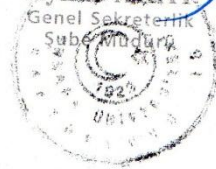
Toplantı Sayısı : 143

Karar Sayısı : 680

680- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden **Merve Kaya**'nın "Serebrovasküler Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Öz Etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezine ilişkin 22/01/2013 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Merve Kaya**'nın "Serebrovasküler Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Öz Etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezinin, araştırma protokolüne uyulmak koşuluyla, uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

**ASLININ AYNIDIR
14/02/2013**


Aynur AKAY
Genel Sekreterlik
Sube Müdürü


EK-8: Genel Sekreterlik İzin Yazısı

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

Sayı : 21920196
Konu: Merve KAYA
Tez Çalışması

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KOCAELİ GENEL
 SEKRETERLİĞİ
 GİDEN EVRAK

Tarih:19.06.2013/Sayı: 9662

Giden Kurum: ONAY

Giden Şube: EVRAK TAKİP

Gönderen.Şube: EĞİTİM ŞUBESİ

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ana bilim dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Merve KAYA 'ın "Serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve özel etkinlik düzeylerinin değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını İzmit Seka Devlet Hastanesinde uygulayabilmesi hususunda müsaadelerinizi arz ederim.

Dr. Harun ÖZ
 İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
/06/2013
 Dr. Hasan AYDINLIK
 Genel Sekreter

EK-9: Kurum İzin Yazısı



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İzmit Seka Devlet Hastanesi

02 TEMMUZ 2013

5446

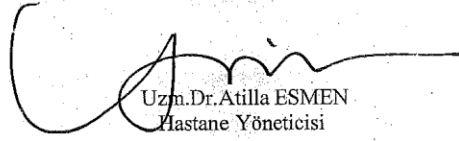
SAYI : 58794336-25/900
ŞUBE : PERSONEL
KONU : Merve KAYA'nın Tez Çalışması

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
Gölbasi 50.Yıl Yerşekesi L Blok Zemin Kat
GÖLBAŞI/ANKARA

İLGİ: Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine muhatap 14/05/2013 tarihli, 3231 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencilerinizden Merve KAYA'nın hastanemizde "Serebrovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve özel atkililik düzeylerinin değerlendirilmesi" adlı tezinin hastanemizde yapması Yöneticiliğimizce uygun görülmektedir.

Bilgilerinize arz ederim.


Uzm.Dr. Atilla ESMEN
Hastane Yöneticisi

02/07/2013 V.H.K.İ. :T.ÖZÇELİK
02/07/2013 Müdür Yard. : N.YILMAZ
02/07/2013 İd. ve Mali Hiz.Müd.: M.DEMİRER

Adres: D 100 Karayolu Üzeri 41100 Yenidoğan İzmit/KOCAELİ
Tlf: 0262 322 34 60 Fax: 0262 322 31 29

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Merve

Soyadı: KAYA

Doğum yeri ve tarihi: Üsküdar – 22.07.1987

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi : mervekaya1123@gmail.com

II- Eğitimi

2006-2011 Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü

2001-2005 Derince Lisesi (YDA)

1993-2001 Cumhuriyet İlköğretim Okulu

Yabancı Dili: İngilizce

III- Ünvanı

Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi

2011- 2012 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
Çocuk/Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri Hemşiresi

2012-2014 İzmit Seka Devlet Hastanesi, Nöroloji-Kardiyoloji-FTR Servis Hemşiresi

2014-... İzmit Seka Devlet Hastanesi, Dahiliye-Göğüs Hastalıkları Sağlık Bakım
Hizmetleri Servis Sorumlu Hemşiresi

V-Bilimsel İlgi Alanları

Kuzu A., Ergöl Ş., Cumalı N., Baba D., Tokdemir C., Kaya M., Akkaya G.
Üniversite Öğrencilerinin Erken Çocukluk Yaşantıları İle Güvenlik Ve Bağlanma
Özellikleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi I. Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği
Kongresi Poster Bildiri 22-24 Ekim 2011/ İstanbul

VI-Diğer Bilgiler

“Araştırma Kursu” Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, 2012, Ankara