



**EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN NÖROLOJİK
PROBLEMLİ HASTALARIN BAKICILARINDA
BAKIM YÜKÜ VE ANKSİYETE
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Ercan DEMİROK

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY

Yüksek Lisans Tezi - 2017

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN NÖROLOJİK
PROBLEMLİ HASTALARIN BAKICILARINDA BAKIM
YÜKÜ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Ercan DEMİROK

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY**

**ERZURUM
2017**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN NÖROLOJİK PROBLEMLİ
HASTALARIN BAKICILARINDA BAKIM YÜKÜ VE ANKSİYETE
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Ercan DEMİROK

Tez Savunma Tarihi : 29.06.2017

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç.Dr. Elanur KARABULUTLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Yeliz AKKUŞ (Kafkas Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
Erzurum-2017

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Evde Bakım Hizmetleri	4
2.1.1. Evde bakım ekibi	5
2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi	6
2.1.3. Van İlinde Evde Bakım Hizmetleri İşleyişi	7
2.2. Nörolojik Problemler	8
2.2.1. Nörolojik Problemlere Sebep Olan Hastalıklar	8
2.2.1.1.Demans ve Alzheimer Hastalığı	8
2.2.1.2. Serebro Vasküler Olay (SVO)	10
2.2.1.3. Multipl Skleroz	11
2.2.1.4. Parkinson	12
2.2.1.5. Amyotrofik Lateral Skleroz	12
2.2.1.6. Serebral Palsi	13
2.3. Bakım Verme Yüğü ve Anksiyete	14
2.3.1. Bakım Verme	14
2.3.2. Bakım Verenin Yaşadığı Güçlükler.....	14
2.3.3. Bakım Verme Yüğü	14

2.3.4. Anksiyete	15
2.3.5. Nörolojik Problemlili Hastalara Bakım Verme Yüğü ve Anksiyete İlişkisi.....	15
2.3.6. Evde Bakım Hemşireliği ve Hemşirelik Stratejileri	16
3. MATERYAL VE METOT.....	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Veri Toplama Yöntemi	19
3.4.1. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1.1. Bilgi Formu:.....	19
3.4.1.2. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı:	19
3.4.1.3. Stai 2 Anksiyete Ölçeğı (Sürekli Kaygı Envanteri).....	20
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	20
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	20
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKÇA.....	41
EKLER	49
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	49
EK-2.TANITICI BİLGİ FORMU	50
EK-3. ZARİT BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ.....	52
EK-4. STAI ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	55
EK-5. ETİK KURUL İZNİ.....	57

EK-6. RESMÎ İZİN YAZISI	58
EK-7. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE ONAY BELGESİ	59
EK-8. ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ	60



TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmamı yapmamda değerli bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen ve bana rehberlik eden danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY' e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana kattıklarından ve öğrettiklerinden dolayı hocalarım Sayın Prof. Dr. Mehtap TAN, Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU, Doç. Dr Emine KIYAK' Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU', Yrd. Doç. Dr. Hatice POLAT' a, her zaman destek olan eşim Songül'e ve yaşam kaynağı olan kızım Elif'e, çalışma boyunca yardımlarını esirgemeyen evde bakım biriminde çalışan arkadaşlara ve tüm hasta yakınlarına teşekkür ederim.

Ercan DEMİROK

ÖZET

Evde bakım hizmeti alan nörolojik problemlili hastaların bakıcılarında bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi

Amaç: Çalışma evde bakım hizmetlerinden faydalanan nörolojik problemlili hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve anksiyeteyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmanın verileri 20 Haziran 2015-25 Ekim 2015 tarihleri arasında Van ilinde Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İpekyolu Devlet Hastanesi evde bakım hizmetleri birimlerine bağlı evlerde bulunan hastaların bakım verenlerinde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan “Bilgi Formu”, “Zarit Bakım Yükü Ölçeği”, “Stai Anksiyete Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırma sonucu bulunan veriler, SPSS 22 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Zarit Bakım Yükü Ölçeği puan ortalaması 47.15 ± 7.104 , Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması 43.10 ± 4.832 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin % 11.7’sinin bakım yükü orta derecede, % 85’inin bakım yükü ileri derecede, % 3.3’ünün bakım yükü aşırı derecede olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin, bakım verdikleri kişilerin yakınlığına göre “Zarit Bakım Yükü Ölçeği” puan ortalamalarına ait KW değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda evde bakım hizmeti alan nörolojik problemlili hastaların bakım verenlerinde bakım yükünün ileri derecede olduğu bulunmuştur. Hastaların sağlık giderlerini karşılamada problem yaşayanların ve kadın bakım verenlerin daha fazla anksiyete yaşadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Bakım verme, Bakım yükü, Evde bakım, Hemşire

ABSTRACT

Identifying Caretakers' Care Burden and Anxiety Levels in Providing Home Health Care to Neurological Patients

Aim: This descriptive study intended to identify the care burden and anxiety levels of caretakers in caring for neurological patients who benefited from home health care services.

Material and Method: Study data were collected from the caretakers of patients who received home health care services affiliated to İpekyolu Public Hospital of Van Association of Public Hospitals between June 20, 2015 and October 25, 2015. In addition to “Information Form” developed by the researcher, “Zarit Caregiver Burden Interview” and STAI (State -Trait Anxiety Inventory) were used as data collection tools. Data obtained in the framework of the study were evaluated with the help of SPSS 22 statistics software program.

Results: Zarit Caregiver Burden Interview and Trait Anxiety mean scores were found to be 47.15 ± 7.104 and 43.10 ± 4.832 respectively. It was found that 11.7% of the caregivers had moderate burden, 85% had moderate to severe burden and 3.3% had severe burden. The findings showed that degree of kinship with the patient generated statistically significant differences in KW values in the Zarit Caregiver Burden Interview mean scores ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the research, caregivers of neurological problem patients who received home care services were found to have a higher degree of care. It has been determined that those who have problems in meeting the health costs of patients and women caregivers experience more anxiety.

Keywords: Anxiety, Care giving, Care Burden, Home Health Care, Nurse.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ALS	: Amyortofik Lateral Skleroz
BVY	: Bakım Verme Yüğü
EB	: Evde Bakım
EBH	: Evde Bakım Hizmetleri
ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
İDH	: İpekyolu Devlet Hastanesi
MS	: Multipl Skleroz
PH	: Parkinson Hastalığı
SP	: Serebral Palsi
SVO	: Serebro Vasküler Olay
VEAH	: Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları.....	22
Tablo 4.2. Bakım verenlerin bakım verme rolüne göre dağılımları.....	23
Tablo 4.3. Bakım verenlerin Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı ve Sürekli Kaygı Ölçeğı puan ortalamalarına ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapmaları	25
Tablo 4.4. Bakım verenlerin Zarit Bakım Ölçeğı Yüğü durumlarına ilişkin frekans ve % değerleri ortalamaları	25
Tablo 4.5. Bakım verenlerinin tanıtıcı özelliklerine göre Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları ve Sürekli Kaygı Ölçeğı puan ortalamaları	26
Tablo 4.6. Bakım verenlerinin bakım verme rolüne göre Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puanları ve Sürekli Kaygı Ölçeğı puanları açısından farkların karşılaştırılması	33
Tablo 4.7. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puanları ile Sürekli Kaygı Envanteri Puanları Arasında İlişki	35

1. GİRİŞ

En geniş anlamda evde bakım hizmetleri (EBH) hasta bireylerin sağlıklarını yeniden kazanmalarını sağlama, koruma ve iyilik halini devam ettirmek için sağlık ve sosyal hizmetleri de kapsayan, sağlık bakım profesyonelleri ya da hastanın ailesindeki bireylerce kişinin evinde ya da yaşamını sürdürdüğü yerde bu bakımın verilmesidir. Bu manada EBH tedavi kurumlarının yerine geçen, buralarda kalış gereksinimi ve süreyi kısaltan ya da geciktirebilen hizmetler şeklinde değerlendirilebilir.¹

EBH alan yaş grupları çoğunlukla 65 yaş üstü, kronik hastalığı olan ve uzun süre bakım gereksinimi olan yaşlılar ile kronik rahatsızlığı olan her yaşta bireyler ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerinden ev ortamında güvenilir bir şekilde faydalanmaktadırlar. EBH' nin hedefi, bakıma gereksinimi olan yaşlılar, özürlüler ve kronik hastalığı olanların sağlığını koruma, başka birinin bakımına muhtaç olma durumunu azaltma ya da muhtaçlığın fazla artmasını önleme, hastalığın ve özürlülük durumu ortadan kaldırılamadığında mümkün olduğunca kişinin bağımsız yaşamasını sağlamak için gerekli eğitimi vererek becerilerin kazandırılması ve profesyonel anlamda iyi bir bakım hizmetinin sunulmasıdır.²

EBH'nin ve bu hizmeti veren kurumların sayısının her geçen gün artmasına rağmen hem ülkemizde hem de dünya genelinde aile bireylerince EBH verilmektedir. Bunun nedenlerine bakıldığında ekonomik sebeplerin yanında sosyal ve kültürel sebeplerden dolayı verilen bu bakımın "aile bireylerinin temel görevidir" şeklinde algılanması neden olabilir. Ailede hasta bireylerin bakımını üstlenenlerin ise, büyük çoğunluğunu kadınların (eş, kız, gelin) oluşturduğu görölmektedir.²

Bakım verme, bakımı veren kişi ve hastaları için her zaman güç ve sıkıntılı bir durumdur. Dünyada ve ülkemizde kadınların çalışma hayatına her geçen gün daha çok sayıda dahil olması, ailenin geniş aileden çekirdek aile yapısına dönüşmesi, daha küçük

konut tercihi, ekonomik sıkıntı gibi sebeplerle bakım ihtiyacı olan bireyin aile ortamında bakımı zorlaşmaktadır.³

Ailede kronik rahatsızlığı mevcut olup bakıma ihtiyaç duyan hastanın olması aile düzeninin bozulmasına sebep olmakta ve aileye yük getirebilmektedir. Yük, bakım verenin üstlenme durumunda kaldığı, bakım verme sonucu oluşan psikolojik sorun, fiziksel sağlık sorunları, ekonomik ve sosyal sorunlar, ailenin ilişkilerinde bozulma ve kontrolünü kaybettiği duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar olarak tanımlanmaktadır.⁴ Yine resmi olmayan bakım veren kişilerin yüksek düzeyde stres, depresyon, düşük öznel iyilik hissi, fiziksel sağlığında ve kendine yeterlilikte azalmanın da yer aldığı önemli sağlık problemleriyle karşılaştıkları da bilinmektedir.^{5,6}

İç sıkıntısı, endişe, bunaltı gibi kelimelerle ifade edilmeye çalışılan anksiyete insan hayatını tehdit eden veya tehdit olarak algılanan, rahatsızlık verici, endişe ve korku duygusudur. İçsel veya dıştan gelen tehlikeli olabilecek bir durum veya kişilerce tehlike şeklinde değerlendirilen herhangi bir olay karşısında yaşanan duygusal durumdur.⁷

Aile üyelerinden birine bakım verme, kişi açısından stres yaratan psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlıklara yol açan bir süreçtir. Bu süreç bakım verenlerin endişe düzeylerini arttırmaktadır.⁸ Sales⁹ 2003 yılında yapmış olduğu çalışmasında, bakım verenlerde %76 oranında anksiyete geliştiğini belirtmiştir. Şahin ve ark.¹⁰ 2009 da yapmış olduğu çalışmaya göre bakım verenlerin %80.3' ü hastalarına bakım vermeden önceki sağlık durumlarını iyi, %51,6'sı bakım verirken sağlık durumlarını kötü olarak algıladıklarını bildirmişlerdir.

Son zamanlarda bakım verme yükünü (BVY) ölçmek ve değerlendirmek klinisyenler ve araştırmacılar için çalışılabilecek özellikte bir konu olduğu görülmektedir.¹¹ Bu çalışma evde bakım hizmeti alan nörolojik problemlili hastaların

bakıcılarında görülen bakım verme yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım, bireyleri sağığına kavuşturmak, korumak ve iyilik halinin devamını sağlamak için bireylere ev ortamında sağık hizmeti ve diğler hizmetlerin verilmesidir. Yataklı tedavi kurumlarının kapasitesinin azaltılması neticesinde evde bakım hizmetlerinin (EBH) değeri artmış böylece bir bütün olarak sağık hizmetlerinin verilebilmesi imkanı doğmuştur. EBH çoğunlukla, hemşirelik hizmeti veren organizasyonlar, ziyaretçi hemşireler, yataklı tedavi kurumları, EBH veren kurumlarca verilmektedir.¹²

Yaşlanan nüfus, özörlölük ve kronik rahatsızlıkların artması gibi nedenlerle sağık hizmetlerine ilginin artması neticesinde tedavi kurumlarında yığılmaların olduğı görölmüştür. Buralardaki yığılmalar, özel hastanelerden alınan sağık hizmeti ücretlerinin fazla olması, hastanın ve yakınlarının ev ortamında rahat etmesi, erken taburcu olma nedenlerinden dolayı EBH' lerine ve bakım verenlere olan gereksinimin ortaya çıkmasına sebep olmuştur.¹³

Evde bakım özörlölük, yaşlılık, kronik rahatsızlık gibi durumlar ya da iyileşme dönemindeki bireylere, yaşadığı yerlerde destek olma, sosyal yaşama uyum sağlama, hayatlarını mutlu ve huzurlu bir şekilde sürdürme ve toplumsal uyumu gerçekleştirme amacı güden, bakıma ihtiyacı olan hastaların ailesindeki bireylerin özellikle de kadınlar üzerindeki yükü azaltmak için verilen psikososyal, fiziksel ve diğler sağık hizmetleri ile sosyal hizmetleri de kapsayan bakım modelidir.¹⁴

EBH' nin amacı, günlük yaşam aktivitelerini minimum etkileyerek azami derecede tedavi ve bakım gerçekleştirerek engellilik durumunun en az etkilenmesini sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaktır.¹⁵ Gelişmiş ölkelerde evde bakımın; hasta, aile ve toplum açısından yararları saptanmıştır.¹⁶

EBH ile kronik rahatsızlıklar nedeniyle oluşan komplikasyonların azaltıldığı, iş gücü kayıplarının önüne geçildiği, hastanedeki yatış sürecinin azaltıldığı, iyi bir eğitim ve iletişimle ani gelişen komplikasyonların ev ortamında tedavi edildiği, evde tedavi sürecinin daha hızlı ilerlediği, hasta ve ailesinin işlerinden ve sosyal yaşamlarından kopmadığı, hasta bireylerin kendi bakımlarına katıldığı, hasta bireylerin bağımsızlıklarını daha çok geçmeden kazanmaları gibi yararları olduğu belirtilmektedir.¹⁶

2.2.1. Evde Bakım Ekibi

EBH hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, ev ekonomisti ve bakım destek elemanı gibi çeşitli meslek ve branş üyelerinin uyumlu çalışması ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde verilen koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden oluşmaktadır.¹⁷

Evde bakım (EB); koruyan, tedavi ve rehabilite eden bakımı sürekli hale getirerek normal sağlık hizmetlerine destek olmak ve güçlendirmek amacını misyon edinen bakım sistemidir. EB bunun yanında tıbbi hizmetlerle sosyal hizmetleri birleştirerek hastaların/bireylerin yaşam alanında birey ve ailesine bu bakımın verilmesidir. Böylece bununla ilgili sıkıntıların etkisini en aza indirgeyip, bireylerin bağımsızlık düzeylerini ve yaşam kalitelerini yükseltip sağlık hizmetlerinin insancıl yönünün güçlendirilmesini sağlamaktır.^{18,19} Evde bakımın yaygınlaşması bu hizmetleri sunan hekim, hemşire ve diğer sağlık personellerinin sayısının yeterli olması, teknolojik ilerlemeler ve sigortaların EBH' lerini desteklemeleri önemli konulardır.²⁰

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yaşlı nüfusun, kronik hastalığı olan insanların ve engellilerinin sayılarının çoğalması gibi faktörler sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştıran bir sigorta sistemi kurulması için toplumsal baskıyı arttırmıştır. Bu baskı sonucunda 1965'de Medicare ve Medicaid yasalaştırılmıştır. Medicare' in

yapmış olduğu 2001-2003 yılı maliyet analizlerine göre hastane bakımın günlük maliyeti kişi başına 2001 yılında 3080 dolar evde bakım maliyeti ise 105 dolar, 2002 yılında hastane bakımının maliyeti 3574 dolar iken evde bakımın maliyeti 108 dolar, 2003 yılında hastane maliyeti 3838 dolar iken evde bakım maliyeti 109 dolardır. Bu durum evde bakımın tercih edilmesinin önemli sebeplerinden biridir.²

2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

EBH nin tarihsel gelişimine bakıldığında hemşirelik hizmetleri olarak başlayıp uzun süre böyle devam ettiği görölmektedir.²¹ ABD’ de 1877 yılında ilk defa Newyork şehri kadınlar komisyonu evde bakım için bir mezun hemşire işe almıştır.²² 1940’lı senelerde hastanelerdeki yatakların kronik hastalığı olan bireyler tarafından uzun süre işgal edilmesinden dolayı bu kurumların evde bakım verilmesi fikrine ilginin artmasına sebep olmuştur. Montefiero Hastanesi Evde Bakım Programı 1947 yılında tıbbi, hemşirelik ve sosyal hizmetleri sunmak niyetiyle başlatan hastanenin desteklediği ilk evde bakım programı olma özelliğindedir.²³

EBH’ leri için tarihi süreç incelenecek olursa ev ziyaretlerinin başlangıç durumundan bu güne kadar gelindiğinde, EBH’ lerinin değerin bir kez daha arttığı görölmektedir. EBH’ leri yaklaşık iki yüzyıldır süregelen, pek çok ülkenin vatandaşlarına, hastalarına ve dezavantajlı gruplarına verilen herkesçe kabul gören hizmet şeklidir.²⁴

Türkiye’de EBH ile alakalı ilk projeyi 1993’te Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde başlatmış; fakat bu pilot uygulamadan istenilen netice elde edilemediği için sürdürülememiştir. 1994’te Ankara Büyükşehir Belediyesi’nin kurmuş olduğu Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nin bir kuruluşu olan İstanbul Sağlık A.Ş.’nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ile birkaç özel kurumda

ücretli olarak sürdürülen tıbbi bakım ve refakat hizmeti ile evde bakım hizmeti vermektedir.¹⁴

Sağlık bakanlığı tarafından evde bakım il halk sağlığı müdürlükleri bünyesindeki evde bakım hizmetleri birimleri tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetler 10. 03. 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” ve 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” göre verilmektedir.²⁵

2.1.3. Van İlinde Evde Bakım Hizmetleri İşleyişi

Van’da EBH sağlık bakanlığına bağlı halk sağlığı müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. EBH nin yürütülmesi için evde sağlık hizmetleri uygulama talimatnamesine göre hizmetler yürütülmektedir.²⁵

Başvurular, hasta bireyler veya aileleri tarafından EBH’ leri formuyla başvurarak, sağlık müdürlüklerindeki ilgili birimi telefonla arayarak veya bizzat ilgili birime giderek sözlü olarak başvuru yapabilirler. Müdürlüklerdeki ilgili birimin yanı sıra aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimliklerine de başvuru yapılabilir. Formlar veya telefonla yapılan başvurular ilgili birime havale edilir. Başvurular kayıt edildikten sonra ilgili, tabip, hemşire veya sosyal çalışmacı tarafından hastanın ikamet ettiği yere gidilip bireyin değerlendirilmesi yapılır. EBH’ den faydalanmak için başvuru yapan birey ve ailesine hizmet almak istediği durum değerlendirildikten sonra olumlu veya olumsuz sonuçlansın kısa sürede bilgi verilmektedir. Başvurusu kabul edilmeyenlere neden kabul edilmediği konusunda bilgilendirme yapılmaktadır. Hasta bireyin EBH alıp alıp almayacağı koordinasyon merkezi ve kayıtlı bulunduğu aile hekimliğine bilgilendirilir.²⁵

Aile sağlığı merkezi ya da aile hekimi kendilerinde kaydı bulunan hastalardan

‘‘EBH alması gereklidir’’ şeklinde karar verilen hastanın tıbbi durumunu değerlendirip verilecek bakım hizmetinin seviyesini belirler. Birinci basmak sağlık hizmetleri kapsamındakilerin EBH hastanın ve yakınlarının izni alınarak doldurulan başvuru formunda hizmetin kapsamını ve hastanın durumunu belirten bilgi ve belgeleri koordinasyon merkezine gönderir. Aile hekimi bu hizmetin kurum bünyesindeki evde bakım birimi tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorsa formu bu şekilde doldurup koordinasyon merkezine gönderir. Komisyon tarafından ekteki bilgi ve belgelere bakarak değerlendirilir. Verilecek hizmetin gerekçelerini belirtip hangi düzeyde verileceğine karar verir. Komisyon tarafından alınan bu karar doğrultusunda ilgili birim sorumlusu ya da hekime gönderilir. Alınan kararda hizmet birim tarafından verilecekse aile hekimi bu konuda bilgilendirilir. Evde bakım birimi ya da aile hekimi alınan karara göre işlem yapmak zorundadır.²⁵

Evde bakım ekibi vakanın durumuna göre evlere gitmeden önce ziyaretlerini günlük, haftalık ya da aylık olarak planlar ve ekipte yer alan personelin unvan ve kimlik bilgileriyle beraber evlere yapacakları ziyaretten önce hasta birey ve ailesine bilgi verilir randevu alınıp ev ziyaretleri yapılır.²⁵

2.2. Nörolojik Problemler

2.2.1. Nörolojik Problemlere Sebep Olan Hastalıklar

2.2.1.1. Demans ve Alzheimer Hastalığı

Erişkinlerde merkezi sinir sisteminin hasarlanması sonucu, bilinç bulanıklığı olmaksızın, zihinsel yeteneklerde bozulma (birden fazla bilişsel alanın bozulması) demans olarak adlandırılır. Demans beyni etkileyen çeşitli patolojilere (toksik, metabolik nedenler, vasküler hastalıklar, kafa içi yer kaplayıcı hastalıklar, nörolojik sistemin enfeksiyöz ve otoimmün hastalıkları, bazı psikiyatrik hastalıklar vb.) bağlı olarak gelişebileceği gibi (ikincil demans), beyindeki dejenerasyona bağlı olarak da

görülebılır (birincil demans). Alzheimer hastalığı (AH) demans sendromlarının en sık görülen tipi olup primer demans grubu içerisinde yer alan sinsi başlangıçlı, yavaş seyirli bir demans sendromudur. AH günlük aktivitelerde azalma ve bilişsel işlevlerde bozulma ile karakterize nöropsikiyatrik belirtilerin ve davranış değişikliklerinin eşlik ettiğı nörodejeneratif bir hastalıktır. AH' nın etyolojisi tam olarak bilinmemektedir.²⁶

AH yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Beyindeki patolojik değişikliklerin klinik belirti vermesi yıllar sürer. Tanı konduktan sonra hastalığın ilerlemesi kişiden kişiye değişiklik gösterir ve erken evreden ileri evreye geçiş 3-20 yıl arasında değişir. Erken dönemde hastanın işte ve ev dışında bağımsızlığı bozulmaya başlar, yıllar içinde bunlarda tümüyle bağımlı hale gelirken ev yaşamı ve kendine bakımda sorunlar ortaya çıkar, ileri evrede ise hasta tümüyle bağımlı hale gelir ve sürekli bakım gerekir. Erken evrede unutkanlık (normal bir kişide görülenden daha fazla), kısa süreli bellekte kayıp, yeni bilgileri öğrenmede zorluk, insiyatif ve ilgi kaybı, muhakemede bozulma, yer oryantasyonunda bozulma görülür. Demansın orta evresinde beyindeki patolojinin ilerlemesi ile bilişsel yeteneklerdeki kayıplara, konuşma, beceri ve tanıma fonksiyonlarında bozulma da eklenir. Hastada yakın arkadaşları ve aile üyelerini tanımada bozulma, ajitasyon, amaçsız gezinme, kaybolma, uzak belleğin kaybı, konfüzyon, anlamada bozulma, basit işlerin nasıl yapılacağını bilememe, afazi (konuşma bozukluğu), uykusuzluk, sanrılar(hezeyan), illüzyon, halisünasyonlar ve davranış sorunları ortaya çıkar. İleri evrede ise ağır bellek bozukluğu, kelimeleri dahi anlayamama, yeme ve yutma sorunları, tekrarlı kelimeler/ sesler, özbakımda bozulma, hareketsizlik ve inkontinans görülür.²⁶

AH' nda hemşirelik bakımının hedefleri hasta bireyin işlevselliğini mümkün olduğu kadar korumasını sağlamak, güvenli bir çevre sağlayarak hastayı travmalardan korumak, kişisel gereksinimlerini karşılamasını sağlamak ve hastanın insan onuruna

yaraşır şekilde yaşamını devam ettirmesine yardımcı olmaktadır. Bu hastalarda görülebilecek sorunlar düşünce sürecinde bozulma, travma riski, öz bakım eksikliği ve amaçsız gezinmedir. AH’nda hastanın bilişsel işlevleri bozulduğu için eğitime hasta ile birlikte mutlaka yakını da katılmalıdır. Hasta ve ailesine hastalık, prognoz ve ilaçlar konusunda bilgi verilmelidir.²⁶

Hastalık ilerledikçe hasta yatağa bağımlı hale geleceğinden kas gücünü ve hareketi arttırıcı egzersizler, transfer teknikleri, vücut mekaniği, yardımcı alet kullanımı, inkontinans ve konstipasyon önlemleri, bası yarasının önlenmesi, beslenmenin sağlanması konularında bakıma gereksinimi olacaktır.²⁶

Alzheimerde hastanın yanı sıra ailesinin de ciddi şekilde desteğe gereksinim duyacağı unutulmamalıdır. Bakım vericilerin yükünü azaltmak, fiziksel ve emosyonel sağlıklarını korumak ve bakım vermenin uzun dönemdeki etkilerinden korumak için onlara destek olunmalıdır. Hasta yakınlarına sürekli eğitim ve psikolojik destek sağlanmalı, toplumsal kaynaklar, destek gruplar ve dernekler konusunda bilgi verilmelidir.²⁶

2.2.1.2. Serebro Vasküler Olay (SVO)

Dünya sağlık örgütünün yaptığı tanıma göre inme, vasküler nedenlerin dışında ortada görünür bir sebep yokken, beynin bazı odaklarında fonksiyon kaybı nedeniyle görülen bazı semptomlarla ayrılan klinik sendromdur. Belirti ve bulgular tanım gereği en az 24 saat sürebilir ya da ölümle neticelenebilir. Günümüzde Serebro Vasküler Olay (SVO) terimi inme ile eş anlamda kullanılmaktadır. Fakat inme tanımlaması yapılırken beraberinde serebral infarkt ve hemoraji gibi patolojik tanılarında belirtilmesi tercih edilmektedir.²⁷ SVO, toplumda öne çıkan sağlık sorunlarından birisidir. Kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü ölüm sebebidir. Ortalama yaşam süresinin artmasıyla, bu hastalığın ortaya çıkmasını sağlayan risk faktörlerinin daha fazla

görülmesi, hastalığın insidansını sürekli arttırmaktadır.²⁸

SVO, hastada neden olduğu fiziksel sorunlar nedeniyle kişinin kendi bakımını yapmada yetersizlik ve bu nedenden hastada ve ailesinde anksiyete ve depresyona sebep olmaktadır. Hastada oluşan depresyon ve diğer sıkıntılar ailenin de etkilenmesine, ailede iletişimin kopmasına ve öfke, depresyon gibi sosyal ve psikolojik sorunların gelişmesine neden olabilir. Oysaki aile SVO rahatsızlığı olan hasta birey için sağlıklı desteğin doğal kaynağıdır.²⁹

2.2.1.3. Multipl Skleroz

Multipl Skleroz (MS) tedavisindeki ilerlemeye karşı fiziksel ve psikolojik engellere neden olan, seyrinin yüksek ölçüde değişkenlik gösterdiği merkezi sinir sistemi (MSS)'nin demiyelinizan hastalığıdır.³⁰

MS' in insidans ve prevalansı düşük olduğu için az görülen hastalıklar arasında sayılabilir, fakat bazı alanlarda yapılan çalışmalarda halen en yoğun şekilde araştırılan hastalıkların neredeyse başında gelmektedir. Genç insanların en verimli çağında oluşması, önemli özürllüklere ve iş gücünde kayıplara neden olması, yaşam kalitesinin etkilenmesi ve yüksek tedavi giderleri bu hastalığın hem bireysel hem de toplumsal anlamda tartışılmasına sebep olmakta, az bilinen bir hastalık olması da gizemini arttırmaktadır.³¹

Viral, bakteriyel enfeksiyonlar, beslenme şekli, kuyu suyunun kullanılması, evcil hayvanların beslenmesi, travma, kaza veya ameliyat, aşılar, gebelik, kimyasal ajanlar, metaller, organik çözücüler, iklim şartları gibi kimi parametrelerin hastalığın seyrindeki rolleri üzerinde çok fazla araştırma yapılmıştır.³¹

Her hastada farklı seyir göstermesi kapsamlı bir değerlendirmenin yapılmasını, önceden uygulanan tedavi programları hakkında da bilgi alınıp multidisipliner yaklaşımda bulunulmasını gerektirir. MS' li hastalarda, fiziksel sorunlara çoğunlukla

ruhsal ve sosyal sorunların da neden olduğu bilinmektedir. Genellikle söylenen özgül stres kaynakları ekonomik ve sosyal ilişkilerde bozulma, fiziksel sağlık kısıtlama, fiziksel işlev kaybının olması ve bozulmuş beden imgesi, bağımlılığın artması ve ölüm tehlikesi, aile içinde rol değişimi, iş gücü ve maddi problem yaşama, boş vaktin ve sosyal etkinliklerin azalması anlamına gelmektedir.^{32,33}

Fiziksel ve psikososyal stresin etkenlerinden ağır bir şekilde etkilenen hastalarda, depresyon başta olmak üzere anksiyete bozuklukları, ruhsal bozukluklar sıklıkla görülmektedir.^{32,33}

2.2.1.4. Parkinson

Kuvvet kaybı ve spastisite olmaksızın istemli ve otomatik hareketlerde ortaya çıkan hareket azlığı /yavaşlığı ya da fazlalığı ile karakterize nörolojik tablolar hareket bozuklukları olarak adlandırılır. Bu hastalıklarda patofizyolojiden bazal ganglionların (serebral çekirdekler) yapısal ve işlevsel bozuklukları sorumludur. Parkinson hastalığı (PH) dopamin eksikliğinin neden olduğu, hareket bozukluklarının hipokinetik bozukluklar grubu içinde ele alınan, kronik, ilerleyici, dejeneratif bir rakatsızlıktır.³⁴

PH çoğunlukla 50-60 yaş aralığında başlayan, yavaş progressif seyreden, bir kronik hastalıktır. Eğer 20 yaşından önce başlarsa “primer juvenil parkinsonizm,” 20-40 yaş aralığında başlarsa genç başlangıçlı parkinsonizm olarak isimlendirilir. Görülme oranı açısından erkek/ kadın oranı yaklaşık 3/2’dir.³⁵

PH, Alzheimer hastalığından sonra en sık karşılaşılan, kronik seyirli, hastanın ömrünü kısaltmayan ancak yaşam kalitesini azaltan, hastaya-ailesine ve sağlık bakım sistemi üzerine giderek artan oranda yük getiren, nörodejeneratif bir hastalıktır.³⁶

2.2.1.5. Amyotrofik Lateral Skleroz

Amyotrofik lateral skleroz(ALS) kas erimesini ve omurilikte harabiyeti anlatan tıbbi hastalık terimidir. Bir hareketi yapabilmek için o hareketle ilgili kasların istemli

olarak kasılabilmesi gerekir. Kasların ihtiyaç halinde kasılabilmesi motor sinirler diye adlandırılan iki grup sinirin görev yapmasına bağlıdır. Bir hareket yapılmak istendiğinde beynin ilgili bölgesinden çıkan uyarı birinci grup motor sinirler aracılığıyla öncelikle omuriliğe ulaştırılır. Orada bulunan diğer motor sinirler uyarılır. Bu ikinci grup sinirler ise omurilikten çıkıp ilgili kasa giderek onun kasılmasını sağlar. Fakat motor sinirlerin harabiyeti söz konusuysa, istemli kasların kasılması bozulur, hasta da gücünün bir kısmını veya tamamını kaybeder.³⁷

Güçsüzlük, zamanla başladığı yerden diğer uzuvlara (kol, bacak, dil ve yutak kaslarına) yayılır. Vücudun tüm kaslarında erime, güçsüzlük, seğirmeler sebebiyle hastanın günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanabilir. Tek başına işlerini yapamayabilir. Kendi yemeğini yiyemez, yıkanamaz, giyinemez. Yataktan kalkmakta güçlük çekebilir. Hastalıkta kritik dönem solunum kaslarının da güçsüzleştiği dönemdir. Solunum sıkıntısı ve yetersiz beslenme meydana geldiğinde hasta bireyin acilen tıbbi yardıma ihtiyacı vardır. Hastaların %10 unda ALS +Demans bir arada görülebilir.³⁷

2.2.1.6. Serebral Palsi

Serebral palsy (SP) prenatal, perinatal ve postnatal sebeplerle, gelişimi tam olarak gerçekleşmemiş beyinde hasar oluşması sonucunda meydana gelen, ilerleyici olmayan, statik ensefalopatinin olduğu hareket ve postür bozukluğu ile kendini gösteren nöromüsküler bir hastalıktır.^{38,39}

Diğer bir takım sıkıntılarının etkisiyle birlikte SP'li hastaların %25-80'inde ek sakatlıklar oluşmaktadır. Bunların çoğu bilişsel bozukluklardır. Prevalansı SP tipi ile değişebilir özelliktedir ve epilepsinin varlığı ile beraber prevalansı artar. Bu hastalarda Epilepsi %20-40 arasında görülmektedir. En çok hemi ve tetraplejiklerde bulunur. Ellerin dokunma duyarlılığı hastaların yarısına yakınına etkilemiştir. kronik ağrı erişkin hasta bireyin %25'inden daha fazla bireye etki gösterir. %80'ninde konuşmada

bozukluk, 1/3'ünde görme, yarısında gastrointestinal beslenme sıkıntıları, %25 hastada büyüme geriliği, hastaların yarısında düşük ya da aşırı kilolu olma sorunları vardır.⁴⁰

2.3. Bakım Verme Yüğü ve Anksiyete

2.3.1. Bakım Verme

Bakım verme formal veya informal olarak genelde iki şekilde değerlendirilmektedir. Formal bakım verme; ev ortamında veya kurumlarda tıbbi bakım ve kişisel bakım hizmetlerini veren meslek gruplarınca sunulan bakımdır.⁴¹ Evde formal bakım verenler çoğunlukla hemşireler, terapistler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları ve yardımcı bakım elemanlarıdır.⁴²

İnformal veya uzmanlık gerekmeyen bakım; bakım veren bireyin bir yakınına bakım verme rolü üstlenmesidir.⁴³ İnformal bakım verenler ücretsiz, evde bakım veren aile bireyleri ya da arkadaşlardır.⁴⁴

2.3.2. Bakım Veren Yaşadığı Güçlükler

Bakım verme zorluğu nesnel ve öznel olmak üzere iki farklı şekilde tanımlanabilir.^{45,46} Nesnel bakım verme zorluğu; bakım verenin ve ailesinin hayatındaki değişimi ve engellenmeleri kapsayıp, bakım verme sebebiyle yorgunluk yaşanması, ailenin rutin işlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel rahatsızlığı gibi fiziksel sıkıntı ve sorunlarla alakalıdır. Öznel bakım verme zorluğu ise; bakım verenin bu rolü ile ilişkili duygusal tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb) olarak tanımlanmaktadır.^{43,45-47}

2.3.3. Bakım Verme Yüğü

Bakım veren bireyler evde bakımın en değerli unsuru olduklarından bakım verenin üzerinde büyük yük olmasından dolayı evde bakım vermede verilen desteğin sıkıntıya girmesiyle sonuçlanmaktadır. Bu yükün değerlendirilip, nedenlerinin ortaya çıkartılması ve çözüm önerilerinin sunulması hem bakım verenlerin hem de bakımı

alanların ihtiyaçlarının karşılanmasına ve böylece her iki grubun yaşam kalitelerinin artmasına yardımcı olacaktır.⁴⁸

Ülkemizde hasta bireyin bakımı çoğunlukla aile üyeleri tarafından sunulmakta ve bakım verme aile bireylerinin sorumluluğu şeklinde algılanmaktadır. Bu sebeple, ifade edilen bu sıkıntıların yalnızca hastayı değil, bakımını üstlenen aile bireylerini ve akrabalarını da etkilemekte ve bakımı sunan bireylerin rolleri bakım verme yönünde değişmektedir.^{49,50}

2.3.4. Anksiyete

Anksiyete; kişiye tehlikeyi haber veren kişinin, bu tehlikeyle başa çıkması için kişiyi önlem almaya iten bir sinyal, şiddet bir emosyonel reaksiyon, bilinmeyen, karmaşık ve içten gelen bir tehdide verilen tepkidir.⁵¹

Anksiyete, tehlikeli durumlarda aktif olan biyolojik bir uyum düzeneği ile oluşturulur ve tüm bu uyum sağlayıcı özellikler sebebiyle insan hayatının devam ettirilmesi için var olması gereken duygudur. Fakat sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkmak için ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süreli yaşanması, belli bir düzeyden sonra kişinin hayatını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Belli bir aşamadan sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar oluşturan bir duygu olarak karşımıza çıkar.⁵²

2.3.5. Nörolojik Problemlili Hastalara Bakım Verme Yüğü ve Anksiyete

İlişkisi

Anksiyetede gerginlik, endişe ve korku gibi bir takım ruhsal belirtiler ile davranışsal ve bedensel belirtiler de görülmektedir. Bunların gerçekleşmesi için o duruma uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediğı, solunum, kardiovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi hemostatik düzeneklerin işlevi gereklidir.⁵²

Alzheimer' lı hastalara bakım verenlerle yapılan niteliksel ve niceliksel çalışma

sonuçlarına bakıldığında bakım verme, bireyin zamanını çoğunlukla hastasına harcaması sebebiyle bakım verenlerin stres düzeyinin artmasına, zorlanma, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikolojik problemlerin yaşanmasına ve fiziksel sağlığın bozulmasına sebep olmaktadır.^{53,54}

Bakım verenlerde semptom yönetimi ile alakalı yaşadığı güçlükler, onlarda stres, anksiyete, aşırı uyuma, iştahsızlık, depresyon, suçluluk, yorgunluk, uykusuzluk, önceden hoşlandıkları aktivitelere ilgilerinin azalması, konsantrasyon ve karar vermede güçlük gibi problemlerin meydana gelmesine sebep olduğu belirtilmektedir.^{55,56}

2.3.6. Evde Bakım Hemşireliği ve Hemşirelik Stratejileri

Bilgi ve beceriler ile donanmış olan hemşireler evde bakımda hastalarına gerekli yardımı sağlayabilir ve kronik hastalığın aile üyeleri üzerindeki yükünü azaltabilir.¹⁶ Hemşirelerin buna yönelik geliştirmesi gereken stratejiler;

Bakım için hazırlık düzeyini arttıracak içeriği ve yetenekleri tanımlama: Psikoeducatif yetenek-inşaaı girişimleri bakılan tarafından ihtiyaç duyulan bakım bilgileri ile bunun nasıl sağlanacağı; aynı zamanda bakım rolünün nasıl idare edileceği konusunda gerekli yardımın yapılmasını içermektedir. Bakıcılık rolü ile ilişkilendirilen görevler arasında; değişim ile başa çıkma, çakışan sorumluluk ve stres yaratıcı unsurların idaresi, kaynakların bulunması ve kullanılması ile duyguların ve bakıma verilen fiziksel yanıtların idaresi yer almaktadır.⁵⁷

Meseleleri çözecek ve endişeleri giderecek stratejiler oluşturmada önce bakıcı ile ortaklık kurma: Bu ortaklığın hedefi hemşirenin bilgi birikimi ve uzmanlığı ile bakıcının aile üyesi ve bakım durumu hakkındaki bilgi birikiminin birleştirilmesidir. Her iki tarafta aile ile hemşire arasında karşılıklı müzakere süreci yoluyla önemli bilgileri açığa çıkarır. Birlikte bakıcı ile bakılanın karşılaştığı mesele ve duydukları endişelerin ortadan kaldırılmasını sağlayacak fikirler geliştirirler. Her ailenin durumu

farklı olacaktır ve girişimler hemşire-aile işbirliği olmaksızın bireyselleştirilemez.⁵⁷

Bakıcının üzerinde çalışmak istediği bakım meseleleri ve endişelerini tanımlama ve stratejiler oluşturma: Her bir bakım meselesi ve endişesi için çoklu stratejilerin oluşturulması gereklidir. Bakım literatürü incelemesinden çıkan en önemli bulgulardan birisi de çok bileşenli girişimlerin dar, tekli-problem çözüm yaklaşımlarından daha üstün olduklarıdır.⁵⁷

Bakıcıya bakım durumunun güçlü yanlarını tanımlamasında yardımcı olma: Bakım ile ilgili tüm sonuçlar negatif değildir ve bakım süreci bazı bakıcılar için yerine getirdikleri önemli rolden alacakları gurur ve tatmin olma hissi ile ödüllendirici bir süreç haline de dönüşebilir. Günlük rutin içerisinde hoşla giden aktivitelerin dâhil edilmesi ya da komik veya anlamlı bazı bakım görevlerinin oluşturulması bakım sürecinin geliştirilmesini sağlayabilir. Oldukça zorlu durumlarda bile, elde edilebilecek pozitif sonuçlar mümkündür; önemli bir sözü yerine getirmenin verdiği haz ve/veya kişisel gelişimin tanınması gibi.⁵⁷

Bakıcıya kaynakları bulmasında ve kullanmasında yardımcı olma: Sağlık sisteminin içerisinde dolaşmak bakıcıların geliştirmeleri gereken en zorlu kabiliyetlerden birisidir. Bakıcılar belirli bir ihtiyacı sağlık bakım sisteminden yardım alacak şekilde getirme konusunda çok fazla bilgi sahibi değillerdir. Sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları ile nasıl konuşulacağını öğrenilmesi, faturaların müzakeresi, ulaşım ile ilgili yardım isteğinde bulunma gibi görevlerin tamamı aşırı derecede yorucu olabilir. Bazı bakıcılar için, internet ve diğer on-line destek ve bilgi kaynakları da faydalı olabilir.⁵⁷

Bakıcılara bakım ile ilgili fiziksel ve duygusal yanıtlarını tanımlamaları ve idare etmelerinde yardımcı olma: Bakım sürecinin bazen bakıcının kötüleşen sağlık düzeyi veya belirgin depresyon ile ilişkilendirildiği bilinen bir gerçektir. Bakıcıya destek olmak

için geliştirilecek stratejiler en az bakılan kişi için geliştirilenler kadar önemlidir.⁵⁷

Ailede bakıcılar ile birlikte çalışırken disiplinlerarası bir yaklaşım kullanma: okbileşenli girişimlerin bakım ile ilgili bazı negatif global sonuçların doğması bağlamında en güçlü kayıtlara sahip oldukları bilinmektedir. Başka sağlık profesyonellerinden oluşan bir takımın sürece dahil edilmesi hemşire ve aileye yeni stratejik fikirler oluşturmalarında yardımcı olacak fikir oluşturma sürecine taze bir perspektif getirecektir.⁵⁷



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışmanın verileri 20 Haziran 2015-25 Ekim 2015 tarihleri arasında Van ilinde Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi (VEAH) ile İpekyolu Devlet Hastanesi (İDH) evde bakım hizmetleri birimlerine bağlı evlerde bulunan hastaların bakım verenlerinde toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Van ilinde Kamu Hastaneler Birliğine bağlı VEAH ile İDH evde bakım hizmetleri birimine kayıtlı evde bakım hizmeti alan parapleji, hemipleji, serebral palsi, SVO, alzheimer, parkinson gibi nörolojik problemlili hastalara bakım verenler oluşturdu. Örneklemi ise en az 6 aydır bakım veren 18 yaş üstü tüm bakım verenler (61 kişi) oluşturdu. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmedi. Kabul etmeyen 1 bakım veren araştırmaya dahil edilmediği için araştırma 60 kişi ile tamamlandı.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

3.4.1. Veri Toplama Araçları

3.4.1.1. Bilgi Formu: Literatüre dayalı olarak araştırmaya alınacak kişilerin sosyo-demografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak için bakım verene yönelik 20 sorudan oluştu (EK 2).

3.4.1.2. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği: Çalışma Bakım Yüğü Ölçeği; Zarit ve Zarit tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir⁵⁸. Kliniğe uyarlanan şeklinin Türkçe geçerlik güvenirliği Özer ve ark.⁵⁹ tarafından yapılmıştır (EK 3).

Bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 18 ifadeden

oluşmaktadır. Ölçek hiçbir zaman, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilir. Ölçek puan aralığı 0-72'dir. Puanının yüksek olması, bakım verme yükünün yüksek olduğunu göstermektedir.⁵⁸⁻⁶⁰ Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.83'tür.⁶⁰ Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,64 tür. Ülkemizde ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması yapan yazardan ölçek kullanımı için gerekli izin alınmıştır (EK-8).

3.4.1.3. Stai II Anksiyete Ölçeği (Sürekli Kaygı Envanteri): Ölçekte kişilerin kendilerine ait duygularını o anda nasıl hissettiğini anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Ölçekte iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Ölçek 1970 yılında Speilberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin, Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, Öner ve Le Comte tarafından 1983' te yapılmıştır.⁶¹ Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,70' tir (EK 4).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu bulunan veriler, SPSS 22 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verileri değerlendirmede yüzdelerik dağılım ve ortalamalar, frekans, yüzde, pearson momentler çarpımı korelasyon analizi, t testi, tek yönlü varyans analizi, Durbin Watson testi, basit doğrusal regresyon analizi, dunnet t3 post hoc testi, lsd post hoc testi, Mann Whitney U testi, ki-kare analizi hesaplaması kullanılmıştır.⁶²

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Evrenin küçük olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları bu gruba genellenebilir niteliktedir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma için Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (EK 5) ve Van ilinde Kamu Hastaneler Birliğine bağlı VEAH ile İDH'nde yapılması için Kamu Hastaneler Birliėinden yazılı izin ve onay alınmıştır (EK 6). Araştırmaya katılan bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve kendilerinin onay alınmıştır (EK 7). Araştırmada bilgilendirilmiş onam koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiş, insan onuruna saygı ilkesi göz önünde bulundurulmuş ve gizlilik ilkesine uyulmuştur.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de görülmektedir. Bakım verenlerin, % 30’unun 31-40 yaş, % 65’inin kadın, % 71.7’sinin evli olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları

	S	%
Yaş		
30 yaş ve altı	14	23.3
31-40	18	30.0
41-50	14	23.3
51-60	7	11.7
61 yaş ve üzeri	7	11.7
Cinsiyet		
Erkek	21	35.0
Kadın	39	65.0
Medeni Durum		
Evli	43	71.7
Bekâr	17	28.3
Toplam	60	100

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme rolüne göre dağılımları Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2 incelendiğinde araştırmaya alınan bakım verenlerin, % 35’inin bakım verdiği kişi çocuğu, % 71.7’ sinin 24 aydan fazla süredir bakım verdiği, % 11.7’sinin başka birine daha bakım verdiği, % 95’inin hastayla birlikte yaşadığı, % 98.3’ünün aynı ilde yaşadığı, % 48.3’ünün sağlık sigortasının Yeşil kart olduğu, % 53.3’ünün 3 ve daha

fazla çocuğu olduğu, % 75'inin aylık gelirinin 0-500 TL olduğu, % 38.3'ü Okur-yazar olmadığı, % 91.7'sinin çalışmadığı, % 46.7'sinin bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşadığı, % 71.7'sinin hastasının sağlık giderlerini karşılamada güçlük çektiği, % 70'inin hastasına sağladığı bakım nedeniyle aile içinde ve iş ortamında rolünün olumsuz etkilenmediği,% 88,3'ünün kendisinin de bakıma ihtiyacı olduğunu düşünmediği, % 53,3'ünün hastasının bakımına yardımcı bireyler olmadığını belirttiği görülmektedir.

Tablo 4.2. Bakım verenlerin bakım verme rolüne göre dağılımları

	S	%
Yakınlık derecesi		
Çocuğu	21	35.0
Eşı	14	23.3
Kardeşı	4	6.7
Anne-babası	8	13.3
Akrabası	13	21.7
Bakım verme süresi		
6-12 ay	9	15.0
13-18 ay	2	3.3
19-24 ay	6	10.0
25 aydan fazla	43	71.7
Başka birine daha bakım verme durumu		
Evet	7	11.7
Hayır	53	88.3
Hasta ile birlikte yaşama durumu		
Evet	57	95.0
Hayır	3	5.0
Yaşanılan yer		
İl	59	98.3
Kasaba	1	1.7
Sağlık sigortası		
Emekli sandığı	8	13.3
SSK	14	23.3
Bağ-kur	7	11.7
Yeşil kart	29	48.3
Yok-diğer	2	3.4
Çocuk sayısı		
Yok	22	36.7
1 çocuk	3	5.0
2 çocuk	3	5.0
3 ve daha fazla	32	53.3

Tablo 4.2. (Devamı)

Aylık geliri		
0-500 TL	45	75.0
501-1000 TL	13	21.7
1001-1500 TL	2	3.3
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	23	38.3
İlkokul mezunu	11	18.4
Ortaokul mezunu	6	10.0
Lise mezunu	14	23.3
Üniversite mezunu	6	10.0
Çalışma durumu		
Tam zamanlı çalışan	4	6.7
Yarı zamanlı çalışan	1	1.6
Çalışmayan	55	91.7
Herhangi bir sağlık sorunu olma durumu		
Evet	18	30.0
Hayır	42	70.0
Bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu		
Evet	28	46.7
Hayır	32	53.3
Hastanızın sağlık giderlerini karşılamada herhangi bir güçlük durumu		
Evet	43	71.7
Hayır	17	28.3
Hastanızın bakımı nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolün olumsuz etkilenme durumu		
Evet	18	30.0
Hayır	42	70.0
Kendisinin de bakıma ihtiyacı olduğu düşünme durumu		
Evet	7	11.7
Hayır	53	88.3
Hastanın bakımında yardımcı birey olma durumu		
Evet	28	46.7
Hayır	32	53.3

Bakım verenlerin, Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarına ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapma değeri Tablo 4.3' de görölmektedir. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puan ortalaması 47.15 ± 7.10 , Sürekli Kaygı

Envanteri puan ortalaması 43.10 ± 4.83 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Bakım verenlerin Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı ve Sürekli Kaygı Ölçeğı puan ortalamalarına ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapmaları

	N	Minimum	Maximum	Aritmetik ortalama	S.s.
Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı	60	27	63	47.15	7.104
Sürekli Kaygı Envanteri	60	32	55	43.10	4.832

Bakım verenlerin, Zarit Bakım Yüğü durumlarına ilişkin frekans ve % değerleri Tablo 4.4’ de görölmektedir.

Bakım verenlerin % 11.7’sinin bakım yüğü orta derecede, % 85’inin bakım yüğü ileri derecede, % 3.3’ünün bakım yüğü aşırı derecede olduğı bulunmuştur.

Tablo 4.4. Bakım verenlerin Zarit Bakım Ölçeğı Yüğü durumlarına ilişkin % değerleri ortalamaları

Bakım Yüğü Durumu	N	%
Orta derecede yüğü	7	11.7
İleri derecede yüğü	51	85.0
Aşırı yüğü	2	3.3

Araştırmaya katılan bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puanları ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları Tablo 4.5’ de görölmektedir.

Tablo 4.5 incelendiğinde bakım verenlerin yaşlarına göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarına ait KW değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğı saptanmıştır ($p < 0.05$). Hangi yaşlardaki bakım verenler arasında fark olduğunu anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Hoc testi sonucu, 31-40 yaş grubundaki bakım verenlerin 30 yaş ve altındaki bakım verenlere göre, 31-40 yaş, 41-50 yaş ve 51-60 yaş grubundaki bakım verenlerin 61 yaş

ve üzerindeki bakım verenlere göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları daha yüksektir. Bakım verenlerin yaşlarına göre, “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamalarına ait KW değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5’ e bakıldığında, bakım verenlerin cinsiyetlerine göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin cinsiyetlerine göre, “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Kadınların erkeklere göre “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5’ de, bakım verenlerin medeni durumlarına göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin medeni durumlarına göre “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamalarına ait U değerin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları ve Sürekli Kaygı Ölçeğı puan ortalamaları

Yaş	Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı		Sürekli Kaygı Envanteri	
	X±S.s	Test ve Fark	X±S.s	Test ve Fark
1-) 30 yaş ve altı	44.79±5.846	KW=14.253 p=.007 2>1 234>5	41.86±5.475	KW=3.238 p=.519
2-) 31-40	50.56±6.119		43.11±5.593	
3-) 41-50	48.00±7.369		43.93±3.174	
4-) 51-60	49.00±3.873		42.71±5.880	
5-) 61 yaş ve üzeri	39.57±7.934		44.29±3.546	
Cinsiyet				
Erkek	46.48±5.391	U=380.000	41.62±4.727	U=280.500
Kadın	47.51±7.917	P=.647	43.90±4.756	P=.045
Medeni durum				
Evli	47.74±7.423	U=280.000	43.40±4.441	U=337.000
Bekar	45.65±6.174	p=.160	42.35±5.787	p=.639

KW= Kruskal-Wallis testi, U= Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme rolüne göre Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları Tablo 4.6’da görölmektedir.

Tablo 4.6 incelendiğinde, bakım verenlerin, bakım verdikleri kişilerin yakınlığına göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarına ait KW değeriinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin bakım verdikleri kişilere göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Bakım verdikleri kişilerin yakınlıklarına göre aradaki farkı anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Hoc testi sonucu, bakım verilen kişi çocuğı olanların bakım verilen kişi eşı olanlara göre, bakım verilen kişi akrabası olanların bakım verdikleri kişi çocuğı, eşı, kardeşı olanlara göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları daha yüksektir. Bakım verenlerin, bakım verdikleri kişilerin yakınlığına göre “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamalarına ait KW değeriinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6 ya bakıldığında, bakım verenlerin, ne kadar süredir bakım verdiğine göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarına ait KW değeriinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin, ne kadar süredir bakım verdiğine göre “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamalarına ait KW değeriinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6 incelendiğinde, bakım verenlerin, başka birine daha bakım verme durumuna göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarına ait U değeriinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin, başka birine daha bakım verme durumuna göre “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamalarına ait U değeriinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır

($p < 0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin başka birine daha bakım verme durumuna göre, “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Başka birine daha bakım verenlerin vermeyenlere göre “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamaları daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6 da görüldüğü üzere, bakım verenlerin, yaşadığı yerde hastayla birlikte kalıp kalmama durumuna göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarına ait U değerin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin yaşadığı yerde hastayla birlikte kalıp kalmama durumuna göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Bakım verenlerin, yaşadığı yerde hastayla birlikte kalıp kalmama durumuna göre “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamalarına ait U değerin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6 ya bakıldığında, bakım verenlerin, yaşadığı yere göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarına ait U değerin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin yaşadığı yere göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Bakım verenlerin, yaşadığı yere göre “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamalarına ait U değerin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin yaşadığı yere göre, “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.6 incelendiğinde, bakım verenlerin, sağlık sigortasına göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarına ait KW değerin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin sağlık sigortasına göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Bakım verenlerin, sağlık sigortasına göre “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan

ortalamlarına ait KW değeri değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin sağlık sigortasına göre, “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.6 da görüldüğü üzere, bakım verenlerin, çocuk sayısına göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamalarına ait KW değeri istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin çocuk sayısına göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Bakım verenlerin, çocuk sayısına göre “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamalarına ait KW değeri istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin çocuk sayısına göre, “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.6 incelendiğinde, bakım verenlerin, aylık gelirine göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamalarına ait KW değeri istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin aylık gelirine göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Bakım verenlerin, aylık gelirine göre “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamalarına ait KW değeri istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin aylık gelirine göre, “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.6 ya bakıldığında, bakım verenlerin, eğitim durumuna göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamalarına ait KW değeri istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin eğitim durumuna göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Bakım verenlerin, eğitim durumuna göre “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamalarına ait KW değeri istatistiksel olarak anlamlı fark

oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin eğitim durumuna göre, “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.6 incelendiğinde, bakım verenlerin, çalışma durumuna göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamalarına ait KW değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin çalışma durumuna göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Bakım verenlerin, çalışma durumuna göre “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamalarına ait KW değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin çalışma durumuna göre, “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.6 incelendiğinde, bakım verenlerin, herhangi bir sağlık sorunu olup olmama durumuna göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin, herhangi bir sağlık sorunu olup olmama durumuna göre “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin herhangi bir sağlık sorunu olup olmama durumuna göre, “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Herhangi bir sağlık sorunu olanların olmayanlara göre “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6 ya bakıldığında, bakım verenlerin, bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamama durumuna göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği” puan ortalamalarına ait t değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin bakım vermeye başladıktan sonra

herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamama durumuna göre, “Zarit Bakım Yükü leği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşayanların yaşamayanlara göre “Zarit Bakım Yükü leği” puan ortalamaları daha yüksek olduğu grlmektedir. Bakım verenlerin, bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamama durumuna göre “Sürekli Kaygı leği” puan ortalamalarına ait t değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6 incelendiğinde, bakım verenlerin, hastanın sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşama durumuna göre “Zarit Bakım Yükü leği” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin hastanın sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşama durumuna göre, “Zarit Bakım Yükü leği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Hastasının sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayanların maddi güçlük yaşamayanlara göre “Zarit Bakım Yükü leği” puan ortalamaları daha yüksek olduğu grlmektedir. Bakım verenlerin, hastanın sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşama durumuna göre “Sürekli Kaygı leği” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin hastanın sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşama durumuna göre, “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Hastasının sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayanların maddi güçlük yaşamayanlara göre “Sürekli Kaygı leği” puan ortalamaları daha yüksek olduğu grlmektedir.

Tablo 4.6 da görüldüğü üzere, bakım verenlerin, hastasına sağladığı bakım nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolünün olumsuz etkilenme durumuna göre “Zarit Bakım Yükü leği” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak

anlamlı fark oluşturmadiğı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin hastasına sağladığı bakım nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolünün olumsuz etkilenme durumuna göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Bakım verenlerin, hastasına sağladığı bakım nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolünün olumsuz etkilenme durumuna göre “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadiğı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin hastasına sağladığı bakım nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolünün olumsuz etkilenme durumuna göre, “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.6 incelendiğinde, bakım verenlerin, kendisinin de bakıma ihtiyacı olup olmama durumuna göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadiğı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin kendisinin de bakıma ihtiyacı olup olmama durumuna göre, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Bakım verenlerin, kendisinin de bakıma ihtiyacı olup olmama durumuna göre “Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadiğı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin kendisinin de bakıma ihtiyacı olup olmama durumuna göre, “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.6 ya bakıldığında, bakım verenlerin, hastasının bakımında kendisine yardımcı bireylerin olup olmama durumuna göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadiğı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin, hastasının bakımında kendisine yardımcı bireylerin olup olmama durumuna göre “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamalarına ait

U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular, bakım verenlerin hastasının bakımında kendisine yardımcı bireylerin olup olmama durumuna göre, “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Hastasının bakımında kendisine yardımcı bireylerin olmayanların olanlara göre “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Bakım verenlerinin bakım verme rolüne göre Zarit Bakım Yüğü Ölçeği puan ortalamaları ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları açısından farkların karşılaştırılması

	Zarit Bakım Yüğü Ölçeği		Sürekli Kaygı Envanteri	
Yakınlık derecesi	X±S.s	TEST Fark	X±S.s	TEST Fark
1) Çocuğu	47.67±5.893	KW=14.797 p=.005 1>2 5>1, 2, 3	42.71±4.713	KW=7.256 p=.123 -
2) Eşi	42.57±7.693		42.86±4.470	
3) Kardeşi	42.00±8.165		38.00±3.266	
4) Anne-babası	47.75±2.659		46.13±5.743	
5) Akrabası	52.46±6.385		43.69±4.328	
Bakım verme süresi				
6-12 ay	50.56±6,876	KW=3.571 p=.312	44.11±6.353	KW=3.600 p=.308
13-18 ay	45.50±6,364		37.00±7.071	
19-24 ay	42.50±7,944		40.83±4.446	
24 aydan fazla	47.16±6,907		43.49±4.323	
Başka birine daha bakım verme durumu				
Evet	49.29±4,071	U=146.000	46.29±2.928	U=92.000
Hayır	46.87±7,393	p=.377	42.68±4.894	p=.030
Yaşadığı yerde hastayla birlikte kalma durumu				
Evet	46.81±6,950	U=45.000	43,02±4,798	U=82,500
Hayır	53.67±8,327	p=.185	44,67±6,351	p=.924
Yaşadığı yer				
İl	47.03±7.107	U=7.500	43.20±4.806	U=6.000
Kasaba	54.00±000	p=.267	37.00±000	p=.233
Sağlık sigortası				
Emekli sandığı	49.25±10.620	KW=6,476 p=.166	45.38±3.583	KW=9,458 p=.051
SSK	49.43±7.939		43.14±4.655	
Bağ-kur	44.43±10.737		40.57±3.207	
Yeşil kart	46.48±3.786		42.45±4.954	
Yok-diğer	42.00±7.071		52.00±.000	
Çocuk sayısı				
Yok	45.55±6.405	KW=5.698 p=.127	42.50±5.171	KW=.672 p=.880
1 çocuk	50.33±5.686		42.67±5.859	
2 çocuk	53.00±3.606		45.67±5.686	
3 ve daha fazla	47.41±7.691		43.31±4.589	

Tablo 4.6. Devamı

Aylık geliri				
0-500 TL	46.49±7.650	KW=3.516 p=.172	43.22±4.700	KW=2.515 p=.284
501-1000 TL	48.38±4.664		43.38±5.393	
1001-1500 TL	54.00±2.828		38.50±3.536	
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	47.48±7.914	KW=1.058 p=.901	43.35±4.063	KW=4.675 p=.322
İlkokul mezunu	46.55±6.669		44.36±6.376	
Ortaokul mezunu	48.17±8.232		45.00±1.673	
Lise mezunu	46.64±7.428		41.86±4.452	
Üniversite mezunu	47.17±4.070		40.83±6.969	
Çalışma durumu				
Tam zamanlı çalışan	51.25±1,708	KW=3.990 p=.136	42.50±1.732	KW=3.069 p=.216
Yarı zamanlı çalışan	51.00±000		55.00±000	
Çalışmayan	46.78±7,302		42.93±4.760	
Herhangi bir sağlık sorunu olma durumu				
Evet	46.94±7.017	U=346.000 p=.605	45.11±4.510	U=243.000 p=.029
Hayır	47.24±7.224		42.24±4.757	
Bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu				
Evet	49.32±5.450	t=2.349 p=.022	44.39±4.332	t=1.987 p=.052
Hayır	45.25±7.886		41.97±5.026	
Hastanın sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşama durumu				
Evet	48.51±6.442	U=225,500 p=,021	43.98±4.693	U=226,500 p=,022
Hayır	43.71±7.720		40.88±4.581	
Aile içinde ve iş ortamındaki rolün olumsuz etkilenme durumu				
Evet	46.94±8.934	U=343.500 p=.577	43,11±6,370	U=360.000 p=.771
Hayır	47.24±6.285		43,10±4,095	
Kendisinin de bakıma ihtiyacı olduğunu düşünme durumu				
Evet	43.57±7.208	U=126.500 p=.178	45.00±7.348	U=159.500 p=.557
Hayır	47.62±7.023		42.85±4.439	
Hastanın bakımında yardımcı birey olma durumu				
Evet	45.82±6.342	t=-1.365 p=.178	41.57±4.741	t=-2.381 p=.021
Hayır	48.31±7.618		44.44±4.572	

t= Student t testi, KW= Kruskal-Wallis testi, U= Mann Whitney U testi

Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puanları ile Sürekli Kaygı Envanteri puanları arasında

ilişki Tablo 4.7 de verilmiştir.

Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puanları ile Sürekli Kaygı Envanteri puanları arasında korelasyon anlamsız bulunmuştur ($r=.205$ $p=.116$).

Tablo 4.7. Bakım verenlerin Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puanları ile Sürekli Kaygı Envanteri Puanları Arasında İlişki

	Sürekli Anksiyete Ölçeğı
Zarit Bakım Yüğü	$r: 0.205$ $p: 0.116$

5. TARTIŞMA

Evde bakım biriminde hizmet alan nörolojik fonksiyon bozukluğu olan hastalara verilen bakım sonucu oluşan bakım verme yükü ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi için yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Evde bakım verenlerde oluşan bakım yükü “Zarit Bakım Yükü Ölçeği” puan ortalamasının 47.15 ± 7.104 olduğu görülmektedir. Bakım Verme Yükü Ölçeği’nden alınan maksimum puan 63, minimum puan 27 dir (Tablo 4.3). Bu puan ortalamalarına bakıldığında bakım verenlerin bakım yükünün ileri derecede yük olarak algılandığı görülmektedir (Tablo 4.4). Öner⁶³ ve Or⁶⁴ un yaptıkları çalışmalarda orta düzeyde ve Esmeray⁶⁵,’ın yaptığı çalışmada hafif düzeyde bakım yükü algılandığı görülmektedir.

Bakım verenlerde oluşan Anksiyete düzeyi “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamasının 43.10 ± 4.832 olduğu görülmektedir. Sürekli Kaygı Envanteri Ölçeği’nden alınan maksimum puan 55, minimum puan 32 dir (Tablo 4.3).

Bu çalışmada araştırmaya alınan bakım verenlerin çoğunluğu olan % 30’u 31-40 yaş, aralığında olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). İnci ve ark.⁶⁰ yapmış olduğu çalışmaya göre bakım verenlerin yaş ortalamalarının 36.95 yaş olduğu yine Mollaoğlu ve ark.⁶⁶ yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin % 46.9’unun 35-49 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bu verilere dayanarak bakım verenlerin genelde orta yaşlı kişiler olduğu söylenebilir. Bu araştırmada bakım verenlerin yaşlarına göre, “Zarit Bakım Yükü Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarındaki farklara ait KW değeri $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulundu. Bu bulgular, bakım verenlerin yaşlarına göre, “Zarit Bakım Yükü Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir (Tablo 4.5)

Çalışmada evde bakım veren bireylerin % 65’inin kadın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). İnci⁵⁷, Mollaoğlu ve ark.⁶⁶, Erdoğan⁶⁷, yaptıkları çalışmalarda bakım

verenlerin çoğunlukla kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Ülkemizde daha çok kadının “bakım veren” rolü ön plandadır.⁶⁸ Aslında bakım denildiğinde, ülkemizde toplumsal rol olarak bakım işi ve sorumluluğu kadının göreviymiş gibi algılanması nedeniyle hasta, yaşlı ve çocuk bakımını sağlayacak kişi olarak akla ilk kadın gelmektedir.⁶⁸ Bu durum kadınların sağlık bütünlüğü bozulmuş aile bireylerine karşı daha merhametli olduğu ve diğer birçok görevi olan kadının hasta yakınının bakım verme işini de kendine bir görev olarak kabul ettiği söylenebilir.

Yapılan bu çalışmada bakım verenlerin cinsiyetlerine göre, “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamalarına ait U değerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların bakım verirken erkeklerden daha fazla anksiyete yaşadığı görülmektedir. Kadının eş, anne, bakım verme vb. toplumsal rolleri göz önüne alındığında, bakım yükü ve bakım stresi yaşaması ve bu rolleri yerine getirirken zorlanması kaçınılmazdır. Pek çok rolü olan kadın, kendi gereksinimlerinden feragat ederken karşı tarafa ilgi gösterme görevlerini de üstlenir. Sıklıkla kızgınlık, acı çekme, çaresizlik, pişmanlık gibi duyguları deneyimler ve bunları genellikle baskılar.⁶⁹

Bu çalışmada bakıcıların evli olma oranı % 71.7’dir (Tablo 4.1). Zaypak’ın⁶⁸ yaptığı çalışmada bakım verenlerin % 66’sının evli olduğu yine Şahin’in¹⁰ yaptığı çalışmada bakım verenlerin evli olma oranı % 63.1’dir. Yapılan bu çalışmalarda elde edilen bulgular çalışmamıza benzer ve destekler sonuçlar olduğunu söylenebilir.

Bakım verenlerin bakım verdikleri kişilere göre, “Zarit Bakım Yükü Ölçeği” puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir (Tablo 4.6). Bu çalışmaya göre bakım verilen kişi akrabası olanların diğer bakım veren yakınlarına göre bakımı daha fazla yük olarak algıladığı görülmektedir.

Herhangi bir sağlık sorunu olanların olmayanlara göre “Sürekli Kaygı Ölçeği” puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kendi sağlık bütünlüğü

bozulmuş kişilerin, hasta olan bir yakınına bakım vermek zorunda olması ve bu durumdan kendi sağlığının olumsuz etkilenebileceği düşüncesi kişide anksiyetenin artmasına neden olabilir.

Bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşayanların yaşamayanlara göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamalarının daha yüksek olduğı görölmektedir. Bakım verenin hastasının bir takım fiziksel ihtiyaçlarını giderirken örneğın bel ağrısı yaşama gibi kendi sağlık bütünlüğünün bozulması sonucu bakım yükünün arttığı söylenebilir.

Hastasının sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayanların maddi güçlük yaşamayanlara göre “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları daha yüksek olduğı görölmektedir. Bir yakınına bakım veren bireylerin gelir düzeylerine bakıldığında %75’inin gelirinin 0-500 TL aralığında olduğundan hasta yakının giderlerini karşılamadaki yetersizliğinin bireyin bakım yükünü arttırdığı söylenebilir.

Hastasının sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayanların maddi güçlük yaşamayanlara göre “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamaları daha yüksek olduğı görölmektedir. Bakım veren bireylerin, hasta yakının sağlık giderlerini karşılamada yetersizliği kendisinde suçluluk duygusu yaratıp bakım verende kaygı ve endişe yaratabilir. Bununun sonucunda kişinin anksiyete düzeyinin artacağı söylenebilir.

Hastasının bakımında kendisine yardımcı bireylerin olmayanların olanlara göre “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamaları daha yüksek olduğı görölmektedir. Özellikle günlük ihtiyaçların giderilmesinde (banyo, tuvalet gibi) bakım verenin tek başına zorlanması ve kendisine yardımcı bireylerin olmaması bakım verende anksiyete düzeyini arttırabileceğı düşünölebilir.

Başka birine daha bakım verenlerin vermeyenlere göre “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamalarının daha yüksek olduğı görölmektedir. Bir yakınına bakım verme kişi

üzerinde baskı unsuru olarak anksiyete neden olurken, ikinci bir yakınına bakım verme durumunun yaşanan anksiyeteyi arttıracığının kaçınılmaz olduğu düşünülebilir.

Yapılan bazı çalışmaların aksine “Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı” puan ortalamaları ile “Sürekli Kaygı Ölçeğı” puan ortalamaları arasında ilişki ait korelasyon anlamsız bulunmuştur ($r=.205$ $p=.116$). Karin’in⁷⁰ 1999 yılında yaptığı çalışmada bakım verenin anksiyetesi ve bakım verenin yüküne yönelik yaptığı çalışmanın bakım faaliyetleri çoğaldıkça pozitif bir korelasyon eşliğinde artan anksiyete ve yüke benzer şekilde bu çalışmada hastalık türüne bağılı olarak değışen bakım yükü ile durumluk sürekli kaygı arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Baltayan’ ın⁷¹ yaptığı yaşlı hastalara bakım veren kadınların bakım yüklerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi konulu tez çalışmasında bakım yükü ile durumluk süreklilik kaygı arasında doğrudan bir ilişki olduğu saptamıştır. Yapılan çalışmalarda bu çalışmadan farklı bir durum olduğu görölmektedir. Bu durum bu çalışmanın yapıldığı bölgede birine bakım vermenin bir görev olarak algılandığı ve neticesinde anksiyete durumunun oluşmadığı sonucuna varılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

31-40 yaş aralığında olan bakım verenlerin bakımı daha çok yük olarak algıladığı,

Bakım verelerden bir akrabasına bakım verme durumunda olanların bakım yükünün yüksek olduğu,

Bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşayanların bakım yükünün daha fazla olduğu,

Bakım verenlerin, hastanın sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayanların yaşamayanlara göre bakım yükü ve anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu,

Bakım verenlerin cinsiyeti kadın olanların anksiyete düzeyinin daha fazla olduğu,

Bakım verenlerden, başka birine daha bakım verme durumunda kalanların daha çok anksiyete yaşadığı,

Bakım vermeye başlamadan önce herhangi bir sağlık sorunu olmayanların olmayanlara göre daha fazla anksiyete yaşadığı,

Bakım verenlerin, hastasının bakımında kendisine yardımcı birey olmayanların olanlara göre daha fazla anksiyete yaşadığı görülmektedir.

Bakım verenlerin yükünü hafifletmek için ailenin diğer bireylerinin de bakıma katılımının sağlanması önerilir.

Bakım verenlerin hasta yakınlarının giderlerini karşılamada zorluk çektiği ve bu zorluktan dolayı hem bakım yükü hem de anksiyetenin arttığı görülmektedir. Ülkemizde evde bakım hizmetleri kapsamında bakım verenler üzerindeki bakım yükü ve anksiyeteyi azaltmak için sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler tarafından bir takım projeler ve devlet tarafından da verilen maddi desteklerin artırılması önerilir.

KAYNAKÇA

1. American Medical Association and American Academy of Home Care Physicians. *Home Care: The first option*. 3rd ed. 2007: 1-62.
2. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğan YD, Erdem S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 2010, 11: 125-132.
3. Tanlı S, Utku T. Evde bakımda organizasyon ve etik sorunlar. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2008, 6: 58-63.
4. . Küçüköğlu O, Esen A, Yener G. Bakım verenlerin yükü envanterinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. *Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2009; 26: 60-73.
5. Hirst M. Carer distress: a prospective, population-based study. *Social Science and Medicine*, 2005, 61: 697-708.
6. Treasure J. Review: exploration of psychological and physical health differences between caregivers and non-caregivers. *Evidence-Based Mental Health*, 2004, 7: 28-29.
7. Işık E, Taner, Y. *Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*, 1. Baskı. İstanbul, Asimetrik Paralel Kitabevi, 2006: 3-29.
8. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, 12: 240-249.
9. Sales E. Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*. 2003,2: 33-41.
10. Akgün ZŞ, Polat H, Ergüney S, Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik*

11. Montgomer R, Kwak J. An evidence-Based Model to Target Services for Caregivers. *American Journal of Nursing*, 2008; 108: 54-57.
12. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 2. Baskı. Ankara, Siyasal Kitabevi, 2010: 60
13. Oğlak S. *Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası*, 1. Baskı. İskenderun, İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları, 2007: 4-5
14. Danış, MZ. Toplum temelli bakım anlayışı. *Öz-veri Dergisi*, 2006, 21: 445-59.
15. Tanlı S. Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1996
16. Fadiloğlu Ç, Ertem G, Aykar FŞ, *Evde Sağlık ve Bakım*, 1. Baskı. Ankara, Göktuğ Basın Yayın ve Dağıtım 2013: 3-6
17. Doğan O. Şizofreni hastalarda evde bakım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001, 2: 41-46
18. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım, *Geriatri Dergisi*, 2002; 5, 4: 155-159.
19. Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7: 15-22.
20. Can Ö. ve Ünal N. Evde bakım ve tedavi, *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2008, 6:6-13
21. Altuntaş M, Yılmaz T, Güçlü YA, Öngel K. Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 2010, 20: 153-158
22. Rice R. Historical Perspectives. *Home Health Nursing Practice*, 1996: 1-17.

23. Subaşı N. Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2001.
24. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi, 2007.
25. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik <https://www.saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkindyönetmelik.html> 20 Ekim 2016.
26. Tülek Z. Nöroloji. İçinde: Enç N. (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi, 2014: 325-329
27. Emre M. *Nöroloji Temel Kitabı*. 1. Baskı İstanbul, Güneş Tıp Kitapevi- 2013: 40-55.
28. Boyacı A. Aktif Nöromusküler Stimülasyonun Hemiplejik Üst Ekstremitede Motor ve Fonksiyonel Performans Üzerine Etkinliği. Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2006.
29. Effects of Stroke, National Stroke Association [http://www.stroke.org /site/PageServer ?pagename=effect](http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=effect) 03 Mart 2017.
30. Buecken R, Galushko M, Golla H, Strupp J, Hahn M, Ernstmann N, Voltz R. Patients feeling severely affected by multiple sclerosis: How do patients want to communicate about end-of-life issues? *Patient Education and Counseling*, 2012, 88: 318-324.
31. Mirza M. Multipl sklerozun etyolojisi ve epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi*,

- 2002, 24: 40-47.
32. Miller AE. Clinical Features. In: Cook SD, ed. *Handbook of Multiple Sclerosis*. 3rd ed. New York, Marcel Dekker. 2001: 231- 232.
 33. Costello K. Haris C. Differential diagnosis and management of fatigue in multiple sclerosis: considerations for the nurse. *Journal of Neuroscience Nursing* , 2003, 35: 139-148.
 34. Tülek Z. *Nörolojik Sistem Hastalıkları ve Bakımı*. İçinde: Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basım ve Yayıncılık, 2013: 314-317
 35. Çakmur R, Parkinson hastalığının epidemiyolojisi ve klinik zellikleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Neurology*, 2003, 1: 160-163.
 36. Memiş S. *Nörolojik Hastalılar*. İçinde: Durna Z. (editör). Kronik Hastalıklar ve Bakımı, Nobel Tıp Kitapevleri, 1. Baskı. İstanbul, 2012: 277-290
 37. Mazzoni MD, Pearson TS, Lewis P. Houston RP. *Merritt's Neurology Handbook*. 2th ed. Lippincott, 2006:153-157.
 38. Soo B, Howard JJ, Boyd RN, Reid SM, Lanigan A, Wolfe R, Reddihough D, Graham HK. Hip displacement in cerebral palsy. *Journal Bone Joint Surgery*, 2006, 88: 121-129.
 39. Krigger KW. Cerebral palsy: an overview. *American Family Physician* 2006; 73: 91-100.
 40. Odding E, Roebroek ME, Stam HJ. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. *Disability and Rehabilitation*, 2006 28:183-191.
 41. Karahan A. ve Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Türk Geriatri Dergisi*, 2002, 5: 155–159.
 42. Allender JA, Spradley BW. Clients in home health, hospice, and long-term

- settings, *Community Health Nursing Concepts and Practice*, 2001: 739-753.
43. Kasuya RT, Polgar-Bailey MP, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. *Postgraduate Medicine*, 2000, 108: 119-123.
44. Challenges and Choices: Elderly Caregiving.
<http://muextension.missouri.edu/explore/hesguide/humanrel> 08.Mart 2016.
45. Mignor D. Effectiveness of use of home health nurses to decrease burden depression of elderly caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2000, 38: 34-41.
46. Erdem, M. Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8:101–106.
47. Lidell E. Family support-a burden to patient and caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2002, 1: 149-152.
48. Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Noropsikiatri Arsivi*, 2013, 50: 2.
49. Hinojosa MS, Rittman M, Hinojosa R, Rodriguez W. Racial or ethnic variation İn recovery of motor function in stroke survivors: role of informal caregivers. *Journal of Rehabilitation Research and Developmet*, 2009, 46: 223-232.
50. Qiu Y, Li S. Stroke: coping strategies and depression among chinese caregivers of survivors during hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17: 1563–1573.
51. Gökalp PG, *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi 2000: 30-55
52. Meclis BD. Diyaliz Hastalarının Yakınlarında Bakım Verme Yükü İle Bunun Hastalardaki Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2009

53. Duffy H. The Alzheimer's association national policy agenda. *North Carolina Medical Journal*, 2005, 66: 26-29.
54. Gubrium J. Family responsibility and caregiving in the qualitative analysis of the alzheimer's disease experience. *Journal of Marriage and Family* 2002, 50:197-207.
55. Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2011, 26: 193-8.
56. Rivera HR, McMillan SC. Predictors of depression symptoms in hospice caregivers. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2010, 12: 345-57.
57. İnci FH. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe' ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2006.
58. Zarit, SH, Zarit, JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview, *Pennsylvania State University Gerontology Center*, 1990.
59. Özer N, Yurttaş A, Akyıl ÇR. Psychometric evaluation of the Turkish Version of the Zarit Burden Interview (ZBI) in Family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics. *Journal of Transcultural Nursing* 2012, 23: 65–71.
60. İnci FH, Erdem M. Bakım verme yüğü ölçeğı'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11: 4
61. Büyüköztürk S. Araştırmaya yönelik kaygı ölçeğinin geliştirilmesi. *Eğitim Yönetimi Dergisi*, 1997, 3: 453-464.
62. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. *Hemşirelikte Araştırma*, 1. Baskı. İstanbul Nobel Tıp Kitapevi 2014.

63. Öner Öİ. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2012
64. Or R. Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2013
65. Esmeray N. Yaşlı Bireylere bakım verenlerin bakım verme yükü, aldıkları sosyal destek ve stres durumlarının incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2013
66. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4: 125-130.
67. Erdoğan B. Evde Bakım Hizmeti Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyo-Ekonomik Durumlarının İncelenerek, Umutsuzluk ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi 2013
68. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu GE, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15: 1 2012.
69. Alpteker H. 65 Yaş Ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2008.
70. Karin J. Faison, Sandra H. Faria and Deborah Frank). Caregivers of Chronically Ill Elderly. Perceived Burden. *Journal of Community Health Nursing*, 1999, 16;

243-253.

71. Baltayan OA, Yaşlı Hastalara Bakım Veren Kadınların Bakım Yüklerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi, 2012



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Ercan DEMİROK Doğum tarihi: 15.08.1981 Doğum yeri: Van Medeni hali: Evli Uyruğu: T.C. Adres: Bostaniçi Toki 1.Etap K: 13. Blok No:3 Van Tel: 0 506 596 11 51 Faks: E-mail: ercandem151@hotmail.com
Eğitim
Lise : Van Atatürk Lisesi Lisans : Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2006) Yüksek lisans : Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2017) Doktora :
Yabancı Dil Bilgisi
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler
Haber ve güncel olayların takibi ve bahçe işleri.

EK-2.TANITICI BİLGİ FORMU

Bu anket formu gençlerle ilgili yapılan bir araştırmaya veri toplamak amacıyla bilimsel bir çalışmanın gereği olarak uygulanmaktadır. Herhangi bir isim ve adres belirtmenize gerek yoktur. Sonuçlar sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Vereceğiniz samimi cevaplar için çok teşekkür ederim.

BAKIM VERENİN:

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: ☐ Erkek ☐ Kadın

3. Medeni durum ☐ Evli ☐ Bekar

4. Yakınlık derecesi: ☐ Çocuğu ☐ Eşi ☐ Kardeşi ☐ Anne - Babası
☐ Akrabası ☐ Bakıcı ☐ Diğer

5. Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz? ☐ 6-12 Ay ☐ 12-18 Ay
☐ 18-24 Ay ☐ 24 Aydan fazla

6. Başka birine daha bakım verme durumu var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

7. Yaşadığınız yerde hastanızla birlikte mi kalıyorsunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

8. Yaşadığınız Yer: ☐ il ☐ ilçe ☐ Kasaba ☐ Köy

9. Sağlık sigortanız: ☐ Emekli sandığı ☐ SSK, ☐ Bağ-kur
☐ Yeşil Kart ☐ Yok ☐ Diğer

10. Çocuk sayınız? ☐ Yok ☐ 1 çocuk, ☐ 2 çocuk ☐ 3 ve daha fazla

11. Aylık geliriniz?
.....TL

12. Eğitim durumunuz: ☐ Okur-yazar değil ☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu
☐ Üniversite mezunu

13. Çalışma durumunuz: ☐ Tam zamanlı çalışan ☐ Yarı zamanlı çalışan
☐ Çalışmayan

14. Herhangi bir hastalığınız/sağlık sorunuz var mı? Varsa lütfen ne olduğunu açıklayınız.

☐ Evet:
☐ Hayır

15. Bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı? Varsa lütfen ne olduğunu açıklayınız.

☐ Evet:
☐ Hayır

16. Hastanızın sağlık giderlerini karşılamada herhangi bir güçlüğü var mı? Varsa lütfen açıklayınız.

☐ Evet:
☐ Hayır

17. Hastanıza sağladığınız bakım nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolünüz olumsuz etkilendi mi?

☐ Evet
☐ Hayır

18. Sizde bakıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

19. Hastanızın bakımında size yardımcı/ alternatif bireyler var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

20. Cevabınız 'evet' ise yardımcı olan kişilerin sayısını ve yakınlık derecesini yazınız.

Kişi sayısı :.....

Yakınlık derecesi :.....

EK-3. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

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

1. Bakım verdiğiniz yakınınızın ihtiyaç duyduğundan daha çok yardım istediğini düşünüyor musunuz?

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

2. Bakım verdiğiniz yakınınıza harcadığınız zaman nedeniyle kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

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

3. Yakınınızın bakım ile aileniz ya da işinize karşı diğer sorumluluklarınızı yerine getirmeye çalışma arasında sıkıntı hissediyor musunuz?

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

4. Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman kızgınlık hissediyor musunuz?

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

5. Bakım verdiğiniz yakınınızın son zamanlarda diğer aile üyeleriyle da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

6. Bakım verdiğiniz yakınınızın geleceği ile ilgili olarak endişeleniyor musunuz?

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

7. Bakım verdiğiniz yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

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

8. Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman gerginlik hissediyor musunuz?

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

9. Bakım verdiğiniz yakınınızın ilgilendiğiniz için sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

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

10. Yakınınızın bakımı nedeniyle istediğiniz gibi özel yaşamınızın olmadığını düşünüyor musunuz?

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

11. Yakınınızın bakımı nedeniyle sosyal yaşamınızın kısıtlandığını hissediyor musunuz?

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

12. Bakım verdiğiniz yakınınızın bakım vermeniz gereken tek kişi oymuş gibi sizden ona bakım vermenizi beklediğini düşünüyor musunuz?

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

13. Kendi harcamalarınıza ek olarak bakım verdiğiniz yakınınızın bakımı için yeterince paranız olmadığını düşünüyor musunuz?

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

14. Bakım verdiğiniz yakınınızın, bakımını daha fazla üstlenemeyeceğinizi hissediyor musunuz?

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

15. Bakım verdiğiniz yakınınızın hastalığı nedeniyle yaşam kontrolünüzü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

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

16. Yakınınız için ne yapılması gerektiği konusunda kararsızlık çektiğiniz oluyor mu?

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

17. Yakınınıza daha iyi bakabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?

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

18. Bakım verdiğiniz yakınınızın size yük olduğunu düşünüyor musunuz?

(0) Hiç (1) Biraz (2) Orta (3) Oldukça (4) Aşırı

EK-4. STAI ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)

25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-5. ETİK KURUL İZİNİ



Sağlık Bilimleri Fakültesi
ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Sayı:4

Tarih:28.05.2015

Araştırmanın Adı: “Evde Bakım Hizmeti Alan Nörolojik Problemlı Hastaların Bakıcılarında Bakım Yüğü ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi ”

Araştırmanın Yürütölmesi Uygundur (X)

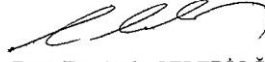
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütölmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütölmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi Etik Kurulu’nun 28.05.2015 tarihinde yapılan toplantısında “Evde Bakım Hizmeti Alan Nörolojik Problemlı Hastaların Bakıcılarında Bakım Yüğü ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi ” konulu Öğr.Gör. Ercan DEMİROK ve Yrd.Doç.Dr.Seher ERGÜNEY ’in çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.


Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-6. RESMİ İZİN YAZISI



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

VAN İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - VAN İLİ KHBGS MÜŞTEREK
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
06.07/2015 16:49 - 94630216/755.02.01/1714
0001738121

Sayı : 94630216/755.02.01
Konu : Uygulama İzni Ercan DEMİROK
hk.

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 01.07.2015 tarihli ve 88179374-302.08.01-E.1500017262 sayılı yazınız

İlgi yazınıza istinaden üniversiteniz yüksek lisans öğrencilerinden Ercan DEMİROK belirtilen tarihler arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İpekyolu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Evde Bakım Hizmetleri birimlerinde yaptığı "Evde Bakım Hizmeti Alan Nörolojik Problemlili Hastaların Bakıcılarında Görülen Bakım Yüğü ve Anksiyete düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tezinin yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Uzm. Dr. Metin ERDEN
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Süphan Mah. DSI 17. Bölge Karşısı Edremit/VAN
0 3 1 173405 Dahili:3806

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı sureti ile <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 018c1a13-dbb0-4588-b453-8f89f6c009a0 kodu ile erişebilirsiniz.

EK-7. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE ONAY BELGESİ

Tarih:

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda "Evde Bakım Hizmeti Alan Nörolojik Problemlili Hastaların Bakıcılarında Bakım Yüğü ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi" amacıyla planlanmıştır. Araştırmada hastalığınızın kontrolünü zorlaştıran faktörlerin incelenmesini belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Sizden kendinize yakın bulduğunuz ifadeyi belirlemeniz istenmektedir. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçlı yapılacaktır. Elde edilen verilen başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Uygulamanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıya adınızı soyadınızı yazarak imzanızı atınız.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesini gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya velisinin Adı, İmzası, Adresi

(varsa telefon no):

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı: Ercan DEMİROK

İmzası:

EK-8. ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ

Sayın Ercan DEMİROK

Zarit tarafından 1985 yılında geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini yaptığımız ‘‘Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı’’nin tarafınızca yürütülecek olan ‘‘Evde bakım hizmeti alan nörolojik problemli hastaların bakıcılarında bakım yüğü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi’’ isimli çalışmada kullanmasında sakınca yoktur.

14/ 05/ 2015

Doç. Dr. Nadiye ÖZER