

**SPİNAL KORD YARALANMASI OLAN BİREYLERE  
BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKLERİ  
VE BAKIM İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMLARININ  
BELİRLENMESİ**

**Güllü SAĞLAM**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği  
Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Serdar SARITAŞ  
Yüksek Lisans Tezi-2015**

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

**SPİNAL KORD YARALANMASI OLAN BİREYLERE BAKIM VEREN  
AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKLERİ VE BAKIM İLE İLGİLİ BİLGİ  
DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

**Güllü SAĞLAM**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Serdar SARITAŞ**

**MALATYA  
2015**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Güllü SAĞLAM'ın “Spinal Kord Yaralanması Olan Bireylere Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükleri ve Bakım İle İlgili Bilgi Durumlarının Belirlenmesi”** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 24/04/2015

  
Prof. Dr. Behice ERCİ  
İnönü Üniversitesi  
Jüri Başkanı

  
Yrd.Doç. Dr. Serdar SARITAŞ  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Üye

  
Doç. Dr. Neziha KARABULUT  
Atatürk Üniversitesi  
Üye

### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..../..../2015 tarih ve 2015/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

# İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	ix
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Spinal Kord Yaralanmaları .....	4
2.1.1. Yaralanma Patofizyolojisi.....	5
2.1.2. Yaralanma Derecesi .....	6
2.2. Bakım Verme Algısı .....	7
2.3. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler .....	7
2.4. Bakım Verme ile İlgili Negatif Kavramlar .....	8
2.4.1. Bakım Verme Yüğü .....	8
2.4.2. Bakım Vermede Koşurmaca/Telaş .....	9
2.4.3. Bakım Verici Stresi.....	10
2.4.4. Bakım Veren Bireylerde Tükenmişlik .....	10
2.5. Bakım Verme İle İlgili Pozitif Kavramlar .....	11
2.5.1. Bakım Verici Saygısı .....	11
2.5.2. Bakım Verici Yüceliğı .....	11
2.5.3. Bakım Verici Memnuniyeti .....	12
2.5.4. Bakım Vermede Deneyim Kazanma.....	12
2.6. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri .....	12
2.7. SKY'li Bireye Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü .....	13
3. MATERYAL VE METOT .....	15
3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih .....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	15
3.4. Verilerin Toplanması .....	15
3.4.1. Veri Toplama Araçları .....	16
3.4.1.1. Hasta Tanıtım Formu .....	16

3.4.1.2. Bakım Veren Aile Bireyleri Tanıtım Formu .....	16
3.4.1.3. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım ile İlgili Bilgi Formu .....	16
3.4.1.4. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	17
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	17
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	17
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	18
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIşMA .....	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
KAYNAKLAR .....	37
EKLER.....	43
EK -1: ÖZGEÇMİş .....	43
EK-2: Hasta Tanıtım Formu .....	44
EK-3: Bakım Veren Aile Bireyleri Tanıtım Formu .....	45
EK-4: Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakımla İlgili Bilgi Formu .....	47
EK-5: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Türkçe Versiyonu .....	51
EK-6: Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve Anabilim Dalı Başkanlığı İzin Formu .....	53
EK-7: Malatya Klinik Araştırmaları Etik Kurul İzin Formu .....	55

## TEŞEKKÜR

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanan bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde bana danışmanlık yaparak yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Serdar SARITAŞ'a, tezimin istatistiklerinin yapılması ve değerlendirilmesinde katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye ve bu zorlu süreçte öğrettiği birçok şey için Sayın Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kaynakların toplanması aşamasında bilgisine başvurduğum Fırat Üniversitesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Fatih Serhat EROL'a, Dr. Sait ÖZTÜRK'e ve İngilizce özet için Dr. İrfan ERGEN'e teşekkürü bir borç bilirim. Verilerin toplanması aşamasında katkıda bulunan Hemşire Gülten SAĞLAM, Hemşire Aysel ALTINOK, Sekreter Aslışah ÖZTÜRK ve tüm Beyin Cerrahi çalışanlarına, Sayın Başhemşire Nurcan İnce ve Başhemşire Yardımcım Faika Karaca'ya ve araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarına, teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan canım babam, kardeşim, çocuklarım, Melih Abla'm ve eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Güllü SAĞLAM

## ÖZET

### SPİNAL KORD YARALANMASI OLAN BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKLERİ VE BAKIM İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Bu araştırmanın amacı spinal kord yaralanması olan bireylere bakım veren aile bireylerinin bakım yükleri ve bakım ile ilgili bilgi durumlarının belirlenmesidir.

Araştırma; Fırat Üniversitesi Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği'nde Aralık 2012-Şubat 2015 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Fırat Üniversitesi Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği'nde spinal kord yaralanması nedeni ile yatan bireylere bakım veren aile bireyleri oluşturmuştur. Örneklemi ise; bu bireyler arasından iletişim kurulabilen, 18 yaşından büyük ve güç analizi ile 93 olarak belirlenmiş sayıya ulaşıncaya kadar seçilen aile bireyleri oluşturmuştur. Bakım veren aile bireyleri evrenden olasılıksız rastlantısal örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Veri toplamada hasta tanıtım formu, bakım veren aile bireyleri tanıtım formu, bakım veren aile bireylerinin bakımla ilgili bilgi formu ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ) kullanılmıştır.

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile bakım veren aile bireylerinin ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmasında; yaş ve gelir durumunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur. Bakım veren aile bireylerinin tanıtıcı özellikleri ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmasında ise; yaş ve bakım verme süresi ile gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur. Aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalaması  $22.76 \pm 11.6$  olarak bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Spinal Kord, Aile bireyleri, Bakım, Bakım Yükü

## ABSTRACT

### INVESTIGATION THE STATE OF KNOWLEDGE MAINTENANCE BURDEN AND CARE OF CAREGIVERS FAMILY MEMBERS WHO WITH SPINAL CORD INJURIES INDIVIDUALS

The purpose of this research is to investigate the state of knowledge maintenance burden and care of caregivers family members who with spinal cord injuries individuals.

The study was practised between December 2012-February 2015 in Neurosurgery clinic at Firat University Hospital . The research population consisted of individuals caring for patients with spinal cord injury in Neurosurgery clinic . The research sample is consisted of 93 family members who could comminicated, consecutive and older eighteen years. Patient information form, caregiving family members information form, caregiving family members information form about caregiving were collected and Zarit Care Burden Scale was used to query participants.

The average score of family caregivers compared to descriptive characteristics of patients and age and income statistically different were found between the groups. Also age and duration caregiving caregivers were compared and average scale scores statistically significant difference were found between the groups. The average scores of family members ZBVYÖ were found as  $22.76 \pm 11.6$ .

**Keywords:** Spinal Cord, Family Members, Patient's care, Burden of Caregivers



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASIA	: American Spinal Injury Association
IMSOP	: Uluslar Arası Parapleji Tıp Birliği
SKY	: Spinal Kord Yaralanması
ZBVYÖ	: Zarit Bakım Verme Yüku Ölçeği

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa

Tablo 2.1 ASIA/IMSOP Hasar Skalası .....	7
Tablo 2.2. Bakım Verenlerdeki Tükenmişliğe Dair Semptomların Sınıflandırılması ....	11
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri .....	19
Tablo 4.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	21
Tablo 4.3. Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri .....	22
Tablo 4.4. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bilgi/Eğitim Alma Durumları .....	24
Tablo 4.5. Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Yüğü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	25
Tablo 4.6. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü Puan Ortalamaları .....	26
Tablo 4.7. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bilgi Durumu Puan Ortalamaları .....	27
Tablo 4.8. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bilgi/Eğitim Alma Durumları ile Bakım Yüğü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	27

# 1. GİRİŞ

Birey yaşamında ortaya çıkan değişimler sonucu yaşamını ve iyilik halini sürdürmede tamamen ya da kısmen bağımlı duruma gelebilir (1). Biyo-fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik bağımlılık sonucu yaşam biçiminde değişimi gündeme getiren spinal kord yaralanmaları (SKY); bireysel, ailesel ve toplumsal öneme sahip bir sağlık sorunudur (2, 3). Yüksek oranda ölüme ve sakatlığa yol açan spinal kord yaralanması omuriliği taşıyan omurların travmasıyla birlikte; spinal kordun kompresyon, kontüzyon ya da laserasyonu sonucu oluşmaktadır (3, 4).

Keleş' in (2001) Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal SKY Veri Tabanının'dan aktardıklarına göre, dünyada SKY insidansı 9 ile 53 milyon arasında değişmekte iken; ABD' de 30 ile 40 milyon, ülkemizde ise yıllık insidans 12.7 milyon olarak belirtilmiştir (5). SKY'de en büyük riski 20-40 yaş arası genç erkekler oluştururken, etiyolojik sebepler arasında; trafik kazaları, ateşli silah ve diğer penetran yaralanmalar, sportif aktivitelere bağlı yaralanmalar gibi travmatik nedenler ve spinal stenoz, tümoral kompresyon ve konjenital hastalıklar gibi non-travmatik nedenler yer almaktadır (2-5).

Tıbbi gelişmelere bağlı olarak SKY'li bireylerin ölüm oranları ciddi şekilde azalmaktadır (6). Fakat hastalarda ciddi komplikasyonlar meydana gelmekte ve ağır engeller kalmaktadır. Dolayısıyla da bireyler geri kalan hayatlarında hastalıklarıyla/kısıtlılıklarıyla beraber yaşamak zorundadırlar. Bundan dolayıdır ki: SKY'li bireyler günlük yaşam aktivitelerini tam olarak yerine getiremezler ve bakımda bakım veren desteğine ihtiyaç duyarlar. Bakım veren, hasta bireye bu aktiviteleri yerine getirmek için fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik yönden destek sağlamakla sorumlu olan kişidir (7).

Ailede bakım sunmanın kronik ve yoğun yapısı bakım verenlerin yaşamlarındaki (iş, aile ve sosyal yaşam gibi) diğer taleplerden kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren yüküne yol açmaktadır. Bakım veren yükü bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkileri ifade etmede kullanılır (8).

Yapılan çalışmalar bakım verenlerin anksiyete, depresyon, stres, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon, benlik saygısında azalma, alkol ve ilaç kullanımında artma, hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, vücut ağırlığında artış ya da azalma, giyim kuşamda dağınıklık, baş ağrısı gibi somatik şikayetler yaşadığını bu nedenle de; kendi bakımlarına yeterince zaman ayıramamaları sonucu kendi sağlıklarında bozulma riski ile karşı karşıya olabileceklerini ortaya koymuştur (9-17).

Bütüncül sağlık yaklaşımında, bireyin fiziksel, mental, ruhsal, sosyo-kültürel bir varlık olduğu ve daima çevresiyle etkileşim içinde olduğu kabul edilmektedir. Bu doğrultuda hastaların yakınlarının da bakıma katılımının sağlanması ve onların gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir (18). Literatürde bakım verici bireyin hastasına vereceği bakımın boyutlarına ilişkin bilgi gereksinimi olduğu belirtilmektedir (19, 20). Bu gereksinim hastalığa ilişkin bilgi ve yardım, fiziksel ve kişisel bakım (banyo, yürüme, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılama gibi), beklenen semptomların ne olduğu, bu semptomların neden ortaya çıktığı ve nasıl kontrol edilebileceği gibi birçok konuyu kapsamaktadır (20, 21).

SKY nedeni ile yakını yatağa bağımlı, engelli ve başkasının bakımına ihtiyaç duyan aile bireyleri ile en uzun süre ve en yakın ilişki içerisinde olan hemşire; hasta kadar ailesini de etkileyen durumları göz önünde bulundurarak, bakım verenlerin gereksinimlerini bilerek bunların karşılanmasında aileye yardımcı olmalıdır (21, 22).

Bakım yükü ile ilgili çalışmalara bakıldığında; en çok yaşlı (15), inmeli (23-26), Demans ve Alzheimer' lı (27, 28), onkolojik (11, 12, 13, 29), psikolojik (14, 30, 31) ve kronik hastalıkları (15, 16, 21, 32) olan bireylere bakım verenlerin yüklerine ilişkin çalışmalara rastlanmakta iken, SKY'li bireylere bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ile ilgili çalışmalar yetersizdir.

SKY'li hastalara bakım veren aile bireylerinin hasta bakımı konusunda büyük bir desteğe ve yoğun bir eğitime gereksinimleri vardır (1, 7, 33). Bu nedenle bu hastaların ve bakım veren aile bireylerinin bilgi durumları belirlenerek bakım verenlerin bakım yüklerini azaltmaya yönelik çalışmalara gereksinim vardır.

SKY'li bireyin bakımının uygun şekilde sağlanabilmesi için, cerrahi hemşirelerinin SKY'li bireyin ve aile üyelerinin yaşadıkları sıkıntıların farkında

olması ve bu sorun alanlarına yönelik bireyleri desteklemesi çok önemlidir. Bakım sorunlarının belirlenmesiyle SKY'li bireye istendik ve nitelikli bir bakım sağlanacaktır. Ayrıca cerrahi hemşireleri bakımda, destek, eğitim ve danışmanlık rolleri kapsamında; SKY'li bireye bakım verenlerin bakım yükü ile baş etme yollarını, kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarını koruma yöntemlerini ve sağlıklı yaşamak için yapılması gerekenler konusunda stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabileceklerdir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı spinal kord yaralanması olan bireylere bakım veren aile bireylerinin bakım yükleri ve bakım ile ilgili bilgi durumlarının belirlenmesidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Spinal Kord Yaralanmaları

Omurganın (spinal kolon) başlıca iki fonksiyonu bulunmaktadır. Bunlardan biri vücudun dik durmasını ve hareketini sağlamak, diğeri ise omuriliğın korunmasıdır. Herhangi bir nedenle omurgadaki dayanıklılığın (stabilite) bozulması nöral hasara yol açabildiğı gibi, spinal kord ve çevresinde yer alan bazı lezyonların hem doğrudan nöral hasara hem de kemik ve ligamentlerde yıkım yoluyla stabiliteyi bozarak dolaylı yoldan nöral hasara yol açtığı bilinmektedir (2).

Omurilik yaralanmalı ilk olgu milattan önce 1700'lerde Edwin Smith Papirüsü'nde tedavisi olmayan bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Birinci Dünya Savaşı'nda kateterizasyon uygulanarak idrar akışının sağlanması ile mortalite %80'lere düşmüştür (2). İngiltere de ve Hollanda da düzenlenen paralitik hastaların iki grup halinde yarışmasıyla beraber, 1960 yılında Roma da ilk Paralympic Oyunlar oynanmış ve bundan sonra geleneksel hale gelmiştir. Son 50 yıl içerisinde İngiltere'de Guttmann, ABD'de Munro'nun öncülüğünde, SKY'li hastaların yaşam süresi, sosyal yaşama entegrasyonu ve yaşam kalitesi artmış, komplikasyonlar azalmıştır. Bu durumda bazı ülkelerde bu hastalar için özelleşmiş merkezlerin, sosyal ve tıbbi derneklerin, fonların kurulması, bu alana özel tıp uzmanlık alanlarının oluşturulması ve spesifik dergilerin yayınlanmaya başlaması önemli bir rol oynamaktadır (6). Tüm bu ilerlemeye rağmen SKY'sı, bireyin ve ailesinin yaşamını altüst edebilmekte, ciddi sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirebilmektedir (34).

SKY; çoğu zaman omuriliğı taşıyan, koruyan ve hareket ettiren omurların travmasıyla birlikte meydana gelmekte ve aynı zamanda, spinal kordun baskı, kontüzyon ya da kesisi sonucu oluşmaktadır (3, 4).

Spinal kord yaralanmalarına yaklaşımda dünyada iki değişik örgütlenme tipi mevcuttur. Birinci yaklaşım olarak akut bakım yaralanma anından başlayarak, rehabilitasyon ve uzun süreli izlem özel bir spinal yaralanma merkezinde yapılır. Bu yaklaşıma bütüncül yaklaşım, diğeri bir deyişle komprehensif yaklaşım denir. Ülkemizde uygulanan ise ikinci yaklaşımdır. Akut tedavi bir cerrahi klinikte yapıldıktan sonra, hasta rehabilitasyon kliniğine sevk edilir. Bu yaklaşıma da bölmeli

(bölümlü) yaklaşım, veya fragmente yaklaşım denir. SKY'sında tedavinin amacı, hastalara bireysel ve mesleki açıdan tatmin edici, sağlık problemlerinin egemen olmadığı bir yaşam olanağının sağlanabilmesidir (34).

Genellikle SKY'sı ile ilgili bilgiler nüfus ya da hastane kaynaklıdır. Keleş'in aktardıklarına göre bu konuda en kapsamlı çalışma olarak 1975 yılında Amerika'da Ulusal Spinal Kord Yaralanması Veri ve Araştırma Merkezi kurulmuştur. Buna göre Amerika'da yıllık insidans milyonda 30-40 iken, çalışmalara göre dünyadaki yıllık insidans milyonda 9-53 arasındadır. Hollanda'da bu rakam milyonda 12.1 iken, Almanya'da 36, Danimarka da 9.2, İspanya da 8, Türkiye'de ise 12.7'dir (5).

SKY'de en büyük riski 20-40 yaş arası genç ve genç erişkin yaş grupları taşır. ABD Ulusal SKY Veri Tabanı'na göre 1970'lerde yaş ortalaması 28.5 iken 1990'lardan sonra yaş ortalaması 36 yıla yükselmiştir. Bu yıllarda SKY'li hastalar arasında 60 yaş ve üstü grup %12'lik bir pay almaktadır. Ülkemizde ise SKY en fazla 15-39 yaşlar arasında görülmektedir. Yine Keleş'in ABD Ulusal SKY Veri Tabanı'ndan aktardıklarına göre yaralanma esnasındaki yaş ortalaması kadınlarda (34.5 yıl) erkeklere göre ( 31.8 yıl) daha yüksek bulunmuştur (5).

Başlıca SKY nedenleri arasında; trafik kazaları, yüksekten düşmeler, şiddete bağlı travmalar, spor yaralanmaları, iş kazaları, günlük yaşama ait kazalar, göçük altında kalmalar, sığ suya dalma, ayrıca vertebrada ve omuriliğin kendisinde primer bir patoloji (tümör, enfeksiyon, damar ve kemik hastalıkları) yer almaktadır (35). ABD'nde görülen vakaların etiyolojik nedenleri arasında %55'i motorlu araç, %21'i düşme, %18'i spor yapma, %15'i silah ya da delici araç yer almaktadır (36). 2000'de yayınlanan genel Türkiye verilerinde ise trafik kazaları (%48.8), düşme (%36.5), bıçaklanma (%3.3), ateşli silah yaralanmaları (%1.9) ve suya dalış (%1.2) bildirilmiştir ve hastaların %32.2'si tetraplejik, %67.8'i paraplejiktir (37).

### **2.1.1. Yaralanma Patofizyolojisi**

Yaralanma sırasında ortaya çıkan enerji, vertebral kolonda patolojik fleksiyon, ekstansiyon, veya rotasyona neden olarak spinal kordun stabilitesini bozar. SKY patofizyolojik açıdan primer ve sekonder yaralanma olarak ikiye ayrılır.

1. Primer yaralanma: Bu terim spinal kordun travma anında ortaya çıkan kompresyon, kontüzyon veya laserasyonu için kullanılır. Neden olan travmanın şiddetine ve etki süresine göre değişir. Kordun uzun süre baskı altında kalması, nörolojik hasarın daha fazla ve buna bağlı olarak da prognozun daha kötü olmasına yol açar.

2. Sekonder yaralanma: Primer yaralanmayı takiben dakikalar, saatler içinde başlayıp haftalarca devam eden bu yaralanmanın nedeni iskemidir (3, 4).

### **2.1.2. Yaralanma Derecesi**

SKY'sı sonucu hasta lezyon seviyesine göre iki büyük grup altında toplanır.

*1.Tetrapleji:* Spinal kordun servikal bölgede yaralanmasına bağlı olarak kollar, gövde ve bacaklarda oluşan motor ve duyu işlev kaybı ve buna eşlik eden mesane, barsak ve seksüel işlevlerde bozukluk ile karakterize klinik tabloya 'tetrapleji' denir.

*2.Parapleji:* Parapleji ise torakal, lomber ya da sakral spinal kord segmentlerindeki nöral elemanların harabiyetine ikincil olarak gelişen motor, duyu işlev kaybı ve buna eşlik eden mesane, bağırsak ve cinsel işlev bozukluğunu yansıtan durumdur. Tetraplejiden farklı olarak kollar korunmuştur (2).

Ülkemizde tetrapleji oranı parapleji oranına göre diğer gelişmiş ülkelere kıyasla daha düşüktür. Bunun nedeni olarak tetraplejili hastalara uygulanan akut bakımın yeterli olmaması, hastaneye transferlerinde gecikmeler yaşanması gibi sorunlar gösterilebilir (5).

Lezyonun seviyesi kadar önemli olan diğer bir konuda lezyonun genişliğidir. Buna göre lezyonlar komplet ve inkomplet olarak ikiye ayrılır. Komplet lezyon kordun lezyon seviyesinin alt ve üstünde fizyolojik veya anatomik olarak devamlılığının bozulduğunu gösterir. İnkomples lezyonlarda ise değişik derecelerde devamlılık vardır. İnkomples hastalar komplet lezyonlara göre daha iyi prognoza sahiptirler. Anatomik olarak çok az lif devamlılığı bile lezyon seviyesinin altında belli derecede fonksiyon varlığına sebep olabilir (34).

1990'lı yılların başlarında Amerikan Spinal Kord Yaralanma Birliği (ASIA) çeşitli ülke ve disiplinden temsilcilerin katılımı ile omurilik yaralanmalarının



değerlendirilmesinde bir ortak yaklaşım şekli oluşturmuştur. 1992 yılında Uluslar Arası Parapleji Tıp Birliği (IMSOP) ile beraber, omurilik yaralanmalarında nörolojik ve fonksiyonel sınıflandırmada uluslar arası standartlar yayınlamışlardır. SKY' de tıpkı Glaskow Koma Skalası gibi kullanılan bu yaklaşım 2000 yılında yeniden gözden geçirilmiştir (2, 38). Buna göre;

**Tablo 2.1 ASIA/IMSOP Hasar Skalası**

<b>Grade A Komplet</b>	Sakral S4-5 segmentlerinde hiçbir motor veya duyu fonksiyonu korunmamıştır.
<b>Grade B İnkomples</b>	Nörolojik seviyenin altında duyu fonksiyonu korunmuş, ancak motor fonksiyon yok
<b>Grade C İnkomples</b>	Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon korunmuş ve nörolojik seviyenin altındaki anahtar kasların çoğunda kas gücü < 3
<b>Grade D İnkomples</b>	Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon korunmuş ve nörolojik seviyenin altındaki anahtar kasların çoğunda kas gücü > 3
<b>Grade E Normal</b>	Normal motor duyu ve fonksiyon

## 2.2. Bakım Verme Algısı

Bakım verme, bakım verenler tarafından çok boyutlu algılanan bir süreçtir. Bakım verme stresli bir deneyim olsa bile, bakım veren tarafından samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, etrafındakilerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu yönlerden de algılanabilir (21). Sınırlı sayıdaki bu olumlu etkilerinin yanında bu deneyim bakım verenler için pek çok güçlüğü ve sorunu da beraberinde getirmektedir.

## 2.3. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verme yükü bütün bakım verenlerde aynı şekilde yaşanmaz. İlişkili yazında bakım verme yükünü etkilediği belirtilen faktörler şunlardır;

- Bakım verenin kişilik özellikleri (cinsiyet, yaş, çalışma durumu, eğitim seviyesi, kendi sağlığına yönelik algısı, dini görüşü, etnik kökeni, bakım vermeye yönelik bakışı, entelektüel düzeyi, sosyo-ekonomik durumu vb.)
- Bakım verdiği kişi ile bakım süreci öncesi ve sırasındaki ilişkinin niteliği
- Bakım verdiği kişi ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi
- Bakım verdiği kişinin bakımı ile ilgili kararlarda ona danışılma durumu
- Bakım verdiği kişinin yaşı, sağlık durumu
- Bakım verdiği kişiye pek çok alanda yardımcı olmak zorunda oluşu (fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik, ulaşım vb.)
- Bakım verilen kişinin bağımlı olması
- Tedavi için kente taşınan kırsal kökenli aileler ve hastalar arasında aile içi uyumsuzluklar (8, 21.).

#### **2.4. Bakım Verme ile İlgili Negatif Kavramlar**

Bakım verme sürecinde bakım verenler psikososyal, ekonomik ve fiziksel pek çok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Aşağıda bakım verenlerin bu süreçte yaşadıkları zorlu durumlar açıklanacaktır.

##### **2.4.1. Bakım Verme Yükü**

Literatürde 'bakım verme güçlüğü' olarak kullanılmakta olan bakım verme yükü, bakım vermeye bağlı olarak bakım verenlerin yaşadıkları fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik olmak üzere çok boyutlu bir tepkidir (39, 40).

Objektif ve subjektif olmak üzere iki farklı şekilde tanımlanabilmekle birlikte objektif bakım verme yükü; bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellemeleri kapsamaktadır. Diğer yandan bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Subjektif bakım verme yükü ise; bakım verenin bakım verme rolü ile ilişkili duygusal tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb) olarak tanımlanmaktadır (21, 39).

Bakım verme sürecinin zorlukları nedeniyle bakım verenlerde pek çok fiziksel rahatsızlıkla karşılaşılabilir. Sırt ağrısı, bağışıklık fonksiyonunun değişmesi, iştahın değişmesi, hipertansiyon, uykusuzluk, baş ağrısı, kronik yorgunluk, kilo alma veya kaybetme, kendi bakımına yeterli zaman ayıramamaktan ötürü sağlığında bozulmalar bu süreçte sık görülen durumlardandır (39, 40). Diğer yandan bakım veren bireylerin bakım vermeyenlere kıyasla daha fazla sağlık hizmeti kullanma, hastalık, kardiyovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıkları saptanmıştır (40).

Bakım verme sürecinde fiziksel yorgunluk ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyete de artışa sebebiyet vermektedir. Bunlarla birlikte emosyonel alanda görülen diğer belirtiler ise huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlülüdür. Kızgınlık, hayal kırıklığı, suçluluk, zorlanma, keder, umutsuzluk da bakım verenlerin yaşadığı duygular arasındadır (38, 41).

Bakım verenler pek çok sosyal ve kişiler arası problemlerle de karşı karşıya kalabilmektedirler. Yaşamlarını sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda yeniden düzenleyen bakım verenlerin eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmaktadır. Bu kısıtlılık sosyal destekte azalma, kendilerini bakım verme sürecinde yalnız hissetme, sosyal izolasyon gibi durumların açığa çıkmasına neden olabilmektedir (21, 39, 40).

Bakım verme, ekonomik alanda da bireylere sorun yaşatan bir süreçtir. Evde bakımın ekonomik maliyeti, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masraflar bakım verenler için problem olurken diğer yandan iş saatlerinin azalması ya da işlerinin sonlandırılması da bu süreçte karşılaşılan durumlardır (21, 39).

Bakım verme sürecinden ötürü işlerini ayarlamak zorunda kalan ve daha çok zorlanma yaşayan bireyler diğer yandan çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyum ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilirler (42).

#### **2.4.2. Bakım Vermede Koşturmaca/Telaş**

“Telaş/koşturmaca” kavramı bireyin iyiliğini tehdit eden ya da sınır bozucu/bıktırıcı kaygılar olarak değerlendirilen olaylar olarak tanımlanmaktadır (43). Bu tür olayların fazlalığı sağlık üzerinde önemli etkilere neden olabilir. Yaşanan telaş/koşturmaca bakım veren olmanın gerçek stresörü olmakla birlikte günlük yaşam aktiviteleri üzerinde de olumsuz etkilere neden olmaktadır (44).

### **2.4.3. Bakım Verici Stresi**

Bedensel ya da zihinsel gerilime neden olan fiziksel, kimyasal ve duygusal faktörler stres kavramını açıklamaktadır. Bakım verici stresi ise bireyin yetenekleri ve doğal ihtiyaçları arasındaki düşünsel dengesizliklerden kaynaklanmakta ve pek çok faktör tarafından etkilenmektedir. Bakım verilen bireyin yakınlık derecesi, bakım sürecine yardım eden başka bireylerin varlığı, kendi duygusal durumu bakım verendeki stres oluşumuna katkıda bulunan faktörlerdir (44).

Bakım verende var olan stres bireyde fiziksel ve psikolojik bir karmaşa yaratmakla birlikte anksiyete, depresyon, sosyal yaşamdan çekilme, kendi bakımını aksatma, iş performansında azalma gibi pek çok problemin doğmasına da sebebiyet vermektedir. Bunlar ile birlikte bakım verici stresinin diyabet, ülser, anemi, hipertansiyon, uyku düzensizliği, bağışıklık sisteminde gerileme, kilo kaybı ve baş ağrısı gibi sağlık üzerinde olumsuz pek çok doğurgusu da bulunmaktadır (21).

### **2.4.4. Bakım Veren Bireylerde Tükenmişlik**

Tükenmişlik “bunaltıcı ya da kaygı verici durumlar” olarak tanımlanmakta iken bakım veren bireylerdeki tükenmişlik “kronik hastalıklı birey için birinci derecede bakım sağlayan bireyler tarafından yaşanan/hissedilen aşırı kaygı ve bunaltı hali” olarak ifade edilmektedir (43).

Literatürde bakım veren tükenmişliğini objektif ve subjektif olmak üzere iki grupta inceleyen çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmalara göre gözlenebilen ve ölçülebilen sonuçlar objektif tükenmişliği, içinde bulunulan duruma bireyin verdiği değer ise subjektif tükenmişliği ifade etmektedir (44). Bakım veren tükenmişliğini ele alan başka bir çalışma ise bu kavramı klinik belirtiler, artmış stres ve kaygı, döngüsel düşünme, sosyal izolasyon, depresyon ve diğer duygusal belirtiler, diyet ve beslenme gibi farklı alt başlıklar halinde incelemektedir (45) (Tablo 2.2).

**Tablo 2.2. Bakım Verenlerdeki Tükenmişliğe Dair Semptomların Sınıflandırılması**

<b>Bakım Veren Tükenmişliğine Dair Semptomlar</b>	
<b>Klinik Belirtiler</b>	Sindirim güçlüğü, baş ağrısı, iştahta değişiklik, somatik/bedensel yakınmalarda artış, yorgunluk, kilo kaybı ve kilo alımı, sosyal izolasyon, içe çekilme, konsantrasyonda güçlük, sinirlilik, uykusuzluk, alkol ve diğer madde kullanımında artış
<b>Artmış Stres ve Kaygı, Döngüsel Düşünme</b>	“Bir uzmana başvuramam ÇÜNKÜ bir işim yok. Bir işim olamaz ÇÜNKÜ evden ayrılamam. BU yüzden uzman da bana yardımcı olamaz.
<b>Sosyal İzolasyon</b>	Aile, arkadaş ilişkilerinin, sosyal aktivitenin azalması ↓ Sosyal desteğin zayıflaması ve izolasyon
<b>Depresyon ve Diğer Duygusal Belirtiler</b>	Hayal kırıklığı, stres, güç ve kontrol duygularında azalma, suçluluk, üzüntü, acı
<b>Diyet ve Beslenme</b>	Beslenme düzenindeki değişiklikler ↓ Tansiyon, stres, izolasyon (39)

## **2.5. Bakım Verme İle İlgili Pozitif Kavramlar**

Bakım verme sürecinde bakım veren bireylerin olumlu anlamda yaşadıkları psikolojik durumlar aşağıda belirtilmektedir.

### **2.5.1. Bakım Verici Saygısı**

Bakım verenin kendi saygısının/değerinin bakım veren performansı artması “bakım verici saygısı” olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bireyin kendinden memnuniyeti ve kendine güveni kendi saygınlığı oluşturmaktadır. Bu nedenle bakım verici saygısı, bakım verenin kendinden memnun ve kendini güvende hissetmesini sağlar (43).

### **2.5.2. Bakım Verici Yüceliği**

Yücelme, bireyin ruhsal, sosyal ya da entelektüel durumunun gelişmesi, manevi yükseliş olarak tanımlanmaktadır (43). Bakım verici yüceliği, zorlu durumların etkisine karşı tampon görevi görmekte ve bakım vericilerin daha az psikolojik huzursuzluk yaşamalarına yardımcı olmaktadır (21, 44). Bakım verme stresli ve zor bir sorumluluk olmakla birlikte bakım veren böyle bir sorumluluğu üstlendiği için diğer aile üyeleri ya da akrabalar tarafından tanınma, kendine saygı duyma, bakım verdiği kişiye karşı görevini yerine getirdiği, sevdiğini gösterdiği için doyum, yararlı olma, akrabalık ilişkilerini güçlendirme gibi olumlu hisler içinde olabilir (21, 40).

### **2.5.3. Bakım Verici Memnuniyeti**

Bakım vermenin olumlu yaklaşımını anlatmak için kullanılan en yaygın kavramlardan biri olan ‘memnuniyet’ ilk olarak Lawton ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra tanımlanan bakım verici memnuniyeti ise bakım verenin deneyimlerine pozitif yönde etkide bulunur (21).

### **2.5.4. Bakım Vermede Deneyim Kazanma**

Bakım verme rolünün bakım verenin bireysel yaşam alanını geliştirmesi ve güçlendirmesi, bakım verme deneyimi sonuçlarının bakım verene pozitif anlamda geri dönmesi bu kavramı açıklamaktadır (21, 44).

## **2.6. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri**

Kronik hastalığın başlı başına kendisi ve eşlik eden komplikasyonları hastalık sürecinde hasta bireylerin bakım verenler tarafından bakımını gerekli kılmaktadır. Tıbbi alandaki gelişmelerle birlikte hastalıklı bireylerin yaşam sürelerinin uzaması bakım verenlerin sorumluluğunu daha da arttırmaktadır. Kronik hastalık gibi zorlu ve uzun süreli bir durum karşısında güvensiz ve hazırlıksız hisler içinde kalan bakım verecek kişiler uzun süreli bakım vermeye ilişkin gerekli bilgi ve beceriye sahip değildir. Bakım verme süreci karşısında bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda kaygı duymakta, kaynaklara nasıl ulaşacakları ve bu kaynakları nasıl kullanacakları karşısında belirsizlik yaşamaktadırlar (39, 42).

Bakım verenlerin bu belirsiz süreç karşısında hastalığa ilişkin bilgi ve yardım, fiziksel bakım, hastasını rahatlatma, beklenen semptomların neler olduğu, bu

semptomların neden ortaya çıktığı ve nasıl kontrol edileceği, tedavi rejimleri, gelecekteki durum, hastanın duygusal tepkileri, ev işleri ve toplumsal kaynaklar gibi pek çok alana dair bilgi gereksinimi içinde oldukları belirtilmektedir. Bunlarla birlikte bakım verenin hasta transferi, semptomları izleme ve rapor etme, hasta bireyin kişisel bakımını (banyo, yürüme, giyinme gibi) sağlama, beslenme konuları, bakımın koordinasyonu (randevu alma, doktoru arama), hastalık durumunu izleme ve finansal aktivite gibi konuları nasıl yapılandıracağı konusunda da bilgi gereksinimi içinde olduğu saptanmıştır (39, 46).

## **2.7. SKY'li Bireye Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü**

Hemşire, hem sağlıklı hem hasta bireye yaşamın tüm dönemlerinde bakım vermektedir. Bakım verme, hemşirelerin bağımsız olarak uyguladığı, geleneksel ve en eski rollerinden olup çağdaş mesleki rolleri içinde de ağırlığını korumaktadır. Hemşire bakım verme rolünü gerçekleştirirken birey, aile ya da toplumu bütüncül değerlendirmelidir. Bu nedenle hemşire, SKY'lı bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarda bulunmanın yanı sıra, hasta bireyin iyilik halini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek olan bakım verenleri de ele almalıdır. (7, 46)

Bakım verenlerin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planında hasta birey, bakım veren ve diğer aile üyelerini birlikte ele almak, bütün hemşirelik girişimlerinde hasta birey ve bakım verenlerin güvenliğini ön planda tutmak, streslerini azaltmak, morallerini yükseltmek ve güç kazanma yolları bulma konusunda yardım etmek, hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır. (7, 39).

Bakım verenlerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak öz-bakımın önemi üzerinde durulmalı, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi ihtiyaçlarının karşılanmış olmasının gerekli olduğu vurgulanmalıdır. Bakım verenler sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürmek konusunda cesaretlendirilmelidir. Bakım verenlerin kendilerinde bazı uyarı belirtilerini fark ettikleri zaman bir doktordan yardım almalarının gerekliliği konusunda eğitilmelidir. Bakım verenlerin dinlenme fırsatlarını avantaj olarak kullanmaları, sonra bakıma yeniden başlamaları konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Tüm gün mükemmel bir bakım veren olmalarının

beklenmediği, bakım verdikten sonra dinlenme aralıklarının önemli olduğu belirtilmelidir. Sabrını kaybettiği durumlarda kendini suçlamaması gerektiği ifade edilmeli, bir arkadaşla öğle yemeği, bir alışveriş ve benzeri aktivitelerle birkaç saat bakım verme rolünden uzaklaşarak kendini ödüllendirmesinin olumlu sonuç vereceği söylenmelidir (39).



### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma Fırat Üniversitesi Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği'nde Aralık 2012-Şubat 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Fırat Üniversitesi Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği 26 servis, 4 yoğun bakım olmak üzere toplam 30 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte 3 öğretim üyesi 2 uzman doktor, 1 asistan hekim ve 12 hemşire görev yapmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Fırat Üniversitesi Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği'nde spinal kord yaralanması nedeni ile yatan bireylere bakım veren aile bireyleri oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; bu bireyler arasından iletişim kurulabilen, 18 yaşından büyük ve güç analizi ile 93 olarak belirlenmiş sayıya ulaşıncaya kadar seçilen aile bireyleri oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 18 yaşından büyük,
- İletişim kurulabilen

Araştırmacının beyin cerrahi servisinde olduğu günlerde ve araştırma kriterlerine uyan bakım veren aile bireyleri evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan hasta tanıtım formu (Ek 1), bakım verenler tanıtım formu (Ek 2), bakım veren aile bireylerinin bakım ile ilgili bilgi durumları formu (Ek 3) ve Zarit bakım verme yükü ölçeği (Ek 4) kullanılarak toplanmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından Fırat Üniversitesi Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği'nde, Aralık 2012-Aralık 2014 tarihleri arasında, örneklem grubuna alınması planlanan refakatçi sayısına ulaşılıncaya kadar, haftanın 5 iş günü beyin cerrahi kliniğinde bulunarak; araştırmaya alınma kriterlerine uyan her hastadan ortalama 5 dakika, bakım veren aile bireylerinden ise ortalama 15 dakika süre ile yüz yüze görölerek toplanmıştır.

### **3.4.1. Veri Toplama Araçları**

Veriler aşağıda belirtilen veri toplama araçları ile toplanmıştır.

#### **3.4.1.1. Hasta Tanıtım Formu**

Bu formda; hasta ile ilgili tanı, yaralanmaya neden olan durum gibi hastalıkla ilgili özelliklerin yanı sıra yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma ve gelir durumu, sosyal güvence, kronik hastalık ve birlikte yaşadığı bireylerle ilgili sosyo-demografik bilgilerin yer aldığı 11 soru bulunmaktadır (Ek 1).

#### **3.4.1.2. Bakım Veren Aile Bireyleri Tanıtım Formu**

Bu formda; bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik 11 soru ve birlikte yaşadığı bireyler, hasta ile yakınlık durumu, bakım süresi, başka bakım vericinin varlığı, hastalık ve tedavi süresince bilgi alma durumu, aldıysa kimden ve hangi konularda aldığı ve yeterli olup olmadığı ile ilgili özellikleri belirlemeye yönelik 7 soru yer almaktadır (Ek 2).

#### **3.4.1.3. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım ile İlgili Bilgi Formu**

Bu form literatür incelenmesi ve araştırmacının kendi bilgileri doğrultusunda oluşturulmuştur. Kardiyovasküler sistem (22 soru), solunum sistemi (4 soru) , bası yaraları (7 soru), beslenme ve boşaltım (11 soru), cinsellik (2 soru), ağrı ve uyku (13 soru) ve genel bakım konu (8 soru) başlıkları ile toplam 67 sorudan oluşmaktadır (47-52). Bireyler buradaki bilgi durumlarını ölçmeye yönelik soruları 'Biliyorum' ya da 'Bilmiyorum' diye cevaplandırmışlardır. Bu form sonunda her soruya 'Biliyorum' diyenlere '1' puan, 'Bilmiyorum' diyenlere ise '0' puan verilerek, her bölümden aldıkları puanlar toplanmıştır.

#### **3.4.1.4. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği**

Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik ve geçerliliği, İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek, asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmektedir (42).

#### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 (Statistical Programme For Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerde yüzdeler, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, kruskal wallis varyans analizi kullanılmıştır.

#### **3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve Beyin Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanlığı (EK-5) ve Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-6) izin alındı. Araştırma kapsamındaki hasta ve bakım verenlerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce bakım verenlere, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesine uyulmuştur. Hasta ve bakım verenlerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek

“Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksiz ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir (53, 54).

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın sınırlılığı, evrenden örneklem seçiminde rastlantısal olasılıksız örneklem yönteminin kullanılmasıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri**

Özellikler (S = 93)	S	%
<b>Yaş</b>		
18-20	6	6.4
21-30	20	21.5
31-40	22	23.7
41-50	3	3.2
51 ve üstü	42	45.2
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	39	41.9
Erkek	54	58.1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	55	59.1
Bekar	38	40.9
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	7	7.5
Okur-yazar	8	8.6
İlkokul	27	29.0
Ortaokul	20	21.5
Lise	23	24.7
Üniversite	8	8.6
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	89	95.7
Yok	4	4.3
<b>Çocuk</b>		
Var	64	68.8
Yok	29	31.2
<b>Çocuk sayısı</b>		
1-2	25	39.1
3 ve üstü	39	60.9
<b>Kronik hastalık</b>		
Var	19	20.4
Yok	74	79.6
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden düşük	24	25.8
Gelir gidere eşit	60	64.5
Gelir giderden yüksek	9	9.7

<b>İş ve çalışma durumu</b>		
İşçi	15	16.1
Emekli	6	6.5
Ev hanımı	28	30.1
Memur	12	12.9
Serbest meslek	5	5.4
Çiftçi	19	20.4
Çalışmıyor	8	8.6
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>		
Yalnız	4	4.3
Aile	89	95.7
<b>Tanı</b>		
Boyun kırıkları	47	50.5
Bel kırıkları ve Belin diğer sorunları	25	26.9
Torakal kırıklar	21	22.6
<b>Yaralanma nedeni</b>		
Araç içi trafik kazası	32	34.4
İntihar girişimi (Yüksekten düşme)	9	9.7
Düşme	29	31.2
Araç dışı trafik kazası	18	19.4
Suya atlama/dalma	5	5.4

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında hastaların % 45.2'sinin 51 yaş ve üzerinde, %58.1'inin erkek, % 59.1'inin evli, % 29'unun ilkokul mezunu, % 95.7'sinin sağlık güvencesinin bulunduğu, % 68.8'inin çocuk sahibi olduğu, % ve bunlardan 60.9'unun 3 çocuk ve fazlasına sahip olduğu, % 79.6'sının kronik hastalığının olmadığı, % 64.5'inin gelirinin gidere eşit olduğu, % 30.1'inin ev hanımı, % 95.7'sinin ailesi ile yaşadığı, % 50.5'inin boyun kırığı tanısı aldığı, % 34.4'sinin yaralanmaya neden olan durumunun araç içi trafik kazası olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Tanıtıcı Özellikler	$\bar{x} \pm ss$	Test	Anlamlılık
<b>Yaş</b>			
18-20	27.83 ± 6.91		
21-30	16.45 ± 3.53		
31-40	29.59 ± 13.54	Kw = 19.83	p = .001
41-50	38.66 ± 13.01		
51 ve Üstü	20.33 ± 10.93		
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	22.00 ± 11.19	t = 0.54	p = .59
Erkek	23.31 ± 12.08		
<b>Medeni durum</b>			
Evli	21.00 ± 11.17	t = 1.74	p = .08
Bekar	25.31 ± 12.06		
<b>Çocuk</b>			
Var	22.82 ± 12.55	t = 0.08	p = .9
Yok	22.62 ± 9.97		
<b>Çocuk sayısı</b>			
1-2	22.48 ± 14.09	t = 1.69	p = .8
3 ve üstü	23.05 ± 11.64		
<b>Kronik hastalık</b>			
Var	19.78 ± 10.81	t = 1.3	p = .2
Yok	23.52 ± 11.84		
<b>Eğitim</b>			
Okur-Yazar Değil	25.14 ± 10.86	Kw = 6.45	p = .26
Okur-Yazar	16.62 ± 7.74		
İlkokul	23.03 ± 12.09		
Ortaokul	25.50 ± 12.37		
Lise	23.47 ± 13.29		
Üniversite	17.00 ± 2.77		
<b>Gelir Durumu</b>			
Gelir giderden düşük	25.83 ± 12.77	Kw = 9.54	p = .008
Gelir gidere eşit	22.98 ± 11.33		
Gelir giderden yüksek	13.11 ± 4.42		
<b>Tanı</b>			
Boyun kırıkları	23.06 ± 12.05	Kw = 0.95	p = .61
Bel kırıkları ve Belin diğer sorunları	23.64 ± 11.64		
Torakal Kırıklar	21.04 ± 11.22		
<b>Yaralanma Nedeni</b>			
Araç içi trafik kazası	20.34 ± 10.61	Kw = 4.91	p = .29
İntihar girişimi (yüksekten düşme)	29.44 ± 14.25		
Düşme (kaza ile)	22.68 ± 11.87		
Araç dışı trafik kazası	22.66 ± 11.50		
Suya atlama/dalma	27.00 ± 11.81		

\* 89 hastanın sağlık güvencesi olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

\*89 hasta ailesi ile birlikte yaşadığı için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile bakım verenlerin bakım yükü puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan istatistiksel analizde; yaş ( $p \leq .001$ ) ve gelir durumu ( $p < .01$ ) ile ilgili gruplar arasındaki fark önemli bulunurken; cinsiyet, medeni

durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, kronik hastalığı olma durumu, eğitim, tanı ve yaralanma nedeni ile ilgili istatistiksel olarak gruplar arasında önemli bir fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ) (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3. Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri**

Özellikler (S = 93)	S	%
<b>Yaş</b>		
18-20	6	6.4
21-30	32	34.4
31-40	25	26.9
41-50	8	8.6
51 ve üstü	22	23.7
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	52	55.9
Erkek	41	44.1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	60	64.5
Bekar	33	35.5
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	5	5.4
Okur-yazar	9	9.7
İlkokul	24	25.8
Ortaokul	13	14.0
Lise	25	26.9
Üniversite	17	18.3
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	90	96.8
Yok	3	3.2
<b>Çocuk</b>		
Var	65	69.9
Yok	28	30.1
<b>Çocuk sayısı</b>		
1-3	36	38.7
3 ve üstü	29	31.2
<b>Kronik hastalık</b>		
Var	22	23.7
Yok	71	76.3



<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden düşük	23	24.7
Gelir gidere eşit	60	64.5
Gelir giderden yüksek	10	10.8
<b>İş ve çalışma durumu</b>		
İşçi	8	8.6
Emekli	11	11.8
Ev hanımı	33	35.5
Memur	8	8.6
Serbest meslek	11	11.8
Çiftçi	8	8.6
Çalışmıyor	14	15.1
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>		
Yalnız	1	1.1
Aile	92	98.9
<b>Yakınlık durumu</b>		
Anne-baba	15	16.1
Eş	1	1.1
Kız-erkek kardeş	32	34.4
Çocuk	27	29.0
Büyükanne-baba	6	6.5
Diğer akraba	12	12.9
<b>Bakım Süresi</b>		
1-30 gün	69	74.2
31-60 gün	12	12.9
61 gün ve üstü	12	12.9
<b>Başka bakıcı durumu</b>		
Var	93	100
Yok	0	0

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile bireylerinin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; % 34.4'ünün 21-30 yaş arasında, %55.9'unun kadın, % 64.5'inin evli, % 26.9'unun lise mezunu, % 96.8'inin sağlık güvencesinin bulunduğu, % 69.9'unun çocuk sahibi olduğu, bunlardan % 38.7'sinin 1-3 çocuk sahibi olduğu, %76.3'ünün kronik hastalığının olmadığı, % 64.5'inin gelirinin gidere eşit, %35.5'inin ev hanımı, % 98.9'unun ailesi ile yaşadığı, % 34.4'ünün yakınlık durumun kız-erkek kardeş olduğu, %74.2'sinin 1-30 gün arası bakım verdiği ve %100'ünde başka bakıcı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bilgi/Eğitim Alma Durumları**

<b>BİLGİ ALMA DURUMU</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Bilgi/egitim alma durumları</b>		
Evet	23	24.7
Hayır	70	75.3
<b>Bilgi/egitim alanların bilgiyi nereden aldıkları</b>		
Doktor	19	82.6
Hemşire	3	13.0
Başka bir hasta	0	0
Hasta bakıcı	0	0
Kitap/internet/televizyon	1	4.3
<b>Bilgi/egitim alanların bilgi aldıkları konular</b>		
Tanı	5	21.7
Tedavi	6	26.1
Bakım	2	8.7
Komplikasyonlar	6	26.1
Taburculuk ve sonrası	4	17.4
<b>Bilgi/egitim alanların aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumları</b>		
Yeterli	11	47.8
Yetersiz	12	52.2

\* Veriler 23 kişiden toplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan aile bireylerinin bilgi alma durumlarına bakıldığında; % 24.7'sinin bilgi/egitim aldıkları %75.3'ünün ise almadığı belirlenmiştir. Bilgi alanların %82.6'sının doktordan ve % 26.1'inin tedavi ve komplikasyonlar hakkında bilgi/egitim aldıkları ve % 52.2'sinin ise aldıkları bilgi/egitimi yetersiz buldukları saptanmıştır (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5. Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Tanıtıcı Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Test	Anlamlılık
<b>Yaş</b>			
18-20	29.16 ± 13.22		
21-30	18.59 ± 11.40		
31-40	26.88 ± 11.19	Kw = 12.94	p = .014
41-50	17.50 ± 7.48		
51 ve Üstü	24.31 ± 11.42		
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	24.19 ± 12.26	t = 1.35	p = .18
Erkek	20.95 ± 10.76		
<b>Medeni durum</b>			
Evli	23.40 ± 10.19	t = 0.64	p = .48
Bekar	21.60 ± 14.08		
<b>Çocuk</b>			
Var	23.33 ± 10.73	t = 0.65	p = .47
Yok	21.42 ± 13.75		
<b>Çocuk sayısı</b>			
1-3	22.69 ± 10.72	t = 0.53	p = .59
3 ve üstü	24.13 ± 10.86		
<b>Kronik hastalık</b>			
Var	26.68 ± 11.36	t = 1.84	p = .07
Yok	21.54 ± 11.58		
<b>Eğitim</b>			
Okur-Yazar Değil	17.60 ± 8.20	Kw = 8.86	p = .11
Okur-Yazar	25.77 ± 14.01		
İlkokul	26.45 ± 10.03		
Ortaokul	20.53 ± 12.92		
Lise	23.60 ± 12.90		
Üniversite	17.94 ± 9.27		

<b>İş</b>			
İşçi	16.37 ± 4.40		
Emekli	26.45 ± 13.94		
Ev Hanımı	24.06 ± 12.11		
Memur	23.37 ± 8.24	Kw = 4.98	p = .54
Serbest Meslek	20.27 ± 8.29		
Çiftçi	25.50 ± 13.98		
Çalışmıyor	20.50 ± 13.88		
<b>Süre</b>			
1-30 gün	20.97 ± 11.13		
31-60 gün	28.50 ± 11.51	Kw = 5.95	p = .05
61gün ve üstü	27.33 ± 12.77		

\*92 kişi ailesi ile beraber yaşadığı için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

\*\*90 kişinin sağlık güvencesi olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

\*\*\*93 kişinin kendilerinden başka bir bakım vericisi olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan istatistiksel analizde; yaş ( $p < .01$ ) ve süre ( $p \leq .05$ ) ile ilgili gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuş iken; cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, kronik hastalığı olma durumu, eğitim ve iş ve çalışma durumu ile ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü Puan Ortalamaları**

<b>Ölçek</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b><math>\bar{x} \pm SS</math></b>
Bakım Yükü	5	52	22.76±11.6

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükü puan ortalaması 22.76±11.6 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bilgi Durumu Puan Ortalamaları**

<b>Bilgi Durumu Puan Ort.</b>	$\bar{X} \pm SS$
Kardiyovasküler	10.83 ± 4.78
Solunum	2.83 ± 1.25
Bası Yarası	4.26 ± 3.04
Beslenme ve Boşaltım	5.22 ± 2.25
Cinsellik ve İnfertilite	1.68 ± 0.60
Ağrı ve Uyku	4.78 ± 2.92
Genel Bakım	1.96 ± 2.02
Bilgi Genel Toplamı	31.6 ± 12.7

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bilgi durumu/bilgi puan ortalamalarına bakıldığında; kardiyovasküler sistem puan ortalamaları; 10.83±4.78, solunum sistemi puan ortalamaları; 2.83±1.25, bası yarası puan ortalamaları; 4.26±3.04, beslenme ve boşaltım puan ortalamaları; 5.22±2.25, cinsellik puan ortalamaları; 1.68±0.60, ağrı ve uyku puan ortalamaları; 4.78±2.92, genel bakım puan ortalamaları; 1.96±2.02 ve bilgi genel toplamı puan ortalamaları; 31.6±12.7 olarak bulunmuştur. Bakım veren aile bireyleri en yüksek puanı kardiyovasküler sistem alanında almış iken en düşük puanı cinsellik ve infertilite alanında almışlardır (Tablo 4.7)

**Tablo 4.8. Bakım Veren Aile Bireylerinin Bilgi/Eğitim Alma Durumları ile Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	$\bar{X} \pm SS$	Test	Anlamlılık
<b>Bilgi alma durumu</b>			
Evet	26.26±13.00	t = 1.54	p=.09
Hayır	21.61±11.07		

Bakım verenlerin bilgi/eğitim alma durumları ile bakım yükü puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Bakım verenlerin bilgi/eğitim alma durumları ile bakım yükü puanlarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 4.8).

## 5. TARTIŞMA

SKY nedeni ile yakını yatağa bağımlı, engelli ve başkasının bakımına ihtiyaç duyan aile bireyleri ile en uzun süre ve en yakın ilişki içerisinde olan hemşire; hasta kadar ailesini de etkileyen durumları göz önünde bulundurarak ve bakım verenlerin gereksinimlerini bilerek bunların karşılanmasında aileye yardımcı olmalıdır (21, 22).

SKY'sı olan bireylere bakım veren aile bireylerinin bakım yükleri ve bakım ile ilgili bilgi durumlarının belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmanın bulguları tartışılmıştır. Çalışmamızın bulguları, literatürde SKY'li hastalar ve bu bireylere bakım veren aile bireylerinin sosyo-demografik özellikleri ile Zarit bakım verme yükü ölçeği (ZBVYÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik araştırmalara rastlanmadığı için başka hasta grupları ve bakım verenleri ile tartışılmıştır.

SKY'li hastaların yaşı ile bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda 41-50 yaş aralığında olan SKY'li hastalara bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek bulunmakla beraber, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < .05$ , Tablo 4.2). Koyuncu'nun araştırmasında da yaşlı bireylerin yaş grubu durumu ile bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir (15). Aşiret ve Tülüce'nin çalışmalarında ise hastaların yaş grupları ile bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (17, 55). Çalışmamızda 41-50 yaş aralığında olan SKY'li hastalara bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek bulunmasında bu yaş grubunda ki bireylerde kronik hastalıkların daha çok görülmesi neden olabilir.

SKY'li hastaların cinsiyeti ile bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaya bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puanı ortalaması kadın hastalara bakım veren aile bireylerinin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmakla beraber, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Aşiret ve Tülüce'nin çalışmaları araştırmamızın bulgularını desteklemektedir (17, 55). Koyuncu'nun çalışmasında ise

yaşlı bireyin cinsiyet durumu ile bakım veren bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (15). Erkek hastaya bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puanının, kadın hastaya bakım veren aile bireylerinin puan ortalamasından daha yüksek bulunmasında; bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olması (%55.9) ve erkek bakımında mahremiyet açısından zorlandıkları düşünülebilir.

SKY'li hastaların eğitim düzeyi ile bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda; okur-yazar gruba bakım veren aile bireyleri en düşük puanı almış iken, en yüksek puanı ortaokul mezunu gruba bakım veren aile bireyleri almıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>.05$ , Tablo 4.2). Aşiret ve Tülüce'nin çalışmaları bulgularımızı desteklemektedir (17, 55). Koyuncunun çalışmasında yaşlı bireyin öğrenim durumu ile bakım veren bireyin bakım yükü ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (15).

SKY'li bireylerin kronik hastalık durumu ile bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>.05$ , Tablo 4.2). Kronik hastalığı olmayan SKY'li bireylere bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puanları kronik hastalıkları olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Koyuncu ise yaşlı bireyin doktor tanısı alan hastalığı olma durumu ile bakım veren bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalamaları arasında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu saptamıştır (15). Kronik hastalığı olmayan SKY'li bireylere bakım veren aile bireylerinin ölçek puan ortalamasının daha yüksek bulunmasında; bakım veren aile bireylerinin kişisel özellikleri doğrultusunda baş etme yeteneklerinin zayıf olabileceği düşünülmektedir.

SKY'li bireylerin gelir durumu ile bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ( $p<.05$ , Tablo 4.2). SKY'li bireylerin gelir durumu arttıkça bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamaları azalmaktadır. Koyuncu'nun araştırması bulgularımızla paralellik göstermektedir (15). SKY'li bireylerin gelir durumu ile bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puanları arasındaki ilişkinin nedeni olarak; hastaların tedavi ve bakım ile ilgili masraflarını kendi imkanları ile

karşılımları ve bakım verme sürecinin büyük bir parçası olan ekonomik yükün bakım veren aile bireylerinin üstünden kalkması gösterilebilir.

Bakım verenlerin yaşı ve ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ( $p < .05$ , Tablo 4.5). 18-20 yaş aralığında olan bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuş iken, 41-50 yaş aralığında ise diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Koyuncu ve Yaşar'ın yaptığı çalışmalar, bulgularımızı destekler niteliktedir (15, 21). Aşiret, Tülüce ve Öner'in çalışmalarında ise bakım verenlerin yaş ve ZBVYÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamıştır (17, 55, 56). Çalışmamızda 18-20 yaş aralığında ZBVYÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmasında; bu yaş grubunun daha çok okul çağında olması ve bakım vermeyi gezme, eğlenme gibi sosyal aktivitelerin engellenmesi olarak algılamaları neden olabilir. 41-50 yaş grubundaki ZBVYÖ puan ortalamasının daha düşük olması; genellikle bu yaş grubuna bakımda destekçi olan kişi sayısının artması ile ilişkilendirilebilir.

Bakım veren aile bireylerinin cinsiyeti ve ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamakla beraber ( $p > .05$ , Tablo 4.5), kadın bakım veren aile bireylerinin ölçek puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Aşiret, Tülüce ve Öner'in yaptığı çalışmalar bizim bulgularımızı destekler niteliktedir (17, 55, 56). Yaşar'ın KOAH'lı hastalara bakım verenlerle ilgili yaptığı çalışmada ise cinsiyet açısından; kadın primer bakım verenlerin ölçek puan ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (21). Çalışmamızda kadın bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamalarının yüksek olması; bakım verilen süre içerisinde aile, ev işleri ve çocuklar gibi toplumumuzda kadınların sorumlulukları gibi kabul edilen bazı faktörlerin aksatılması düşüncesinden kaynaklanabilir.

Bakım veren aile bireylerinin medeni durumu ve ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p > .05$ , Tablo 4.5). Evli olan bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamaları bekar olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Aşiret ve Tülüce'nin çalışmaları bizim bulgularımızı desteklemektedir. Yaşar çalışmasında bizim bulgularımızdan farklı olarak bekar olan bakım vericilerde, Öner ise evli olan



bakım vericilerde bakım verme yükü puan ortalamalarını diğer gruba göre istatistiksel olarak yüksek derecede önemli bulmuşlardır (21, 56). Çalışmamızda evli bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamalarının bekarlara göre daha yüksek bulunmasında; evlilerin eş ve çocukları ile yeterince zaman geçirememesi ve aile içi süreçlerde bozulma gibi faktörlerin etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Bakım veren aile bireylerinin çocuk durumu ile ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>.05$ , Tablo 4.5). Çocuğu olan bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamaları çocuğu olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Tülüce'nin çalışması bu açıdan bizim bulgularımızı desteklemektedir (55). Aşiret ise bakım verenlerin çocuk durumu ile ZBVYÖ puan ortalamaları arasındaki farkı istatistiksel olarak önemli bulmuştur (17). Araştırmamızda çocuğu olanların olmayanlara göre ZBVYÖ puan ortalamalarının yüksek olmasında; bakım verenlerin evde ve kendisinden uzakta olan çocuğunun bakımının aksaması gibi kaygıları neden olabilir.

Bakım veren aile bireylerinin çocuk sayısı ile ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>.05$ , Tablo 4.5). Çocuk sayısı 1-2 olan grubun ZBVYÖ puan ortalamaları 3 çocuk ve üstü olan grubun puan ortalamasına göre daha düşük bulunmuştur. Yaşar ise çalışmamızdan farklı olarak, bakım vericilerde çocuğu olmayanların, 2 çocuk ve 3 ve daha çok çocuğu olanlara göre bakım verme yükü puan ortalamalarını anlamlı derecede yüksek bulmuştur. Aynı çalışmada iki çocuğu olanların bakım verme yükü puan ortalamaları, 3 ve daha çok çocuk olanlara göre anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir (21). Çalışmamızda 3 çocuk ve üstü olan grupta ZBVYÖ puanının 1-2 çocuk sayısı olan gruba göre daha yüksek bulunmasında; daha çok çocuğun daha fazla stres ve anksiyeteye neden olabileceği yorumunu getirebiliriz.

Araştırmamızda bakım veren aile bireylerinin iş durumu ile ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamakta iken, emekli olan grubun ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek olarak bulunmuştur ( $p>.05$ , Tablo 4.5). Tülüce çalışmasında bakım verenlerin iş durumu ile ZBVYÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığını tespit etmiştir (55). Yaşar ise araştırmasında bizim bulgularımızdan

farklı olarak, memur bakım vericilerde bakım verme yükü puan ortalamasının işçi ve ev hanımlarına göre önemli derecede yüksek olduğunu saptamıştır (21). Araştırmamızda emekli olan grubun ölçek puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek bulunması; emeklilerin genellikle yaşlı bireyler olmasına ve beraberinde eşlik eden kronik hastalıkların varlığına bağlı olabilir.

Araştırmamızda bakım veren aile bireylerinin eğitim durumu ile ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamakla beraber, okur-yazar olmayan grubun bakım yükü puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur ( $p > .05$ , Tablo 4.5). Koyuncu'nun çalışmasında eğitim durumu ve bakım veren bireylerin bakım yükü ölçek puan ortalamaları ile gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olduğu belirtilmiştir (15). Yaşar'ın çalışmasında ise okur-yazar olmayanların bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması ile ilkokul mezunu olanların bakım verme yükü puan ortalamalarının ortaokul ve üstüne göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (21). Araştırmamızda okur-yazar olmayan grubun ölçek puanının diğer gruplara oranla daha düşük bulunmasında; eğitim durumu ile sosyalleşme yeteneği gelişiminin paralel olması rol oynayabilir.

Araştırmamızda bakım veren aile bireylerinin kronik hastalık durumu ile ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p > .05$ , Tablo 4.5). Kronik hastalığı olan grubun ölçek puan ortalaması kronik hastalığı olmayan grubun puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Aşiret ve Öner'in çalışmalarında bakım verenlerin sağlık sorunu olma durumu ve ZBVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur (17, 56). Yaşar'ın çalışmasında bakım verenlerde herhangi bir sağlık sorunu ya da hastalık durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık sorunu olmayan grupta bakım verme yükü puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (21). Koyuncu'nun çalışmasında ise; doktor tanısı alan hastalık durumu ile bakım yükü ölçek puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur (15). Kronik hastalığı olan bakım veren aile bireylerinin ölçek puanlarının daha yüksek bulunmasında; kronik hastalığı olan bakım verenlerin kendi sağlık sorunları ile tam

başa çıkamazken başka bir bireyin sağlık ve bakım sorunları ile uğraşmak zorunda kalmaları etkili olabilir.

Bakım verenlerin bakım verdikleri süre ile ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ( $p < .05$ , Tablo 4.5). 1-30 gün arası bakım verenlerin ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Aşiret çalışmasında bakım süresi arttıkça bakım yükünün de arttığını belirtmiştir (55). Öner ise çalışmasında bakım süresi ile ölçek puanı arasında önemli bir fark bulunmadığını saptamıştır (56). 1-30 gün arası bakım verenlerde ölçek puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olması; bu sürenin bakım veren bireyler tarafından şok süresi olarak algılanmasından kaynaklanabilir.

Araştırmamıza katılan bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun (%75.3) hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar ile ilgili bilgi almadıkları %24.7'sinin ise bilgi aldıkları belirlenmiştir. Bilgi alanların %82.6'sının doktordan ve %26.1'inin tedavi ve %26.1'inin komplikasyonlar hakkında bilgi aldıkları ve %52.2'sinin aldıkları bu bilgiyi yetersiz buldukları belirlenmiştir (Tablo 4.4) Yaşar'ın KOAH'lı bakım verici bireylerle yaptığı çalışmada; bakım veren bireylerin çoğunluğunun (%78.8) hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi edindiği, bunların ise %46.9'unun doktordan bilgi edindiği, %65.4'ünün edinilen bilgi içeriğinin hastalığın genel tanımı, hastalığın ne olduğu konusunda olduğu belirlenmiştir (21). Aşiret'in çalışmasında bakım verenlerin %85.7'sinin hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi aldıkları, %23.7'sinin doktordan, %92.1'inin hastalığa yönelik bilgi aldıkları ve %16.7'sinin bilgiyi yetersiz bulduğu belirlenmiştir (17). Öner'in çalışmasında ise hastalık ve tedaviye ilişkin bakım verenlerin %42.5'inin bilgi aldıkları %57.5'inin bilgi almadıkları belirlenmiştir. Bilgi alanların %32.5'inin doktordan ve %23'ünün ise aldıkları bilgiyi yeterli buldukları saptanmıştır (56). Çalışmamızın bulgularına dayanarak SKY'li bireylere bakım veren aile bireylerinin daha kapsamlı bilgi ve eğitime gereksinimi olduğu düşünülmektedir. Bu gereksinimin tam olarak karşılanamamasında; doktor ve hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle sadece hastanın fiziksel sağlığına yönelik bir yaklaşım sergilemeleri ve bu yüzden hasta ve hasta yakınları ile açıklama ve eğitim konularında iletişim kuramamalarının etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmamıza alınan bakım veren aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamaları  $22.76 \pm 11.6$  olarak orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.6). Bakım verme yükü ölçeğinden alınan puan ne kadar yüksek ise bakım veren bireylerin yükü de o kadar artmaktadır (42). Koyuncunun çalışmasında bakım yükü ölçek puan ortalaması 58.56, Aşiret'in çalışmasında 42.5, Yaşar'ın çalışmasında 50.2, Tülüçe' nin çalışmasında 29.84 ve Öner'in çalışmasında ise 32.11 olarak belirtilmiştir (15, 17, 21, 55, 56). Araştırmamıza katılan aile bireylerinin ZBVYÖ puan ortalamasının orta derecede bulunmasının nedeni olarak; Türk toplumunun, bakım vermeyi yük olarak algılamaktan daha çok, kültürel bir gelenekmiş gibi kabul etmesi söylenebilir. Toplumumuzun aile bağlarının daha güçlü olması nedeniyle bireylerin ihtiyaç duydukları desteği daha çok ailelerinden aldıkları düşünülmektedir. Araştırmamıza katılan aile bireyleri dışında başka bakım vericilerin olması da yükün orta derecede algılanmasına neden olabilir. Başka bakım vericilerin olması, araştırmamıza katılan bakım verenlere daha çok dinlenme ve ev ve iş hayatlarına zaman ayırma gibi avantajlar sağlamış olabilir.

Araştırmamızda bakım verenlerin hastalık ve tedavi süresince bilgi alma durumu ile ZBVYÖ puanı karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ , Tablo 4.8). Bilgi alan bakım verenlerin ölçek puan ortalaması bilgi almayan bakım verenlerin puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Öner'in çalışması bulgularımızı desteklemektedir (56). Aşiret ve Yaşar çalışmalarında hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi alma durumu ile bakım verme yükü ölçeğini incelenmiş ve bilgi almış olanların bakım verme yükü puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamışlardır (17, 21). Bizim araştırmamızda hastalık ve tedavi süresince bilgi alan grubun puan ortalamasının almayan gruba göre daha yüksek bulunmasının nedeni olarak; alınan bilginin yeterli olmaması ya da bakım verme sürecine entegre edilememesi gösterilebilir.

Araştırmamamıza katılan bakım verenlerin bilgi durumu puan ortalamalarına bakıldığında; kardiyovasküler sistem alanındaki puan ortalaması ( $10.83 \pm 4.78$ ) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş iken, cinsellik ve infertilite puan ortalaması ( $1.68 \pm 0.60$ ) diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda cinsellik ve infertilite bilgi puan ortalamasının düşük olması; toplumumuzun cinsellikle ilgili değer

yargıları nedeni ile bu konunun sağlık personelleri tarafından tam olarak tartişilamamasına bağlı olabilir. Ayrıca araştırmamızın süresi yaralanmanın akut dönemi olduğu için, bakım verenler daha çok yaşamı tehdit eden kardiyovasküler, beslenme, boşaltım gibi konulara yönelik kaygı ve endişe taşıyarak, bu alanlara yönelik bilgilendirilmiş olabilirler.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SKY'sı olan bireylere bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve bakım ile ilgili bilgi durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada 93 SKY'lı hastadan ve bakım verenden elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

SKY'lı hastaların yaş ve gelir durumunun bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü etkilediği ve hastaların gelir durumu arttıkça bakım yükünün azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca bakım veren aile bireylerinin yaşı ve bakım verdikleri sürenin de bakım yükünü etkilediği tespit edilmiştir.

Bakım veren aile bireylerin çoğunlukla hastalık, tedavi ve bakım ile ilgili bilgi almadıkları, alanların ise bu bilgiyi yetersiz buldukları belirlenmiştir.

Aile bireylerinin bakım verme yükü ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $22.76 \pm 11.6$  olarak orta düzeyde bulunmuştur.

**Araştırmamızdan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:**

- SKY'lı hasta ve bakım veren bireylere hastalık, tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgi ve eğitim verilmesi,
- SKY'lı hasta ve bakım veren bireylere yaşadıkları deneyimleri paylaşacak destek grupların kurulması,
- Hastane odalarının özel oda, tuvalet, banyo, dinlenme koltukları, televizyon, ve internet gibi olanakları içermesi ve böylelikle bakım verenlerin psikolojik ve bedensel rahatlıklarının sağlanması,
- Ülkemizde SKY'lı bireylerle ve bu hastalara bakım verenlerle ilgili gerek bakım verme yükünü belirlemeye yönelik gerekse hemşirelik uygulamaları anlamında yapılmış çalışmaların sınırlı olması nedeni ile yeni çalışmalar yapılarak konu ile ilgili literatürün zenginleştirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- 1-Kaya, H. (2004). Spinal Kord Yaralanması Olan Bireylerde Hemşirelik Bakımı ve Eğitimin Bağımlık-Bağımsızlık Ve Öz-bakım Gücü Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 2-Bozkurt, G., Akbay, A., Palaoglu, S. (2004). Spinal Travmalar. Benli, K. (Ed). Temel Nöroşürji (s.293-308). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- 3-Akbay, A., Palaoglu, S. (2009). Acil spinal girişimler. Özgen, T., Ziyal, İ. (Ed). Acil Nöroşürji (s.124-158). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- 4-Erçalık, C., Karaman, N. S. (2011). Spinal Kord Yaralanmasında Patofizyoloji. *Türkiye Klinikleri Fizik Tedavi ve Rehabitasyon Dergisi*, 4(2), 7-10.
- 5-Keleş, I. (2001). Spinal Kord Yaralanmalarında Epidemiyolojik Bilgiler, Seyir ve Nihai Sonuçlar. *Türkiye Klinikleri Fizik Tedavi Ve Rehabitasyon Dergisi*, 1, 58-66.
- 6-Bütün, B. (2011). Spinal Kord Yaralanmalarının Tarihçesi, Temel Esasları Ve Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Fizik Tedavi Ve Rehabitasyon Dergisi*, 4(2), 1-6
- 7-Ateş, E. (2011). Spinal Kord Yaralanması Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Stresle Baş Etme Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- 8-Atagün, M., İ., Balaban, Ö., D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A., Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-52.
- 9-Witte, L., P., Boloemen, J., Post, MWM. (2005). Burden Of Support For Partners Of Persons With Spinal Cord Injuries. *International Spinal Cord Injury*, 43, 311-19.
- 10-Lucke, T., K., Coccia, H., Goode J., S., Lucke, J., F. (2004). Quality of Life İn Spinal Cord İnjured Individuals and Their Caregivers During The 6 Months Following Rehabilitation. *Quality of Life Research*, 13, 97-110.

- 11-Çetinkaya, Y. (2006). Kanser Hastalarında Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar Ve Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 12-Malak, A., T., Dicle, A. (2008). Beyin tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2), 118-21.
- 13-Fadıloğlu, Ç. (2006). Evde Onkoloji Hastasına Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 14-Gülseren, L., Çam, B., Yiğit, T., Danacı A., E., Çubukoğlu, Z., Taş, C., Gülseren., Ş., Mete, L. (2010). Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 203-12
- 15-Koyuncu, Y., E. (2009). Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 16-Bayramova, N. (2008). Amiyotrofik Lateral Sklerozlu (ALS'li) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi, Doktora Tezi, Ege Ünivesitesi, İzmir.
- 17-Aşiret, D., G. (2009). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 18-Özyıldız, G., A. (2006). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 19-Ünver, N. (1998). Yoğun Bakımda Yatan Hasta Ailelerinin Gereksinimlerinin Saptanması Ve Ailenin Bakıma Katılma Düzeyinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.



20-Arango Laspiralla, J.,C., ve arkadaşları. (2010). Family Needs And Psychosocial Functioning Of Caregivers' Of individuals With Spinal Cord Injury, From Colombia. South America. *NeuroRehabilitation*, 27, 83-93.

21-Yaşar, F. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.

22-Karamehmetoğlu, Ş., S. (2001). Spinal Kord Yaralanmasında Yaşam Kalitesinin Etkilenmesi, *Türkiye Klinikleri Fizik Tedavi Ve Rehabitasyon Dergisi*, 1, 148-51.

23- Gök, U., H. (2013). İnmeli Hastalara Evde Verilen Bakım İle Bakım Vericilerine Yapılan Eğitimin Bakım Vericilerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

24-Kalav, S. (2011). İnme Tanısı Almış Hasta Bireyler Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.

25-Temiz, H. (2009). İnmeli Hastalara Evde Bakan Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine Ve Bakım Yükünü Algulamalarına Etkisi. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

26-Koçak, G. (2011). İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

27-Çetinkaya, F. (2008). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

28-Yacı, Ö. (2011). Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü Ve Depresyonu. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

29-Türkoğlu, N. (2011). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

30-Çetin, N. (2011). Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Dışa Vuran Duygu Durum İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

31-Işık, S. (2008). Şizofreni Ve Multiple Skleroz Hastalarının Bakıcılarında Görülen Yük İle İlişkili Faktörler: Karşılaştırılmalı Bir Çalışma. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi, İzmit.

32-Kekeç, M. (2011). Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

33-Altınok, Ü. (2010). Omurilik Felçlilerde Psikiyatrik Semptomlar Ve Bakım Veren Yükü. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

34-Güzel, R., Uysal, F., G. (2004). Tıbbi Rehabilitasyon (2. Bs.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri

35-Gürgöze, M. (2006). Omurilik Yaralanmalarında Rehabilitasyon Hemşireliği. İstanbul: Zümbüloğlu Matbaası

36-Mcdonald, JW., Sadowsky, C. (2002). Spinal Cord Injury, *Lanset*, 359, 417-25.

37-Karacan, I., Koyuncu, H., Pekel, O., Sumbuloglu, G., Kirnap, M., Dursun, H., Kalkan, A., Cengiz, A., Yalınkılıç, A., Unalan, HI., Nas, K., Orkun, S., Tekeoglu, I. (2000). Traumatic Spinal Cord Injuries in Turkey: a Nation-Wide Epidemiological Study, *Spinal Cord*, 38 (11), 697-701.

38-Gündüz, Ş. (2000). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitapevi.

- 39-Kasuya, R.T., Polgar-Bailey, P., Takeuchi, R. (2000). Caregiver Burden and Burnout, *Postgrad. Med.*, 108 (7), 119-23.
- 40-Toseland, R.W., Smith, G., Mccallion, P. (2001). Family Caregivers of The Frail Elderly, *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*. Columbia University Press.
- 41-Erdem, M. (2005). Yaşlıya Bakım Verme, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 101-6.
- 42-İnci, F. H. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- 43-The Merriamwebster. Erişim Tarihi: 24.06.2014, <http://www.merriam-webster.com/dictionary>,
- 44-Hunt, C.K. (2003). Concepts in Caregiver Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (1), 27–32.
- 45-Akman, S. (2006). Epileptik Nöbet Geçiren Sağlıklı Çocuğı Olan Annelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- 46-Given, B. A., Given, C. W., Kozachık, S. (2001). Family Support In Advanced Cancer. *CA Cancer J Clin*, 51 (4), 213-31.
- 47-Köseoğlu, E., Karataş, G., K. (2011). Omurilik Yaralanmasında Otonomik Disrefleksi. *Journal Of Physical Medicine And Rehabilitation Sciences*, 14, 57-62
- 48-Soyupek, F. (2011). Spinal Kord Yaralanmasında Pulmoner Sistem. *Türkiye Klinikleri Fizik Tedavi Ve Rehabitasyon Dergisi*, 4(2), 51-7
- 49-Gürçay, E. (2009). Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda Bası Yaraları. *Marmara Medical Journal*, 22 (2), 162-8

- 50-Yazıcıoğlu, K. (2005). Nörojenik Mesanede Konservatif Yaklaşımlar. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 51, 26-32.
- 51-Doğu, B. (2011). Spinal Kord Yaralanmalarında Kardiyovasküler Sistem Ve Otonom Sinir Sistemi Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(2), 52-64
- 52-Ediz, L., Erden, M. (2011). Spinal Kord yaralanmalarında Genitoüriner Sistem. *Türkiye Klinikleri Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(2), 78-83
- 53-Bayık, A. (2006). Hemşirelik Araştırmalarında Etik. İ. Erefe (Ed.). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç Ve Yöntemleri*, (s. 27-48). İstanbul: Ofset Baskı.
- 54-Ulusoy M.F., Uçar, H. (2002). Araştırma Etiği. Ankara: 72. Tasarım Ltd. Şti.
- 55- Tülüce, D. (2012). Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- 56-Öner., İ., Ö. (2012). Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.

## **EKLER**

### **EK -1: ÖZGEÇMİŞ**

1984 yılında Elazığ'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Elazığ'da tamamladı. 2002 yılında Malatya sağlık Yüksek Okulu hemşirelik bölümünü kazandı ve 2006 yılında aynı okuldan mezun oldu. 2006-2008 yılları arasında Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışmış olup, 2008 yılından itibaren Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaktadır. 2012 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda lisansüstü eğitime başlamıştır.

## **EK-2: Hasta Tanıtım Formu**

**ACIKLAMA:**Bu araştırma spinal kord yaralanması olan bireylere bakım veren aile bireylerinin bakım yükleri ve bakım ile ilgili bilgi durumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışma sizin tedavi ve bakımınızı etkilemeyecektir. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim

**Güllü Sağlam**

**Tanı: (Hasta Dosyasından)**

**Yaralanma Nedeni: (Hasta Dosyasından)**

1-Yaşınız kaçtır? .....

2-Cinsiyetiniz nedir?

A-Kadın

B- Erkek

3-Medeni durumunuz nedir?

A- Evli

B- Bekar

C- Dul

4- Eğitim durumunuz nedir?

A- Okur-Yazar değil

B- Okur-Yazar

C- İlkokul

D- Ortaokul

E- Lise

F- Üniversite

5-Sağlık güvencesiniz var mı?

A-Var

B-Yok

6- Çocuğunuz var mı?

A-Var

B-Yok

7- Varsa kaç tane? .....

8- Kronik hastalığınız var mı ?

A-Var

B-Yok

9- Gelir Durumunuz nasıldır?

A-Gelir giderden düşük

B- Gelir gidere eşit

C- Gelir giderden yüksek

10-İş ve çalışma durumunuz nedir?

A-İşçi

B- Emekli

C-Ev Hanımı

D- Memur

E- Serbest Meslek

F- Çiftçi

G- Çalışmıyor

11- Birlikte yaşadığınız bireyler var mı ?

A- Yalnız

B- Aile

### **EK-3: Bakım Veren Aile Bireyleri Tanıtım Formu**

**ACIKLAMA:**Bu araştırma spinal kord yaralanması olan bireylere bakım veren aile bireylerinin bakım yükleri ve bakım ile ilgili bilgi durumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışma hastanızın tedavi ve bakımınızı etkilemeyecektir. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim

#### **Güllü Sağlam**

1-Yaşınız kaçtır?

2-Cinsiyetiniz nedir?

A-Kadın

B- Erkek

3-Medeni durumunuz nedir?

A- Evli

B- Bekar

C- Dul

4- Eğitim durumunuz nedir?

A- Okur-Yazar değil

B- Okur-Yazar

C- İlkokul”

D- Ortaokul

E- Lise

F- Üniversite

5-Sağlık güvenceniz var mı?

A-Var

B-Yok

6- Çocuğunuz var mı?

A-Var

B-Yok

7- Varsa kaç tane? .....

8- Kronik hastalığınız var mı ?

A-Var

B-Yok

9- Gelir Durumunuz nasıldır?

A-Gelir giderden düşük

B- Gelir gidere eşit

C- Gelir giderden yüksek

10-İş ve Çalışma Durumunuz nedir?

A-İşçi

B- Emekli

C-Ev Hanımı

D- Memur

E- Serbest Meslek

F- Çiftçi

G- Çalışmıyor

11- Birlikte yaşadığınız bireyler var mı?

A- Yalnız

B- Aile

12- Hasta ile Yakınlığınız nedir ?.....

13- Ne kadar süredir hastaya bakım veriyorsunuz?

14-Sizden başka bakım veren var mı?

A-Var B-Yok

15- Hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar İle ilgili herhangi bir bilgi veya eğitim aldınız mı?

A- Evet B- Hayır

16- Cevabınız Evet ise aşağıdaki hangi kaynak/kaynaklardan bilgi aldınız? ( Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

A- Doktor B- Hemşire C- Başka bir hasta  
D- Hasta bakıcı E-Kitap/İnternet/ Televizyon F- Diğer

17- Aldığınız bilginin içeriği nedir ? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

A- Hastalığın Tanısı  
B- Tedavisi  
C- Bakım  
D- Gelişebilecek Sorunlar  
E- Bu Sorunlar Sırasında Yapılabilecekler  
F- Taburculuk ve sonrası

18- Size verilen bilgileri yeterli buluyor musunuz?

A- Evet B- Hayır



## EK-4: Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakımla İlgili Bilgi Formu

**Açıklama:** Bu formda spinal kord yaralanması olan hastalarda görülebilecek sorunlar, bu sorunların neden olduğu, belirtileri ve geliştiğinde **hasta yakınları tarafından hastanede yapılabilir uygulamalarla** ilgili bilgiler yer almaktadır. Sorularda geçen açıklamaları BİLİYORUM ya da BİLMİYORUM diye cevaplandırmanız gerekmektedir. Teşekkürler.

1-KARDİYOASKÜLER PROBLEMLER		
	<u>BİLİYORUM</u>	<u>BİLMİYORUM</u>
1-Hastamda görülebilecek fenalık hissi, baş dönmesi, kulak çınlaması gibi belirtiler tansiyonun düşüklüğünü gösterdiğini;		
2- Bu belirtileri önlemek için hasta dik oturur pozisyona geçmeden önce bacaklara kompresyon baskı ve karın bölgesine sargılar (korse) giyilmesi gibi metodları;		
3- Aşırı gaz, idrar yolu enfeksiyonu, yatak yarası ve kabızlık nedeniyle; zonklayıcı baş ağrısı, aşırı terleme, kızarıklık gibi belirtileri;		
4- Bunları önlemek için hastaya dar giysiler giydirilmemesini;		
5- Bu belirtiler geliştiğinde hastanın dik oturur pozisyona geçirilmesi gerektiğini;		
6- Yaralanmanın beyindeki ısı merkezi üzerine etkisi nedeniyle vücut ısısı normalden düşük ( 36 C'nin altında olması) veya yüksek olabileceğini; (37.5 C nin üstünde olması)		
7- Vücut ısısı yüksek olduğu zaman soğuk uygulama yapılması gerektiğini;		
8-Soğuk uygulamanın el ve ayak bileklerine, kasıklara ve alın bölgesine ıslak bez/pamuk koyularak yapıldığını;		
9- Soğuk uygulamanın ortalama 15 dk süreceğini;		
10- Hastalığa bağlı yaralanma, ameliyat, yatak yarası, iştahsızlık ve yetersiz beslenme, idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle kansızlık görülebileceğini;		
11- Kansızlık durumunda hastaya kan verileceğini;		

12- Hastanın demirden zengin yiyecekler ve yeşil yapraklı sebzeler yemesi gerektiğini;		
13- Hastada dolaşım yetersizliğine bağlı kalp sorunları görülebileceğini;		
14- Bu durumda şişmanlık kalp hastalıklarını tetiklediği için hastanın kilosunun kontrol altına alınması gerektiğini;		
15- Hipertansiyon ve kolesterol seviyesi kontrol edilmesini;		
16- Tuzlu ve yağlı yiyeceklerden uzak durması konusunda hastanın desteklenmesini;		
17- Hastada hareketsizliğe bağlı dolaşım sorunları görülebileceğini;		
18- Bunun belirtileri olarak tek taraflı şişlik, ateş, bacaklarda ağrı ve duyu değişiklikleri olabileceğini;		
19- Önlemek için yatak içi egzersizlerinin yaptırılmasını		
20- Pozisyon verilmesini;		
21- Varis çorabı giydirilmesini;		
22-Masaj yapılmasını;		
<b>2- SOLUNUM PROBLEMLERİ</b>		
1-Balgam çıkaramama, az öksürme, nedeniyle solunum kasları yeterince kullanılamaz. Bunun sonucu olarak da hastanın hızlı hızlı nefes alıpve nefes almakta zorluk çekeceğini;		
2- Balgam birikmesini önlemek için hastanın sıvı alımının arttırılmasını;		
3- Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmasını;		
4- Postural Drenaj yaptırılmasını;		
<b>3- BASI YARALARI</b>		
1-Sürekli aynı pozisyonda yatma, hareketsizlik, çarşafların nemli ve kırışik olması ve yetersiz ve dengesiz beslenme nedeniyle yatak yaraları oluşabileceğini;		
2- Önlemek için 2 saatte bir pozisyon değiştirileceğini;		
3-Çarşaflar kuru ve kırıksız olmasını;		
4-Doktor/Diyetisyen kontrolünde uygun diyet programı geliştirilmesi gerektiğini;		
5-Bu diyetin genellikle proteinden zengin olmasını ( et,süt, yumurta vb)		
6-Yatak içi el-kol ve ayak-bacak egzersizleri yaptırılmasını;		

9-Havalı yatak kullanılmasını;		
--------------------------------	--	--

<b>4-BESLENME VE BOŞALTIM</b>		
	<b><u>BİLİYORUM</u></b>	<b><u>BİLMİYORUM</u></b>
1-Yaralanmanın bağırsaklar üzerindeki etkisine bağlı olarak kabızlık görülebileceğini;		
2-Kabızlığı önlemek için doktor/diyetisyen kontrolünde diyet programı geliştirilmesi gerektiğini;		
3- Bu diyetin genellikle lifli ve posalı yiyecekler içermesini;		
4- Hareket bağırsak hareketlerini aktifleştirdiği için, egzersizler veya tekerlekli sandalyeyle gezmesi gerektiğini;		
5- Sabahları aç karnına bir bardak ılık su içirilmesini;		
6- Gerekirse lavman yapılmasını;		
7- Hastanın tahrip olmuş sinirler nedeniyle idrarını yapamayacağını;		
8- Bu durumda normal sonda yerine temiz aralıklı kataterizasyona geçilebileceğini;		
9- Hastada iştahsızlık veya fazla kilo alma gibi sorunlar yaşanabileceğini;		
10- İştahsızlık için sevdiği yemekleri yemesi sağlanmasını;		
11- Rahatsız edici kötü kokular engellenmesini;		
<b>5- CİNSEL SORUNLAR VE İNFERTİLİTE</b>		
1-Yaralanma sonrası kadınlarda 3-6 ay adet düzensizliği görülebileceğini;		
2- Erkeklerde cinsel sorunlar görülebileceğini;		
<b>6- AĞRI VE UYKU</b>		
1-Ağrının, yumuşak doku ve kemik yaralanması, omurilik kanalındaki kırıklar, ameliyat ve enfeksiyon nedeniyle görüldüğünü;		
2- Ağrıyan uzuva masaj ve sıcak-soğuk uygulama yapılacağını;		
3- Dikkatinin başka yöne çekileceğini;		
4- Psikolojik yaklaşımların da yarar sağlayacağını;		

5- Hastada ağrı, çevre değişimi, uzun süre yatakta kalma ve depresyon gibi nedenler uyku düzeninde değişikliklere neden "olabileceğini;		
6- Hastanın uyuması için sessiz bir ortam sağlanması;		
7-Yatağın konforlu olması;		

8- Ağrısı varsa giderilmeye çalışılması;	<b><u>BİLİYORUM</u></b>	<b><u>BİLMİYORUM</u></b>
9- Müzik, kitap okuma gibi aktiviteleri gerçekleştirmesi için hastanın desteklenmesini;		
10-Yatmadan önce masaj, bir bardak ılık süt içme gibi rahatlatıcı aktiviteler uygulanmasını;		
11- Sıkıntılarını anlatması için uygun ortam sağlanması;		
12- Gündüz uyumasının engellenmesini;		
13- Kafein içeren içecekleri tüketmesinin kısıtlanmasını;		
<b>7- GENEL BAKIM</b>		
1-Hastada nörolojik fonksiyonlarda bozulma ile birlikte uzun süre aynı pozisyonda kalma, dolaşım yetersizliği, sürtünme ve tahriş, ıslak yatak takımları ve giysiler deri bütünlüğünde bozulmaya yol açabileceğini;		
2- Bu nedenle her ihtiyaç olduğunda hastanın vücudu temizden kirliye doğru silinmesini;		
3-Çarşafların ıslak kalmaması gerektiğini;		
4- Hastanın kıyafetleri temiz olması, kirlendikçe değiştirilmesini;		
5- Hastane ortamı, ameliyat yara bölgesi, damar yolu ve idrar sondasının hasta için birer enfeksiyon kaynağı olduğunu		
6-Ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasını;		
7- İdrar renginin koyulaşması, artması veya azalması, kan veya beyaz lekelerin olmasının enfeksiyon belirtileri olduğunu;		
8- Hasta odası kalabalık olmaması,sık sık havalandırılması;		

## **EK-5: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Türkçe Versiyonu**

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

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

- 13- Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça Sık 4 Hemen her zaman
- 14- Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça Sık 4 Hemen her zaman
- 15- Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça Sık 4 Hemen her zaman
- 16- Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi düşünüyor musunuz?  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça Sık 4 Hemen her zaman
- 17- Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça Sık 4 Hemen her zaman
- 18- Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister misiniz?  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça Sık 4 Hemen her zaman
- 19- Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça Sık 4 Hemen her zaman
- 20- Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu hissediyor musunuz?  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça Sık 4 Hemen her zaman
- 21- Yakınınızın bakımında yapabileceğinizin işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça Sık 4 Hemen her zaman
- 22- Yakınına bakarken genelde ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?  
0 Hiç 1 Nadiren 2 Biraz 3 Oldukça 4 Aşırı

**EK-6: Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve Anabilim Dalı  
Başkanlığı İzin Formu**

T.C  
Fırat Üniversitesi Hastanesi  
Başhekimliği

SAYI :37363939/3012  
KONU:Tez Çalışması Hk.

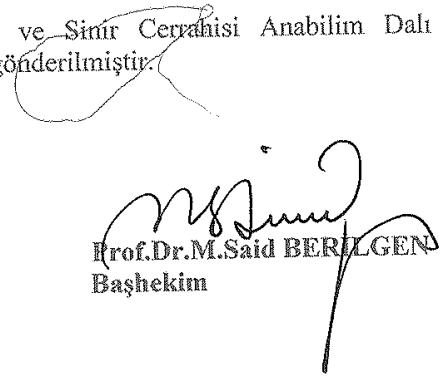
ELAZIĞ  
08.05.2013

Sayın Güllü SAĞLAM  
Hemşire  
(Beyin Cerrahi Kliniği)

İLGİ: 02.05.2013 tarih 7152 evrak kayıt sayılı dilekçeniz.

İlgi dilekçenize istinaden hastanemiz Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığının 06.05.2013 tarih 55 sayılı yazısı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. M. Said BERLGEN  
Başhekim

EKİ: 1



T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

Sayı: 92513772/ 55

Konu: Tez Çalışması Hk.

06.05.2013

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İlgi: 22.03.2013 tarih ve 1884 sayılı yazınıza istinaden

İlgili yazınıza istinaden kliniğimiz hemşiresi Güllü SAĞLAM' ın "Spinal kord yaralanması olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve bakım ile ilgili bilgi durumlarının belirlenmesi" adlı tez çalışmasının yürütülmesi talebi uygun görülmüştür. Dilekçe ve etik kurul kararı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

EK:

- 1- Dilekçe
- 2- Etik Kurul Karar Formu

FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
EVRAK KAYIT

I	XI	Gereğinin
II	XII	Bilgi
III	XIII	Tezlik
IV	XIV	Görüş
V	XV	
VI	XVI	
VII	XVII	
VIII	XVIII	
IX	XIX	
X	XX	
Tarih	07.05.2013	
Sayı	92513772	

Doç.Dr. Fatih Serhat EROL  
Beyin Cerrahi A.D Başkanı.



## EK-7: Malatya Klinik Araştırmaları Etik Kurul İzin Formu

### MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Spinal Kord Yaralanması Olan Bireylere Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükleri Ve Bakım İle İlgili Bilgi Durumlarının Belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2012/237			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Serdar Sarıtaş			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
Diğer:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih: 11.04.2013				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

**MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hamza KARABİBER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Hamza KARABİBER	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Alaadin POLAT	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. H.Birgül CUMURCU	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusuf YAKUPOĞULLARI	Tıbbi Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Neslihan ŞİMŞEK	Diş Hekimliği	İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ömer Murat AYDIN	Nükleer Tıp Uzmanı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Hasan KONAN	Sivil Üye	Zaloğlu Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma