



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OMURİLİK YARALANMALI HASTALARA BAKIM  
VERENLERİN BAKIM VERİCİ YÜKÜ VE ALGILANAN  
SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

GÜLİZAR HACIALİOĞLU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç.Dr. AYFER ÖZBAŞ

İSTANBUL, 2017

## TEZ ONAYI

### TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Gülizar HACIALİOĞLU  
Tez Başlığı : Omurilik Yaralanmalı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verici Yükü ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Unkapanı Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 11.08.2017

Tez tarafımızdan okunmuş, ka psam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

#### Danışman

Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ

#### Kurumu

İstanbul Üniversitesi

#### İmza



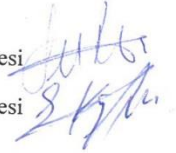
#### Sınav Jüri Üyeleri

Yrd. Doç. Dr. Selda RIZALAR

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..15./08./2017. tarih ve ..2017....../...24... - 38.... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr.Nesrin EMEKLİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



## BEYAN

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün sahalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

GÜLİZAR HACIALIOĞLU

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana rehberlik eden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ' a, araŐtırmamın gerçekleştirilmesini sağlayan T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne, çalışmaya katılmayı kabul eden ve ölçekleri dolduran omurilik yaralanmalı bireyler ve bakım verenlere, her zaman yanımda olan ve yüksek lisans eğitimim boyunca da desteğini benden esirgemeyen ailem ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

<b>TEZ ONAYI</b> .....	i
<b>BEYAN</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ</b> .....	vi
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	vii
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	viii
<b>1. ÖZET</b> .....	1
<b>2. ABSTRACT</b> .....	2
<b>3.GİRİŞ</b> .....	3
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
4.1.Omurilik Yaralanmaları.....	6
4.1.1.Omurilik anatomisi.....	6
4.1.2. Omurilik yaralanmasında epidemiyoloji.....	8
4.1.3. Omurilik yaralanmasında sınıflandırma.....	11
4.1.4. Omurilik yaralanması komplikasyonları.....	13
4.2. Omurilik Yaralanmasında Bakım.....	20
4.2.1. Hastane öncesi dönemde bakım.....	20
4.2.2. Hastanede bakım.....	21
4.3. Bakım Verme.....	22
4.3.1. Yük kavramı.....	23

4.3.2. Bireylerin bakım verme algısı.....	23
4.3.3. Bakım veren bireylerin yaşadığı güçlükler.....	24
4.3.4. Bakım verme güçlüğünü etkileyen faktörler.....	25
4.3.5. Bakım veren bireylerin gereksinimleri.....	26
4.3.6. Bakım verenlerin desteklenmesinde hemşirenin rolü.....	27
4.4. Sosyal Destek.....	28
4.4.1. Sosyal destek kaynakları.....	29
4.4.2. Sosyal desteğin işlevleri.....	29
4.4.3. Sosyal destek modelleri.....	30
<b>5.METOD VE MATERYAL.....</b>	<b>31</b>
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	31
5.2. Araştırma Soruları.....	31
5.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer.....	31
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
5.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	32
5.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	32
5.7. Verilerin Toplanması.....	33
5.7.1. Hasta tanıtım formu.....	33
5.7.2. Bakım veren bireyitanıtım formu.....	33
5.7.3. Barthel yaşam kalitesi indeksi.....	34

5.7.4. Zarit bakım verme yükü ölçeği.....	34
5.7.5. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği.....	35
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
5.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>37</b>
<b>7. TARTIşMA.....</b>	<b>52</b>
<b>8. SONUÇ.....</b>	<b>64</b>
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>67</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>78</b>
<b>11. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>92</b>
<b>12. ÖZGEÇMİş.....</b>	<b>95</b>

## **KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ**

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ASIA:** American Spinal İnjury Association

**ASYD:** Amerikan Spinal Yaralanma Derneği

**BYKİ:** Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi

**ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**DVT:** Derin VenTrombozu

**SPSS (IBM):** (Statistical PackageforSocialSciences)

**NSCISC:** Ulusal Omurilik Yaralanma İstatistik Merkezi

**TAK:** Temiz Aralıklı Kateterizasyon

**ZBYYÖ:** Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

**ark.:** Arkadaşları

**Min:** Minimum

**Max:** Maksimum

**n:** Olgu sayısı

**Ort :** Ortalama

**Ss :** Standart Sapma



## ŞEKİL LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 4.1.2.1:</b> Türkiye’de Omurilik Yaralanmalı Kişilerin Nörolojik Sınıflandırılması.....	9
<b>Şekil 4.1.2.2:</b> Türkiye’de Omurilik Yaralanma Nedenlerinin Sınıflandırılması.....	10



## TABLO LİSTESİ

Sayfa No

<b>Tablo 4.1.3.1:</b> ASIA Sınıflandırmasına Göre Nörolojik Seviyenin Gösterilmesi.....	12
<b>Tablo 6.1:</b> Omurilik Yaralanmalı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
<b>Tablo 6.2:</b> Omurilik Yaralanmalı Hastaların Barthel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Dağılımı.....	38
<b>Tablo 6.3:</b> Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	39
<b>Tablo 6.4:</b> Bakım Veren Bireylerin Bakım Sürecine İlişkin Bazı Değerlendirmelerinin Dağılımı.....	40
<b>Tablo 6.5:</b> Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile ZBVYÖ Puan Dağılımı Arasındaki İlişki Düzeyi.....	42
<b>Tablo 6.6:</b> Zarif Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Dağılımı.....	43
<b>Tablo 6.7:</b> Bakım Veren Bireylerin Cinsiyet Durumuna Göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	44
<b>Tablo 6.8:</b> Bakım Veren Bireylerin Medeni Durumuna Göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	44
<b>Tablo 6.9:</b> Bakım Veren Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45

<b>Tablo 6.10:</b> Bakım Veren Bireylerin Sağlık Sorununun Olma Durumuna Göre ÇBASDÖ’den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
<b>Tablo 6.11:</b> Bakım Veren Bireylerin Hasta İle Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre ÇBASDÖ’ den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
<b>Tablo 6.12:</b> Bakım Veren Bireylerin Hasta İle Yakınlık Derecesine Göre ÇBASDÖ’den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
<b>Tablo 6.13:</b> Bakım Veren Bireylerin Hastaya Bakım Vermede Destek Alma Durumuna Göre ÇBASDÖ’ den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
<b>Tablo 6.14:</b> Bakım Veren Bireylerin Hastaya Bakma Sürecinin Başlangıç Durumuna Göre ÇBASDÖ’ den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
<b>Tablo 6.15:</b> Bakım Veren Bireylerin Yaşı ve Hastaya Bakma Süresi ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişki Düzeyi.....	50
<b>Tablo 6.16:</b> Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Dağılımı .....	51
<b>Tablo 6.17:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	51

## 1. ÖZET

### OMURİLİK YARALANMALI HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM VERİCİ YÜKÜ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışma omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerde bakım yükünü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini 1 Mart 2015- 30 Ağustos 2015 tarihleri arasında omurilik yaralanmalı hastalar ve bakım veren bireyler, örneklemini ise araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendikten sonra izin alınan 100 hasta ve 100 bakım veren birey oluşturdu. Verilerin toplanmasında “ Hasta Tanıtım Formu”, “ Bakım Veren Bireyi Tanıtım Formu”, “Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi” (BYKİ) , “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği” (ZBVYÖ) ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği “ (ÇBASDÖ) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (IBM) 17.0 paket programı ile tanımlayıcı istatistiksel ( Yüzde ,Ortalama, Standart Sapma) yöntemlerin yanısıra Bağımsız örneklem t testi ANOVA testi, pearson korelasyon testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi. Bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği ortalaması  $26,95 \pm 11,40$  bulundu. Bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre bakım yükü puanları karşılaştırıldığında en yüksek bakım yükünün hastanın eşi ve hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin olduğu, hastaya kendi isteğiyle bakım verenlerin en düşük bakım yükü grubunda olduğu belirlendi. Bakım veren bireylerin sosyal destek puan ortalaması  $44,11 \pm 14,22$  bulundu. Bekar olan bakım verenlerin sosyal destek algı düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Eğitim düzeyi düşük ve hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin sosyal destek algı düzeylerinin düşük olduğu saptandı. Hastaya kendi rızası ile bakım verenlerin sosyal destek algı düzeyi yüksek olarak belirlenirken, en düşük sosyal destek algı düzeyine sahip bakım verenlerin hastanın annesi, babası ve eşinin olduğu bulundu. Bakım verenlerin yaşı yükseldikçe sosyal destek algı düzeylerinin azaldığı belirlendi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı.

**Anahtar kelimeler:** Omurilik yaralanması, bakım yükü, sosyal destek.

## **2. ABSTRACT**

### **THE RELATIONSHIP BETWEEN THE CAREGIVER BURDEN OF THOSE WHO PROVIDE CARE TO PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY AND THE PERCEIVED SOCIAL SUPPORT**

This study was conducted as a descriptive and relationship seeker to investigate the relationship between caregiving burden of those who provide care to patients with spinal cord injury and the perceived social support. The study was conducted from 1 March 2015 to 30 August 2015 by including patients with spinal injury and the caregivers, and 100 patients and 100 caregivers meeting the study criteria and whose permissions informed consents were obtained after explaining the objective of the study were included in the sample of the study. "Patient Presentation Form", "Caregiver Presentation Form", "Barthel Quality of Life Index" (BQLI) "Zarit Caregiver Burden Scale" (ZCBS) and "Multidimensional Perceived Social Support Scale" (MPSSS) were used to collect data. The descriptive statistical (Percent, Mean Standard Deviation) methods using the SPSS (IBM)17.0 software suit as well as the Independent Sample T-test, ANOVA test and Pearson correlation test were used to evaluate the data.  $p < 0.05$  was considered statistically significant. The average caregiving burden scale of the caregivers was found  $26.95 \pm 11.40$ . When the caregiving scores were compared according to the descriptive characteristics of the caregivers, it was determined that the patient's spouse and caregivers living in the same house had the highest care burden, and those who give care to the patient at their own will were in the group with lowest care burden. The average social support score of the caregivers was found  $44.11 \pm 14.22$ . It was determined that the level of perceived social support of single caregivers was high. It was found that the level of perceived social support of the caregivers living in the same household and with low educational background was low. While the level of perceived social support of those give care to the patient at their own will was high, it was found out that the caregivers with the lowest level of perceived social support were the mother, father and spouse of the patient. It was determined that as the age of caregivers increased, the level of perceived social support decreased. No statistically significant relationship was found when compared the Multidimensional Perceived Social Support Scale with the Zarit Caregiver Burden Scale.

**Key words:** Spinal injury, care burden, social support.

### 3. GİRİŞ

Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmelerle birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tıp alanında önemli ilerlemeler olduğu görülmektedir. Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerle yaşam standartları yükselmekte, erken tanı ve tedavi yöntemleriyle hastalıklar nedeniyle ölümler azaltmakta, yaşam süresi uzamakta ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların görülme oranı artmaktadır.(48).

Toplumda gittikçe yaygınlaşan kronik hastalıklar, nadiren tam olarak tedavi edilebilmekte, yaşamın uzun bir dönemini kapsamakta, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmesi nedeniyle işlev bozuklukları ve sakatlıklara yol açmaktadırlar. Kronik hastalıklar doğuştan var olabileceği gibi travmaya bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir . Omurilik yaralanmaları genellikle travmaya bağlı olarak ortaya çıkan kronik hastalıklarından olup, morbidite ve mortalitenin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. (51, 91). Omurilik yaralanmaları hareket sisteminin en önemli bileşeni olan omuriliğin çeşitli nedenlerle yaralanması, beraberinde getirdiği fiziksel, psiko-sosyal ve ekonomik sorunlar ile bireysel olduğu kadar toplumsal boyutu olan önemli bir sorundur. Günümüzde trafik kazaları başta olmak üzere ateşli silah yaralanmaları, yüksekten düşme, iş kazaları, spor yaralanmaları gibi travmalar gittikçe artan oranda omurilik yaralanmasına neden olmaktadır. (28).

Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) omurilik yaralanmalarının arttığı, hasta birey sayısının 200,000 olduğu ve ortalama her yıl 11,000- 15,000 yeni yaralanma olgusunun rapor edildiği izlenmektedir. Omurilik yaralanmalarında rapor edilen vakaların %82'si erkek , %18'i kadındır. Yıllık olguların % 50' sini 16-30 yaş grubu gençlerin oluşturduğu, 44 yaşından daha genç olan hasta bireylerin %48'inde motorlu taşıt kazalarına ve 45 yaş üzeri hasta bireylerde sıklıkla alt ekstremitte, pelvis ve omurga kırıklarına neden olabilecek düşmelere (%23) bağlı omurilik yaralanmaları gerçekleştiği kaydedilmektedir. (71)

Omurilik yaralanmaları kalıcı sakatlığa neden olabilmekte ve önemli psiko-sosyal sorunları da beraberinde getirebilmektedir. (28). Omurilik yaralanma sonrası his, hareket ve refleks kaybı, bağırsak ve mesane boşaltımını kontrol edememe gibi sorunların yanı sıra bireyin beden imajı, kimlik, özgüven rollerinde değişim meydana gelmekte ve kişilerin sosyal iş uyumları ve gelecekte beklenenleri de azalmaktadır. Omurilik yaralanma sonrasında tedavinin amacı, bireylerin yaşam beklentilerinin artması ve topluma yeniden kazandırılmalarının sağlanabilmesidir.(9).

Bakım verme süreci , bakım veren ve bakım alan birey için oldukça zor bir süreçtir . Omurilik yaralanma düzeyine bağlı rehabilitasyon ve bakım gerektirmesi nedeni ile hasta , ailesi ve toplum için önemli sorunlara neden olmaktadır . Omurilik yaralanması sonrasında bireyler günlük yaşam aktivitelerini tam olarak yerine getiremedikleri için bakımda desteğe gereksinim duymakta ve bu durum bakım vericilere önemli bir yük oluşturmaktadır . Bakım vericilerde stres, depresyon, düşük öznel iyilik hissi , fiziksel sağlıkta bozulma ve kendine yeterlilikte azalmanın olduğu önemli sağlık sorunlarına neden olabilir. Bakım yükü, bakım verilen kişiyle ilişkilerdeki değişimlerle de daha da artmaktadır. (3). Bireyler sıkıntılı ve duygusal gerginlik durumlarında, aile üyeleri ve arkadaşlarından destek alma gereksinimi duyarlar. Bu formal olmayan yardımcıların oluşturduğu destek bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Hasta bireylerin olduğu kadar sosyal desteğe gereksinim duyan bakım vericilerde, sosyal destek düzeyi yüksek olanların strese daha kolay uyum sağlayıp, sorunların üstesinden daha kısa sürede geldiği belirtilmektedir. (9) .

Omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenler bulunduğu toplumun yapısı, farklı kişilik özellikleri, sosyal destek kaynakları nedeniyle bakım verme sürecinden farklı şekillerde etkilenebilmektedir .

Hemşirelerin bakım verenlerin bakım yüklerini ve bu yükü etkileyen faktörleri belirlemesi ve uygun yaklaşımda bulunması açısından önemlidir. Ayrıca bakım verenin iyilik durumunun sürdürülmesi, hasta bakımının nitelikli bir şekilde sürdürülmesine ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.(94).

Bu bilgiler ışığı altında bu çalışma; Omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerin bakım verici yüklerini ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlandı.





## **4-GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Omurilik Yaralanmaları**

#### **4.1.1. Omurilik anatomisi**

Omurilik; foramen açıklıktan başlayarak, omurlar arası spinal kanaldan geçen bir ya da ikinci lomber omura kadar uzanan, merkezi sinir sisteminin büyük bir parçasını oluşturan silindirik yumuşak bir yapıdır. İki uçlu bir iletim kablosu gibi davranarak, beyinden gelen motor iletileri periferik sinir sistemine ve periferik sinir sisteminden gelen duyu iletilerini de beyine ulaştıran omurilik, kontrollü hareketler, duyu alımı ve bazı reflekslerin merkezidir. Omuriliğin kan dolaşımını sağlayan iki ana arter ve omurilik çevresini besleyen pek çok küçük damarsal yapılar vardır. Travma ya da hastalığa bağlı olarak kan dolaşımının kesilmesi kalıcı omurilik hasarına ve özel patofizyolojik durumların ortaya çıkmasına yol açabilir. Omurilikte örneğin; servikal kordun travmatik hasarı bütün ekstremitelerde ve gövdede istemli hareketler ve his kaybına; bazen kalıcı mekanik ventilasyon gerektiren solunum fonksiyon bozukluğuna; normal bağırsak mesane ve cinsel fonksiyon kontrolün kaybına, hipotansiyon, spastisite ve ekonomik refleks bozukluğu riskiyle sonuçlanan otonomik homeostatik mekanizmaların bozulmasına neden olabilir.(19, 38).

Omurilik vücudun bilinçli ve bilinçaltı kontrolü için önemlidir. Aynı zamanda beyin ve vücudun geri kalanı arasındaki bilgi akışını sağlar ve vücudun geri kalanı içindeki ve dışındaki değişikliklere yanıt olarak iç dengeyi sağlar. Omurilik anterior ve posteriordan bastırılmış ve anterior median fissür ve posterior median silkus ile sağ ve sol yanlarına tam olmayan şekilde uzunlamasına ikiye bölünmüş bir yapıdır. Medulla oblongatanın bir devamı şeklinde başlar ve oksipital kemiğin foramen açıklığından genellikle ikinci lomber vertebranın üst sınırına kadar uzanır. Erişkinlerde çevresi yaklaşık 2,5 cm ve boyu 42-45 cm uzunluğundadır. Vertebral kolonun içinde yerleşmiştir ve vertebral kolonla ona bağlı ligamenet ve kaslarla, meninksler ve beyin omurilik sıvısı ile korunur. (19).

Omurilik; 8 servikal, 12 torasik , 5 lomber , 5 sakral olmak üzere 31 omurdan oluşur ve lomber 1 (L1) hizasında sonlanır. (76).

L1 altı travmalarda spinal kökler etkilenirken, L1 üstü travmalarda ise hem omurilik hem de kökler etkilenir. Solunum, kafa ve boyun hareketlerinden servikal 1-4 (C1-C4) ; kalp hızı kontrolü ve üst ekstremitte hareketinden (bilek ve ayak bileği; C5-C7; el parmağı C8- Torakal 1 [T] ) C4-T1; gövde hareketi , beden sıcaklığının düzenlenmesi ve karın kaslarından T1-T12; alt ekstremitte (kalça bacak ve ayak) hareketinden L1- Sakral (S) 1 ; bağırsak , mesane ve cinsel işlevlerden ise S2-S4-S5 sorumludur. Sıklıkla yaralanan ve en duyarlı olan vertebralar ise servikal 5- 6, 7- (C5-C7) torasik 12 ( T12) ve lomber 1 (L1) olup , büyük oranda hareketten sorumludurlar. (71).

Omurilik içerisindeki lifler, kortokospinal yol önde, duyu yolları arkada olacak şekilde bir düzende yerleşmişlerdir. Lateral spinotalamik yol omurilik içerisinde 2-3 bölüm üst yönde ve karşı tarafa ilerler. Anterior spinotalamik yol hafif dokunma duyusunu taşır. Anterior intermediyal bölümde ise otonomik işlevsellik ile ilgili yollar yer alırlar. Sempatikler C7-L1 arasında parasempatikler ise S2-S4 arasından çıkarlar. Lezyon seviyesi ile otonomik işlev bozukluğu paralel olarak artış kaydeder. (71).

Omurilik yaralanması; hastalığın veya travmanın primer ve sekonder etkileri sonucu omurilikte meydana gelen felç ve/veya beden bölgelerinde his kaybı ile sonuçlanan bir durum olarak tanımlanmaktadır. (78). Primer hasar mekanik travmayla ortaya çıkar ve nöral dokuların fokal harabiyetini kapsar. Bu olay daha sonra hasarı ilerleten biyokimyasal moleküler ve hücresel olayları tetikler. Sekonder hasar ise iskemi, nörojenik şok, hemoraji, gri ve beyaz maddelerin yapısal değişimi vazospazm, tromboz, inflamasyon, serbest radikal artışı, ATP kaybı, apoptoz ve diğer biyokimyasal değişimler ile karakterize olup, aynı zamanda vücudun hemodinamiğinin bozulmasına neden olur. (50, 80).

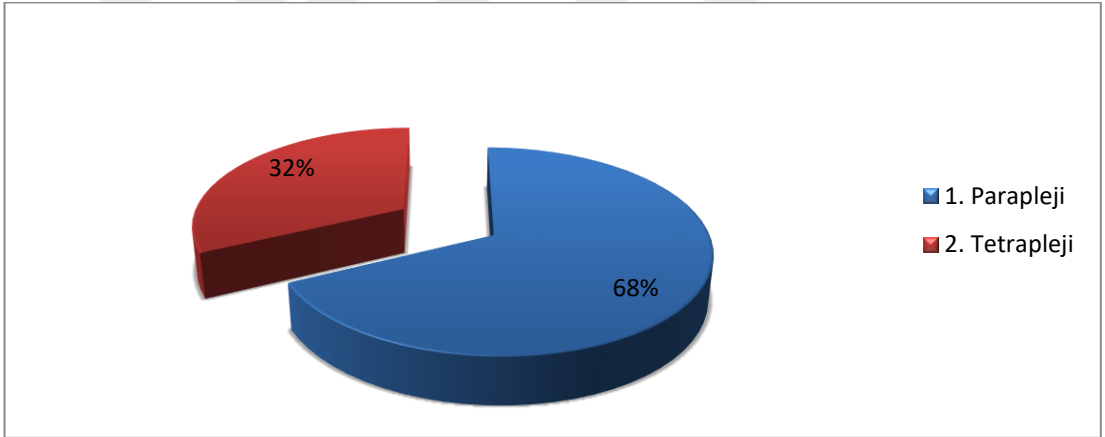
Geçmiş yıllardan bu yana bu konu ile ilgili erken dönem bakım ve rehabilitasyon yaklaşımlarındaki gelişmelere rağmen, omurilik yaralanması sadece yürüyebilme ve hareket edebilme değil, bütün bedeni etkileyen kronik bir durumdur. Bireyin yaşamda fiziksel psikolojik sosyal, ekonomik mesleki alanlarda pek çok olumsuzluğa neden olan bu durum sadece omurilik yaralanması olan kişiyi değil aynı zamanda tüm aileyi etkilemekte ciddi anlamda birçok sosyal ve ekonomik sorunu da beraberinde getirmektedir. (31, 33). Bu sorunların yanında birey beden imajı, kimlik özgüven rollerindeki değişimlerle baş etmek zorunda kalmaktadır. (53)

#### **4.1.2. Omurilik yaralanmasında epidemiyoloji**

Omurilik yaralanmaları dünyada önemli bir sağlık sorunudur. (30). Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) omurilik yaralanmalarının arttığı, hasta birey sayısının 200,000 olduğu ve ortalama her yıl 11,000- 15,000 yeni yaralanma olgusunun rapor edildiği izlenmektedir. Omurilik yaralanmalarında rapor edilen vakaların %82'si erkek , %18'i kadındır. Yıllık olguların % 50' sini 16-30 yaş grubu gençlerin oluşturduğu, 44 yaşından daha genç olan hasta bireylerin %48'inde motorlu taşıt kazalarına ve 45 yaş üzeri hasta bireylerde sıklıkla alt ekstremitel pelvis ve omurga kırıklarına neden olabilecek düşmelere (%23) bağlı omurilik yaralanmaları gerçekleştiği kaydedilmektedir. Omurilik yaralanmalı bireylerin %82'sini erkeklerin oluşturduğu görüldü. Genellikle genç erkeklerde görülen omurilik yaralanmalarına neden olan etmenler; ateşli silah yaralanmaları (%14) damar hastalıkları, tümörler, infeksiyonlar, spondilozis ve gelişimsel hastalıkların eşlik ettiği sportif (%9) ve meslek yaralanmaları olarak belirtilmektedir. Omurilik yaralanmalarının, yüksek risk içeren aktiviteler ve sportif faaliyetlerde yer alan 16-30 yaş grubu gençlerde görülme sıklığı daha fazladır. (12, 71).

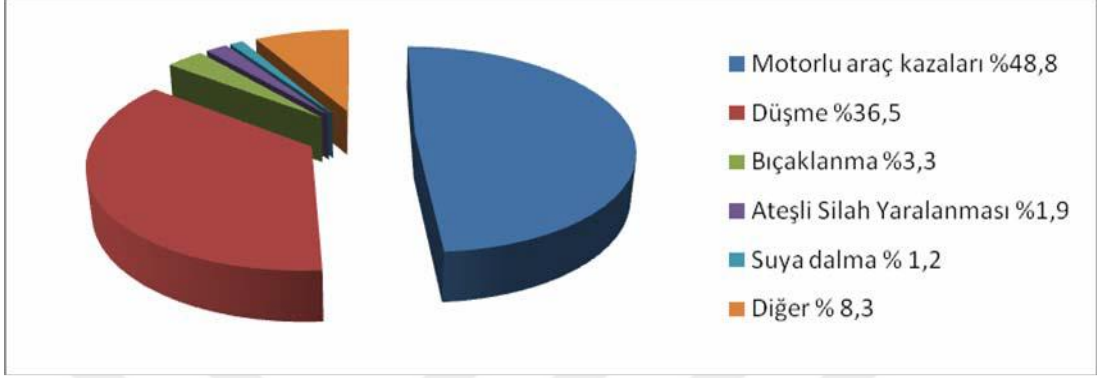
Yaşlı popülasyonda yüksekte düşme ve motorlu araç kazaları en sık görülen yaralanma nedeni olarak bildirilmektedir. En sık görülen omurilik yaralanmaları servikal vertebra yaralanmaları sonucunda meydana gelen inkomplet tetrapleji olarak belirtilmektedir. (17).

Ülkemizde 1992 yılında Dr. Karacan ve arkadaşları tarafından yapılan ve 49 ili kapsayan epidemiyolojik bir çalışmada, travmatik omurilik yaralanmasının ortalama insidansı 12.7./1.000 000 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada erkeklerin kadınlara oranı 2.5:1 ve ortalama yaralanma yaşı  $35.5 \pm 15.1$  ( $35.4 \pm 14.8$  kadın  $35.9 \pm 16.0$  erkek için) olarak ifade edilmektedir. Omurilik yaralanmaları olan 187 kişinin (32.18%) tetraplejik, 394 kişinin (67.8%) paraplejik ve en yaygın yaralanma seviyesi C5 civarı tetrapleji ve T12 civarı parapleji olduğu belirtilmiştir. (46, 57).



**Şekil 4.1.2.1.** Türkiye’de Omurilik Yaralanmalı Kişilerin Nörolojik Sınıflandırılması

En sık yaralanma nedeni olan motorlu araç kazaları (48.8%), düşme (36.5%) bıçaklanma (3.3%), ateşli silah yaralanmaları (1.9%) ve dalma sırasında oluşan yaralanmalar (1.2%) izlemektedir. (75). (şekil 4.1.2.2).



**Şekil 4.1.2.2.** Türkiye’de Omurilik Yaralanma Nedenlerinin Sınıflandırılması

Travmatik omurilik yaralanması çocuklarda nadir görüldüğü, neden olarak ise çocuk omurgasının esnekliği, yetişkinlere oranla çocukların trafiğe daha az çıkmaları ve diğer omurilik yaralanma sebeplerine daha az açık olmaları ile açıklanmaktadır. Travmatik olmayan omurilik yaralanma sebepleri arasında; omurilik kanal daralması tümör basısı vasküler iskemi ve doğuştan gelen hastalıklar sayılırken omurilik tümörleri bu hastalıklar içerisinde %14 ‘lük bir orana sahip olduğu belirtilmektedir.(3).

Travmaya bağlı olmayan omurilik yaralanmaları 40 yaş üstü daha sık görülmektedir. Travmatik olmayan omurilik yaralanmalı hastaların, travmatik tip yaralanması olana göre daha yaşlı oldukları, daha çok kadın hastalardan oluştuğu paraplejinin ve inkomplet yaralanmaların daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bunun yanı sıra nörolojik yetersizlik travmatik olgulara göre daha az şiddetli olmakta rehabilitasyon sürecinde komplikasyonlar daha az görülmektedir. (18, 77).

#### 4.1.3. Omurilik yaralanmasında sınıflandırma

Omurilik yaralanmasında klinik tablo, yaralanmanın yerine ve şiddetine göre değişmektedir. Tam ( komplet ) omurilik lezyonu ( duyunun ve lezyon altı istemli kas kontrolünün tamamıyla kaybı) tetrapleji yada parapleji ile sonuçlanır. (71).

**Tetrapleji:** Spinal kanal içindeki nöral elemanların hasarına bağlı olarak spinal kordun servikal segmentlerindeki motor ve /veya duyu fonksiyon bozukluk veya kaybı olarak ortaya çıkar. Tetrapleji kollarda, bacaklarda, gövde ve pelvik organlarda ( rahim, mesane, idrar yolları) fonksiyon bozukluğuna yol açan yaralanmalar sonucu görülmektedir. (56). Literatürde yer alan kaynakların birçoğunda tetrapleji yerine kuadripleji terimi kullanılmaktadır. 1992 yılında Amerikan Spinal Yaralanma Derneği (ASYD ) tarafından kuadripleji teriminin yerine tetrapleji teriminin kullanılması önerilmiştir. (26).

**Parapleji:** Torakal, lomber veya sakral (servikal hariç) spinal kord segmentlerindeki motor ve/veya duyu kaybı bozukluğu olarak görülmektedir .Bu hasar omurilik içindeki nöral elemanların harabiyetinde sekonder olarak gelişir. Kol fonksiyonu korunur ancak lezyon düzeyine göre gövde bacaklar ve pelvik organlar da tutulum olabilmektedir. (75 ,88).

Omurilik yaralanması geçirmiş olan hastayı değerlendirmenin en iyi yolu American Spinal İnjury Association (ASIA) tarafından tanımlanan nörolojik muayenenin yapılmasıdır. Bu sınıflandırma 2000 yılında revize edilmiş olup, duyu ve motor kaybın derecesinin ortaya koymaktadır. ASIA sınıflandırmasında kullanılan *komplet lezyon* terimi, en alt sakral segmentlerde motor ve duyu fonksiyonunun tam kaybını, *inkomplet lezyon* ise en alt segmentleri içeren yaralanma düzeyinin altında motor ve/veya duyu fonksiyonunun kısmen korunduğunu ifade eder. (62, 93).

Tablo 4.1.3.1. ASIA Sınıflandırmasına Göre Nörolojik Seviyenin Gösterilmesi

ASIA Skalası

---

**A= *Komplet*:** Sakral segmentlerde ( S4-5) motor veya duyuşal fonksiyon korunmamıştır .

**B= *İnkomples*:** Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon yoktur , duyuşal fonksiyon devam eder ve sakral segmentlere kadar uzanır .

**C= *İnkomples*:** Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon korunmuştur ve bu seviyenin altındaki anahtar kasların en az yarısından fazlası <3 kas gücündedir .

**D= *İnkomples*:** Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon korunmuştur ve bu seviyenin altındaki anahtar kasların en az yarısından fazlası >3 kas gücündedir .

**E= *Normal*:** Motor ve duyuşal fonksiyon normaldir .(25).

Omurilik yaralanması sonrası rehabilitasyon planlamaları ve uygulamalarında kişinin yaralanma düzeyi ve komplet – inkomples olma durumunu bilmek, bireyin potansiyel fonksiyon sonuçlarını en üst düzeye çıkarmak açısından büyük önem taşımaktadır. Omurilik yaralanmaları birçok nedene bağılı olarak ortaya çıkmaktadır. Omurilik yaralanmaları travmatik veya non-travmatik (patolojik) olabilir. Travmatik omurilik yaralanmaları ateşli silah yaralanmaları, yüksekte düşme, motorlu taşıt kazaları, spor kazaları gibi olaylar sonrasında meydana gelen yaralanmalarıdır. (75).

Travmaya bağılı olmayan (patolojik) omurilik yaralanma nedenleri ise spinal stenoz (doğuştan veya sonradan omurilik kanalının veya omurilikten çıkan sinirlerin geçtiğı sinir kanallarının daralması), tümör basısı ve doğuştan gelen hastalıkları kapsar. Travmatik omurilik yaralanması daha çok servikal lezyonlara yol açar. (yaklaşık %50). Bunu torasik daha sonra lumbasakral lezyonları izler. Ulusal Omurilik Yaralanma İstatistik Merkezi (NSCISC) verilerine göre omurilik yaralanma sonrası inkomples tetrapleji % 34 komplet parapleji %23, inkomples parapleji % 18.5 ve komplet tetrapleji %18.3 oranında görüldüğü bildirilmektedir.(28).

Yaralanmanın nedeni hasarın düzeyi ve büyüklüğü ile yakından ilişkili olduğu ve eğlence amaçlı sporlar sırasında, yüksekte düşme sonrası gelişen omurilik yaralanmasının çoğu ve motorlu araç yaralanmalarına bağlı gelişen yaralanmaların %50 'si tetrapleji ile sonuçlanmaktadır. Bunun yanı sıra şiddet uygulamasına bağlı gelişen omurilik yaralanması ise genellikle paraplejiye neden olmaktadır. (18).

#### **4.1.4 Omurilik yaralanması komplikasyonları**

Omurilik yaralanmalı bireylerde yaşam beklentilerinin artması ile topluma yeniden kazandırılmalarının önemi artmıştır. Bu nedenle omurilik yaralanma sonrası gelişen komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi de büyük önem kazanmaktadır. Omurilik yaralanma sonrası gelişebilecek komplikasyonlar aşağıda sıralanmıştır. (53).

##### ***Ortostatik Hipotansiyon***

Uzun süre yatan hastaların mobilize edilmesi sırasında sıklıkla belirli aralıklarla ortostatik hipotansiyon atakları gelişebilir. Ortostatik hipotansiyon hasta birey ayağa kalktıktan sonraki 3 dakika içinde sistolik kan basıncında en az 20 mm hg ya da diastolik kan basıncında en az 10 mm hg ani düşme olarak tanımlanır. Fenalık hissi baş dönmesi, kulak çınlaması, yorgunluk, taşikardi, senkop gibi semptomlar görülür. Ayrıca sıcak ortama maruz kalma, defekasyon ve hızlı mesane boşaltılması sonrasında ortostatik hipotansiyon gelişebilir. Hipotansiyon ataklarını önlemek için; pozisyonel değişiklikler sırasında ve öncesinde yaşam bulgularının izlemi, bacaklara uygulanan kompresyon baskı ile venöz kan dönüşünün artırılması, abdominal sargılar kullanılarak venöz dönüşün kolaylaştırılması, hasta birey yatar pozisyondan oturur pozisyona geçerken / dik pozisyona kalkarken, pozisyonel değişiklikler gibi önlemlerin alınması önerilir. (40, 62).



### ***Otonom Disrefleksi***

Akut ve acil bir durum olup, omurilik yaralanmalı hastalarda iç veya dış kaynaklı zararlı uyarana karşı kontrolsüz otonomik yanıttır. T6 seviyesinde/ üzerinde yaralanma olan hasta bireylerde görülür ve kan basıncında ani yükselmeye ortaya çıkar. Ciddi baş ağrısı, yaralanma düzeyine bağlı terleme, bradikardi bulantı, görme alanlarının kızarması, pilomotor spazm, nazal konjesyon, anksiyete ve piloereksiyon gibi semptomlar görülür. Otonomik disrefleksinin ne zaman ortaya çıkacağını belirlemek güçtür. Nedenleri arasında ağrı, mesane distansiyonu, üriner enfeksiyon, fekal tıkaç, bası yaraları, tırnak batmaları, abdominal aciller, kırık yada diğer travmalar, dar, kısıtlayıcı giysi yada pansumanlar ve vücut pozisyonları yer almaktadır. Düzeltilmemiş otonom disrefleksi, inme, miyokard infarktüs hatta ölüme neden olabilir. (40). Otonomik disrefleksinde yapılacak ilk girişim başlatan uyarıyı ortadan kaldırmak ve kan basıncını düşürmek olmalıdır. Hasta dik pozisyonda oturtulmalı, dar giysiler gevşetilmeli, aşırı distansiyonu azaltmak için mesane kontrol edilmelidir. (9,78).

### ***Solunum Problemleri***

Omurilik yaralanmalı bireyler solunum komplikasyonu açısından risk altındadırlar. Akut omurilik yaralanma sonrası pnömoni, pulmoner emboli, atelaktazi görülmektedir. Solunum problemleri mortalite ve morbitidenin en sık görülen nedenleri arasındadır. (66). Düzenli solunum sesleri değerlendirme, tidal volüm akciğer kapasite, cilt rengi, solunum yeteneği, balgamın rengi ve miktarı önemlidir. (40). Bireylerin solunum problemleri; sekresyonları atmasında yardımcı olma, yeterli sıvı alımı, hareket, egzersiz derin solunum ve öksürme egzersizleri diyafram kaslarının etkin şekilde kullanılması, göğüs duvarı ve akciğer genişliğinin artırılmasıyla önlenebilir. (9).

### ***Termoregölasyonda Bozulma***

Omurilik yaralanması sonrasında vücut ısını düzenleyen hipotalamusun periferik yönelik yanıt verme kabiliyeti azalır. Omurilik yaralanmalı bireyler soğuga maruz kaldığında sadece lezyon düzeyi üzerinde titreme yapabilirler. Omurilik yaralanmalı bireyler soğuk ve sıcakba bağılı deri yaralanması riski altındadırlar. (9).

### ***Basınç Yaraları***

Basınç yaraları omurilik yaralanmaları sonrası erken ve uzun dönemde ortaya çıkabilen önemli bir sağlık sorunudur. Kronik omurilik yaralanmalı hastaların % 80'inde yaşamlarının herhangi bir döneminde ve hastaneye kabul edilen hastaların % 30'unda basınç yarası oluşur. Basınç yaraları hasta bireylerin mobilizasyonu ve rehabilitasyon programlarını geciktirmekle kalmayıp, aynı zamanda hastanede yatış süresini uzatmakta ve tedavi maliyetinin arttırmaktadır. (20). Genellikle kemik çıkıntılar üzerinde basınç veya eşlik eden sürtünme ve/ veya makaslanma sonucunda deri ve/veya altındaki dokuda lokalize yaralanmadır. (31). Risk faktörleri arasında yaralanmanın düzeyi ve şiddeti cinsiyet, etnik köken, ileri yaş, düşük vücut ağırlığı idrar kaçırma, hareketsizlik, sigara ve alkol kullanımı yer alır. Basınç yaraları kemik çıkıntıları üzerinde, sakrum, trokanterler, (uyluk kemiğinin birleşim yerinde bulunan yuvarlakça tümsekler) iskium (kalça kemiği) ve topuklarda görülür. (11). Basınç yaralarını önlemek için yatakta uygun sıklıkla pozisyon değıştirme, tekerlekli sandalyede ağırlık aktarımını dengeli yapma, uygun beslenme hidrasyonun sağlanması, uygun yatak ve yastık tuvalet iskemlesi kullanma idrar kaçırma yönetimi ve sigara kullanmaması önerilmektedir. (9).

### ***Nörojenik Mesane***

Bireyler için mesane ile ilgili sorunlar yaralanmadan sonra yaralanma düzeyine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Merkezi ya da periferik sinir sistemiyle, mesaneye giden duyuşal ve motor sinirlerin işlevselliğinin bozulmasından kaynaklanmaktadır. (52). Nörojen mesaneli hasta birey idrar atılımını kontrol edemez. Bazı hasta bireylerde mesanede yaralanma öncesine göre daha az miktarda da olsa idrar tutulur ancak mesane boşaltımı kontrolsüz gerçekleştirir. Bazılarında ise yaralanmadan sonra mesanede refleşler azalmıştır ya da tamamen ortadan kalkmıştır, hastalar farkında olmadan idrarlarını kaçırlar. Bu durumda hasta birey mesanenin dolu olduğunu hissetmediğı için biriken idrarın böbreklere geri gitmesine bağı idrar yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliğı, mesane taşı mesane kanseri gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. (51). Hasta için en uygun olan yöntem kalıcı idrar kateteri yerine temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) uygulanması önerilmektedir. (67).

### ***Anemi***

Omurilik yaralanması sonrası akut dönemde görülen anemi, yaralanma ve ameliyata bağı kan kaybıdır. Omurilik yaralanmalı hastalarda anemi %60 oranında görülmektedir. Ciddi idrar yolu enfeksiyonları, kateterizasyona bağı hematüri hemoroid kanamaları, gastrik kan kaybı, basınç ülseri, kronik dönemde görülen aneminin nedenleridir. (9).

### ***Spastisite***

Omurilik yaralanmalı hastalarda sık görülen istem dışı kasılmalardır. Hastalarda %70 oranında görülür. Hastaların bir kısmı spastisite için farmakolojik tedavi alırken, bazıları da cerrahi girişim ile tedavi önerilmektedir. Spastisite; bireyin yaşamında yeme içme, tuvalet hareket gibi alanları etkileyip, günlük yaşam aktivitelerini yapmasını engeller ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. İdrar yolu enfeksiyonu ve basınç yarası spastisiteyi arttıran durumlardır. Kas germe hareketi spastisiteyi azaltmada / ortadan kaldırmada önemli olduğu vurgulanmaktadır. (3, 9).

### ***Bağırsak Problemleri***

Omurilik yaralanmalı hastalarda bağırsak kontrol kaybı görülür. Hasta bireylerin çoğu kabızlık sorunu yaşamakta ve ayrıca bu durum hemoroide neden olmaktadır. Yaralanma düzeyine bağlı olarak hasta bireylerde genellikle kolonik geçiş zamanı uzamış, anorektal duyu ve eksternal anal sfinkterin istemli kontrolü azalmış ya da kaybolmuştur. Birey boşaltım gereksinimi hissetmeyebilir ya da his olsa bile sfinkter kontrolü olmadığı için dışkısını tutamaz. Her birey için bağırsak kontrol programı planlanmalı, tıbbi yönetim, diyet kısıtlaması, sıvı yönetimi, planlı aralıklarla dışkılamayı uyaran tekniklerin eğitimi yer almalıdır. Ayrıca hasta bireyin yaralanma düzeyi, önceki bağırsak alışkanlıkları ve yaşam biçimi göz önünde bulundurulmalıdır. (13, 71).

### ***Kardiyak problemler***

Omurilik yaralanmaları sonrası kardiyak ve otonomik bozukluklar sıklıkla görülen komplikasyondur. (24). Omurilik yaralanmalı hastalarda uzun dönemde kalp hastalığı riski artmış olabileceğinden, hastalar kardiyak risk açısından dikkatlice değerlendirilmelidir. Parapleji ve tetraplejide ciddi koroner iskemiye karşın semptomlar farkedilemeyebilir. Hastalar serum lipid, glukoz, kan basıncı, beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol alışkanlıkları, aktivite düzeyi gibi riskli faktörler açısından belli dönemlerde izlenmelidir. (9).

### ***Derin Ven Trombozu (DVT) ve Pulmoner Emboli (PE)***

Tromboembolik bozukluklar omurilik yaralanma sonrasında sık rastlanılan tıbbi komplikasyonlardır. Görülme oranı %40-100 arasındadır. Omurilik yaralanmalı hasta bireylerin büyük çoğunluğunda DVT ortaya çıkarak pulmoner emboli riskini artırır. DVT bulguları; tek taraflı ödem, kollateral damarlarda artış, ateş ve inkomplet hastalarda bacaklarda ağrı ve duyu değişiklikleridir. DVT görülme oranını azaltan yöntemler; egzersizler, hastanın belli aralıklarla çevrilmesi, varis çorabı giydirme elastik bandaj uygulaması, alt ekstremite elektrik stimülasyonu sayılabilir. ( 9).

Belirtileri ; pulmoner emboli, plöritik göğüs ağrısı, anksiyete, solunum sıkıntısı ve kan gazı değerlerindeki ( Pa CO<sub>2</sub> 'nda artış, Pa O<sub>2</sub>'nda azalma) sapmalarıdır. Pulmoner emboli ve DVT 'unu önlemek için farmakolojik olarak düşük doz antikoagülan başlanması önerilmektedir. (71).

### ***Kas -İskelet Sistemi Problemleri***

Omurilik yaralanmaları ile kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve ağrının eşlik ettiği ciddi bir sorundur. (90). Görülme oranı %13 ile %57 arasında değişir ve yaralanmadan sonraki ilk 6 ay içinde görülür. Kazadan 1 yıl sonra genellikle bası yaraları DVT ve kırıklarla birlikte. Kas -iskelet sisteminde en çok kalça, diz, omuz ve dirsekler etkilenir ve en sık görülen semptomlar şiş, sıcak eritemli ekstremitedir. Lokalize olan şişlik birkaç günde sınırları belirgin olan kitle haline gelir. Ağrı ve hareket kısıtlılığı oluşur, ilaç ya da cerrahi girişim ile tedavi önerilir. (56).

### ***Ağrı***

Omurilik yaralanma sonrası ağrı birçok hastada farklı derecelerde görülen önemli ve kronik bir sorundur. Ağrı genellikle yanma, sıcak ve bitmeyen bir zonklama olarak ifade edilir. Ağrı, normal duyusu olan bölgeler kadar az veya hiç duyusu olmayan vücut bölgelerinde olup spastisite nedeniyle şiddetlenebilir. Yaralanma sonrası ağrılar; kas iskelet sistemi visceral ve nöropatik ağrı olarak görülür. (3, 20). Omurilik yaralanmalı hastaların %60 - 80 'inde ağrı olduğu ve hastaların % 35 'inin bu ağrıyı çok şiddetli olarak tanımladığı bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada kadın cinsiyeti, işsiz olmak, parapleji olmak ve depresyon ağrı için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. (55). Omurilik yaralanma sonrası yaşanan ağrı hastanın rehabilitasyonuna uyumunu güçleştirmektedir. Uzun dönem kronik ağrı deneyimleyen hasta bireylere kronik ağrı kontrol programları önerilir. Ağrılı hasta bireyin rehabilitasyon programında; ilaç tedavisi, davranış değiştirme teknikleri yaratıcı düşünme, su terapisi, eğlence danışmanlığı, psikolojik danışmanlık gibi çeşitli tedavi yöntemleri yer alır. (71).

### ***İmmobilizasyon Hiperkalsemi***

Akut immobilizasyondan sonra 2 hafta içinde kanda kalsiyum miktarı artar. Yaralanma sonrası 1 – 6 ay arasında maksimuma ulaşır. Tedavi olarak kalsiyum atılımını arttırmak için tolere edecek kadar intravenöz sıvı verilmeli ve foley katater uygulanmalıdır. (56)

### ***Psikolojik Sorunlar, Uyum süreci***

Omurilik yaralanmalı hasta ve ailesinin yaşamını değiştiren bir durumdur. Bu nedenle yaralanma sonrasında hastanın çok sayıda uyum sorunu olması kaçınılmazdır. (56). Depresif bozukluklar omurilik yaralanma sonrasında psikolojik sorunların en yaygın şeklidir. Hastaların %20 ile %45 'inde ve genellikle ilk ay içinde ortaya çıkar. Travmadan üç ay sonra hastaların yarısında depresyonun düzeldiği, düzelmeyenlerde ise sosyal desteğin yeterli olmadığı ileri sürülmektedir. Geçmişte psikiyatrik hastalık ve depresyonun depresif bozukluklar ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Rehabilitasyon ekibinin tüm üyeleri bu hastalarda depresyon bulgularının farkında olmalı ve ona uygun davranmalıdırlar. (7) .

### ***Cinsel Sorunlar ve İnfertilite***

Omurilik yaralanması kadınlarda ve erkeklerde cinsel yaşamı fiziksel psikolojik, davranışsal ve sosyal yönden etkiler. Kadınlarda travmaya bağlı komplet yaralanma olmadığı sürece genital bölgedeki bazı hisler kaybolursa da zamanla geri gelir. Yaralanma sonrası bazı kadınlarda 3-6 ay boyunca adet düzeninde değişimler olabilir. Gebelik gerçekleşebilir, fakat risk faktörlerinin kontrol altına alınması önemlidir. Erkeklerde yaralanma düzeyine bağlı psikojenik ve refleks ereksiyon ile ilgili sorunlar gelişebilir. (51). Cinsellik kişinin kendine olan saygısı, kişisel imajı ilişkileri ve motivasyonu açısından önemlidir. Son yıllarda omurilik yaralanma rehabilitasyon programlarının cinsel işlev bozukluklarını da kapsamaması gerektiği savunulmuştur. (7).

## **4.2. Omurilik Yaralanmasında Bakım**

Omurilik yaralanmalı bireyin yaralanmanın gerçekleştiği olay yerinde ilk yardım ile başlatılan bakım ve tedavisi bir sağlık kuruluşuna kabulü ile devam eder. Kritik bir süreçtir. Hasta bireyin tanı, tedavi ve bakımının yanlış şekilde yönlendirilmesine bağlı olarak, ciddi hasar ve nörolojik işlev kaybı gelişebilir. Hızlı tanılama yapılarak hareketsizlik sağlanmalı yaşamı tehdit eden yaralanmalar kontrol altına alınmalı ve bireyin ilgili kuruma nakli gerçekleştirilmelidir. (39).

### **4.2.1. Hastane öncesi dönemde bakım**

- Hastanın öncelikle hava yolu açıklığı sağlanmalı, gerekirse aspirasyon uygulanmalıdır. Servikal omur yaralanmalarında solunum güçlüğü gelişebileceği için oksijenasyon sağlanmalı ve sürdürülmelidir. Entübasyon uygulanması gerekiyorsa uygulama sırasında, hastanın boynunun hiperekstansiyona getirilmemesine dikkat edilmelidir. (65). Alt çeneyi destekleyecek şekilde boyunluk takılarak hasta bireyin sağlık merkezine ulaştırılincaya kadar gelişebilecek yükün baş ve gövdeye doğru aktarımı sağlanmış olur. (20).
- Birey daha fazla travmadan korunmalıdır. Mobilizasyon sırasında omurganın stabilizasyonu sağlanmalıdır. Hasta sert ve düz bir zeminde, immobilize edilerek yeterli kişi olduğunda baş ve gövde nötral pozisyonda tutularak sırt tahtasına transfer edilir. Şok ve aspirasyon riski göz önüne alınarak 30-40 derece trendelenburg pozisyonunda en yakın sağlık kurumuna nakli sağlanmalıdır. (65).

#### 4.2.2. Hastanede bakım

Birey sağlık kuruluşuna ulaştırıldıktan sonra disiplinler arası ekip yaklaşımı ile yaralanmadan sonraki ilk 24 saat içerisinde hasara karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Olay yerinde yapılan uygulamalar gözden geçirilir ve eksik kalan yönler giderilir. Sistemik muayenesi yapıp, hemodinamik parametrelerin yakın izlemi için hasta monitörize edilip yoğun bakımda izlenir.

- Travmanın oluş şekli ayrıntısıyla öğrenilir. (hiperekstansiyon, fleksiyonvb....)
- Palpasyonla spinal vertebra üzerinde hassas bölge aranır, bu lezyon bölgesini işaret edebilir.
- Motor muayene, sfinkter muayene ve duyu muayenesi (ağrı-ısı, hafif dokunma, derin duyu ve pozisyon duygusu) yapılır.
- Refleksler değerlendirilir.
- Otonomik disfonksiyon bulguları muayene edilir (idrar gaita inkontinansı vb.). Bütün bu değerlendirmelerden sonra hızla radyolojik değerlendirme yapılır. Hastanın kemik yapısı ve vertebra dizilimi disk ve omuriliğin yapısı hakkında bilgi sahibi olunur. (9, 81).

Omurilik yaralanması sonrası bireye ilk girişimi gerçekleştirecek olan sağlık bakım ekibinin alacağı bazı önlemlerin yanında, erken dönemde başlatılan bakım ve tedavi uygulamaları mortalite ve morbiditenin azalmasında önemli rol oynamaktadır. Böylelikle omurilik yaralanmalı bireylerde hemşirelik bakımının amacı; akut dönemde sekonder yaralanma ve komplikasyonların önlenmesi, bireyin katılımı ile gereksinimlerinin karşılanması, yeni durumuna uyumu, olumlu kendilik kavramının geliştirilmesi ile sorumluluğunu üstlenmesine yardımcı olunarak, olabildiğince bağımsızlığının kazanmasını sağlamak ve problem çözme, baş etme becerilerini geliştirerek öz-bakım gücünü arttırmaktır. (51).



### 4.3. Bakım Verme

*Bakım*, Türk Dil Kurumu'na göre bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek ve birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerinin üstlenme ve yerine getirme işidir. (87). Bekdemir 'in (13) aktardığına göre bakım verme; ahlaki bir zorunluluk, duygulanım, etkileşim ve teröpatik bir girişim olarak ifade edilmektedir. Bakım veren bireyler tarafından çok boyutlu deneyim olarak algılanan bakım verme aynı zamanda duygusal , fiziksel ve maddi destek vermeyi kapsamaktadır. (2). Bakım vericiler tarafından ilaç alımı tedavisi, izleme gibi sağlık bakımı; yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme gibi kişisel bakım; ulaşım alışveriş, ev işleri yapma, para yönetimi vb. yerine getirilmektedir. (49).

Hem olumlu hem de olumsuz yönü olan bakım vermenin ödül, samimiyet ve doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerin yanında pek çok problemin yaşanmasına yol açabilmektedir. (45, 94). Bakım verme sürecinde yaşanan güçlükler, yaşlı, kronik hastalığı olan yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi ile ortaya çıkar. (47). Bakım verme formal ve informal olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

**Formal bakım verme;** evde veya bir kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım genellikle hemşire, terapist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcıları tarafından verilir. (13 , 63).

**İnformal bakım verme** ise, uzmanlık gerektirmeyen ücret alınmayan bakım verenin bir yakınına verdiği bakımdır. Kronik ve akut fonksiyonel yetersizlikler nedeniyle artan informal bakım verme; banyo yapmasına yardım etmek, beslemek gibi sürekli bakımdan trakeostomi bakımı, intravenöz ilaç uygulaması gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da kapsamaktadır. (13 , 63).

#### 4.3.1 Yük kavramı

*Yük kavramı* “bakım verenin bakım verme sürecinde yaşadığı psikolojik rahatsızlık, sağlık sorunları, ekonomik ve sosyal problemler nedeniyle aile ilişkilerinin bozulması, kontrolün kendisinde olmadığı gibi olumsuz duyguların yaşandığı nesnel ve öznel sonuçlar olarak açıklanmaktadır. (22).

**Nesnel yk;** bakım sürecinde yaşanan güçlükler ve fiziksel iş olarak tanımlanabilir. Hastalığın ortaya çıkardığı direkt bakım yükü nesnel olarak görülmektedir. Bakım verme sürecindeki gereksinimler, aile ilişkileri, eğence, sosyal aktiviteler, çalışma sosyal ilişkiler gibi kişinin rolleri ile bakım rolleri arasında bir çatışma oluşturmaktadır. (82, 92).

**Öznel yk;** bakım verenin bakım verme sürecindeki yaşamına yönelik davranışını veya duygusal tepkileri içerir. Aile bireylerinin yaşadığı gerginlik duygusal ve fiziksel durumun etkilenmesine neden olmaktadır. Öznel yk bazı araştırmacılar tarafından bakım verenin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler ve bu duruma karşı gösterilen tutum, kader sıkıntı, utanma sulluk duygusu gibi duygusal tepkilerdir. (5, 8).

#### 4.3.2. Bireylerin bakım verme algısı

Bakım verme stresli olsa bile bakım veren tarafından ödül olarak da algılanabilir. Kişi bakım verdiği için çevresindekiler tarafından, kendine saygı duyma, daha önce aldığı bakımı ve desteği geri ödediği, sevgisini gösterdiği için doyum sağlama, netleşmeyen sorun ve duyguların netleşmesi, yararlı olma, akrabalık ilişkilerinin güçlendirerek diğerlerinin gereksinimlerini daha iyi anlama problemlerine hoşgrl yaklaşmak gibi aile birliğini sağlayan yararları da vardır. (42).

### 4.3.3. Bakım veren bireylerin yaşadığı güçlükler

Bakım sürecinde bakım veren bireyin yaşamının etkilenmesi güçlük algısı olarak tanımlanmaktadır. Bu algı diğer aile üyeleri ya da sağlık profesyonellerinin algısından oldukça farklıdır. Bakım verenlerin sağlığını ve iyilik halini olumsuz etkileyen bakım verme sürecinde bakım vericiler gereksinimleri ve istekleri ile bakım rolünün sorumlulukları arasında denge kurmaya gereksinim duyarlar. (74). Böylelikle bakım verme bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan tek yönlü, bağımlı yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşmektedir. (35).

Bakım vermenin yük, depresyon, kaygı, tükenme, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik zorlukları vardır. Bakım verenlerin uzun süreli ve tekrarlayan hastalıklara olan bireylerle yaşamaları sonucunda kendi işlevsellikleri ile ilgili sorunları da yaşamaları kaçınılmazdır. Omurilik yaralanmalı hastaların primer bakımından sorumlu bakım verenler fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve mesleki alanlarda birçok zorluk yaşamaktadırlar. (16, 36 ,72).

**Fiziksel güçlükler:** Bakım verme, bakım verenler için stres kaynağıdır ve bakım vericilerin sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Bakım nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler artabilmekte, ayrıca kronik yorgunluk, kilo artışı yada azalma, uyku düzensizliği konsantrasyon eksikliği, giyimine dikkat etmeme, bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmektedir. (27).

**Duygusal güçlükler:** Halsizlik, gerginlik, huzursuzluk, öfke, kaybetme korkusu uykusuzluk, stres, depresyon vb. şeklinde görülmektedir. Bakım verenler kendi yaşamlarındaki kontrol eksikliği ile güçsüzlük beklentilerini karşılamadaki başarısızlık nedeniyle suçluluk duyabilirler. (34).

**Sosyal güçlükler:** Omurilik yaralanmalı bireylere bakım verenlerde sosyal ve kişilerarası sorunlar ortaya çıkmaktadır. Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık eden bakım vericilerin eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, böylece sosyal destekte azalma, yalnızlık hissi ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır. (42).

**Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler:** Bakım vericilerin en sık yaşadığı ekonomik sorunların sağlık güvencesi kapsamında karşılanmayan tıbbi maliyetlerin ek yük oluşturması ve bakım verme nedeniyle işlerinin sonlandırılması olduğu bildirilmektedir. Ayrıca hastalar hastalıkları nedeniyle çalışmamakta, hastalığın kendisi ve ekonomik boyutları çok fazla olmakta, aynı zamanda bakım vericilerin çalışmaması nedeniyle ailede ekonomik güçlükler yaşanabilmektedir. (27).

#### **4.3.4. Bakım verme güçlüğünü etkileyen faktörler**

Bakım verenler, bakım yükünün olumsuz sonuçlarıyla başa çıkmak zorunda kalabilmekte aynı zamanda bakım verme güçlüğünü yaşamaktadırlar. Bakım güçlüğünü yaşayan bireylerin güçlüğün yaşaması birbirinden farklıdır. (84). Bakım etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar;

- Hastanın ve bakım verenin bireysel özellikleri ( cinsiyet, yaş, eğitim ve kültürel düzeyi, sosyo-ekonomik durum, bakım vericinin bakım vermeye bakışı, dini inanç, etnik köken vb. ) .
- Hasta ve bakım veren arasındaki ilişkinin durumu.
- Hastaya bakım verme süresi ve aynı evi paylaşma durumu.
- Bakım verenin sağlık sorunu olması ya da ileri yaşta olması.
- Bakım verenin hastaya bakma dışında da sorumluluklarının olması.

- Bakım verenin hastaya çok boyutlu bakım vermek zorunda olması.  
(fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım ve sağlık hizmetlerinden faydalanamama )
- Hastaya ait bir mekanın olmaması.
- Hasta bireyin bakım verenin yaşamına müdahale etmek istemesi.
- Bağımlılığı olan hasta bireye bakım verme gibi vb. şekilde sıralanabilir.  
(13,58).

#### **4.3.5. Bakım veren bireylerin gereksinimleri**

Kronik hastalık ve hastalığa eşlik eden komplikasyonlar hastalık sürecinde hasta bireylerin bakım vericiler tarafından bakımını zorunlu kılmaktadır. Tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak, kronik hastalığı olan bireylerin yaşam sürelerinin artması, bakım verenlerin sorumluluğunu daha da arttırmaktadır. Bakım veren konumunda olmak, bakım verenin rolleri sorumlulukları ve duygusal yükünü arttırmaktadır. (1, 85).

Kronik hastalık gibi uzun süren ve zorlu bir durum karşısında hazırlıksız olan bakım verenler, uzun süreli bakım vermeyle ilgili bilgi ve becerilere sahip değildirler. Bakım verme sürecinde bakım verenler bakım verme rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda endişe duymakta, gereksinim duydukları kaynakları nasıl kullanacakları konusunda belirsizlik yaşamaktadırlar. Bakım verenlerin hasta nakli, semptomların izlenmesi, hasta bireyin kişisel bakımını sağlama, beslenme randevu alma, hekimi arama vb. koordinasyonu sağlama ve maddi konuları nasıl yapılandıracağı konusunda bilgilendirilmeleri gerektiği saptanmıştır. Aynı zamanda bakım verenlerin çoğunluğunun hasta bakımı için herhangi bir eğitim ve bilgi almadıkları, bakım verenlerin kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları bilinmektedir. (3).

Hastalara bakım verenlerin yaşadıkları zorlukların belirlenip gerekli profesyonel desteği sağlamak, bakım verenlerin bakım verme rollerini yerine getirmelerine ve yaşam kalitelerinin desteklenmesine katkı sağlayacaktır. (83).

#### **4.3.6. Bakım verenlerin desteklenmesinde hemşirenin rolü**

Hemşire, hasta ve sağlıklı bireye yaşamın her döneminde bakım vermektedir. Başkasına bağımlı yaşamı olan hastanın var olan sorunlarını belirleme ve çözmede hemşirenin sorumlulukları vardır. Omurilik yaralanmalı bireyin bakımı oldukça karmaşıktır. Formal veya informal olarak hastaya bakım verenler işbirliği halinde olmalıdırlar. Bakım gereksinimin arttığı omurilik yaralanma durumlarında hemşire birey, aile ve toplumu bütüncül olarak değerlendirmelidir. Hasta bireyin fiziksel psikolojik, sosyal sağlığına yönelik yaklaşımların yanında refahını olumlu ve ya olumsuz etkileyecek olan bakım verenlerin yaşadığı güçlükleri saptayarak gerekli durumlarda kişilere destek vermelidir. Bakım verenlerin yükü, fiziksel ve duygusal sınırlılıkları tanımlanmalıdır. Hemşire, bakım verenin hastalığa ilişkin bilgi, tutum ve davranışını gözlemlemeli, bakım verenin rolünün ve hastanın sağlık durumu ile ilgili yaşayacağı hayal kırıklığına dikkat etmeli bakım verenlerin yetenekleri doğrultusunda olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir. Aynı zamanda bakım verenler sağlıklı yaşam biçimlerini sürdürmeye teşvik edilmeli, bir başkasına iyi bakım sağlayabilmek için kendi gereksinimlerinin karşılanmış olmasının önemi vurgulanmalıdır. Hasta ve bakım verenlerin güvenliğini ön planda tutmak, streslerini azaltıp morallerini yüksek tutmak hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır.

(9, 58). Bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi; zorluk yaşama açısından risk altındaki grubun belirlenmesi, destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması görülecek hizmetin planlanmasında kaynakların saptanması, sağlık kurumlarının hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık politikaları oluşturulması açısından önemlidir. (64).

#### 4.4. Sosyal Destek

*Sosyal destek*; stresli durumdaki ya da zor zaman geçiren bireye çevresindeki kişiler ya da kurumlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımlar olarak tanımlanmaktadır. Değer verilme, ilgi görme, sevilme, saygı ve güven duyulma sorumluluk alma, bir gruba ait olma gereksinimleri sosyal desteği içermektedir. Sosyal desteğin, yalnızlık, depresyon ve fiziksel sağlık sorunlarını azaltarak, bireyin sağlık ve iyilik halini arttırdığı belirtilmektedir. (12). Başkaları ile kurulan ilişkiler bireylerin yaşamın zorlukları ile başa çıkmasında stres kaynaklı olumsuz durumlarla başa çıkılmasında etkilidir. Yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olan bireyler daha az stres yaşayıp, stresle etkin bir şekilde baş edebilmektedirler. (79, 86).

Hasta ya da engelli bireyin bakımı, tedavisi, rehabilitasyonu, sosyal yaşama uyumu, en yüksek düzeyde bağımsızlığını sağlaması oldukça önemli ve zor bir süreç olduğu için bakım verenler yoğun bir desteğe gereksinim duyarlar. (23).

Birey yaşamının zor dönemlerinde ailesinden ve çevresindeki önemli kişilerde destek almaktadır. Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılayarak fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu etkilediği gibi yaşamın zorlukları ile başa çıkmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek algılanan ve alınan sosyal destek olarak iki boyutta incelenmektedir. Algılanan sosyal desteğin bireyin gereksinim duyduğunda yardım alabileceği düşüncesi iken alınan sosyal destek ise gerçekte aldığı yardımdır. Kişinin kendine biçtiği değer olarak ifade edilen algılanan sosyal destek, başkaları tarafından sevildiğini, saygı duyulduğunu, gerektiğinde yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşündürmektedir. (79, 89).

#### 4.4.1. Sosyal destek kaynakları

Aile üyeleri, akrabalar, yakın ve iş arkadaşlar, komşular, öğretmenleri ideolojik, dinsel ve etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplumdur. Tüm bu birimler strese neden olan etmenleri ortadan kaldırmaya da kaygı düzeylerini azaltıp bireylerin daha iyimser, kontrollü ve stresle başa çıkmak için yeni yöntemler denemeye istekli hale gelmelerini sağlamaktadır. (10). Bakım verme süreci, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu algılanan bir deneyim olup, uzun süreli bakım veren bireyler için pahalı, sorumluluk isteyen, rolleri değiştiren, psikolojik, sosyal fiziksel olarak olumsuz durumlar yaşanmasına neden olmaktadır. Uzun süreli bakım nedeniyle yaşanan güçlükler, bakım verenlerin desteğe gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir. Hastalık sonrası uzun süreli tedavi süreci ailenin sosyal yaşantısını bozabilmektedir. (2).

#### 4.4.2. Sosyal desteğin işlevleri

Başkaları ile kurulan ilişkiler, bireylerin güç durumlarda başa çıkma ve duruma uyum sağlama gibi birçok açıdan yarar sağlamaktadır. Sosyal desteği tanımlama çalışmalarıyla sosyal destek kavramı farklı sınıflamalarla ele alınmıştır. Sosyal destek farklı sınıflandırmalarla ifade edilmektedir.(10, 79).

**Araçsal Destek:** Para yardımı, materyal kaynaklar, araç-gereç yardımı gibi somut yardımları içerir. Bireyin sorununu doğrudan onun adına çözerek, diğer sosyal destek türlerinden farklılık göstermektedir. (10,79).

**Duyusal Destek:** Bireyin kendisini iyi hissetmesini sağlayan sevgi, şefkat, ilgi yakınlık kurma, kabullenme, duygularını açıklama, başkalarıyla olan ilişkileri içermektedir. (10,79).

**Bilgisel Destek:** Yaşanan zorluklar karşısında çevresindeki kişilerin bireyin yaşamını kolaylaştırması, kişisel geri bildirimde bulunulması, gereksinim hissettiği konularda bilgilendirilmesi olarak ifade edilmektedir. (10,86).

**Yaygın Destek:** Boş vakitlerde diğer insanlarla zaman geçirme eğlenme, rahatlama sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır. (10,86).



#### 4.4.3. Sosyal destek modelleri

Sosyal destek konusunda yapılan çalışmalarda iki önemli konu üzerinde durulmaktadır. (4).

**Etki Modeli:** Bu modelde sosyal destek şartlar ne olursa olsun fiziksel sağlık üzerine olumlu etki yaparak, bireyin kendini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır. Sosyal desteğin olmamasının bireyin üzerinde olumsuz etki yaratacağı görüşünü savunulmaktadır. (86).

**Tampon Modeli:** Bu modele göre stres verici durumların neden olduğu olumsuzluğu azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumak sosyal desteğin en önemli fonksiyonudur. Strese neden olabilecek durumlar söz konusu olmadığı sürece sosyal desteğin olmamasının sağlık ve iyilik durumu üzerinde olumsuz etkisi yoktur. Ancak yüksek düzeyde stres kaynaklı durumlarda sosyal destek bireyin koşullarla başa çıkması ve duruma uyum sağlamasını kolaylaştırarak stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır. (86).

Sosyal destek sistemleri, yaşam zorlukları ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarından. Destekleyici ilişkilerin olması bireylerin yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık sorunlarını önleme, stresin olumsuz etkilerine karşı koruma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal destek kaynaklarını belirlemede hemşire, bireyin sosyal ağını ve sosyal destek kaynaklarını yaşam biçimlerini, sağlık, iş ve ekonomik durumlarını belirlemeli; bireyin yaşadığı problemleri tespit ederek ne tür sosyal desteğin verileceğine karar vermesi gerekir. Verilen sosyal desteğin, yaşanan sorunun gelişmesine etkisinin olup olmadığı ortaya konmalıdır. Eğer sosyal destek sorunun gelişmesinde etkili değilse, bireyin karakterinin belirlenmesi ve sosyal desteğin neden yetersiz olduğunun ortaya konması gerekir. Sosyal desteğin etkisini birey merkezli ve dışarıdan kaynaklı engeller azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Tüm bu etmenler belirlendikten sonra, hemşire sosyal desteğin etkisini arttırmaya çalışmalıdır. (4, 86).

## **5. METOD VE MATERYAL**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Araştırma, omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerin bakım yükünü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlandı ve gerçekleştirildi.

### **5.2. Araştırma Soruları**

Bu amaçlar doğrultusunda araştırmadan şu sorulara yanıt arandı.

- Omurilik yaralanmalı hastaya bakım verenlerin bakım yükü derecesi nedir?
- Omurilik yaralanmalı hastaya bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyi nedir?
- Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri bakım yükünü etkiler mi?
- Bakım verenlerin sosyal destek düzeyi bakım yükünü etkiliyor mu?

### **5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma, 1 Mart 2015- 30 Ağustos 2015 tarihleri arasında İstanbul Bahçelievler Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Omurilik Hasarı Rehabilitasyon servisinde gerçekleştirildi.

### **5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Bahçelievler Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Omurilik Hasarı Rehabilitasyon Servislerinde yatarak tedavi görmekte olan yatan 165 parapleji veya tetrapleji tanısı almış hastalar ve hastalara bakım veren bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmaya dahil edilecek bakım verenlerin sayısının belirlenmesinde, evreni bilinen örneklem yöntemiyle oluşturuldu. (13) . Formülde ;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q} \quad n = \frac{165 \times (1.96)^2 \times (0.20 \times 0.80)}{(0.05)^2 \times (165-1) + (1.96)^2 \times (0.20 \times 0.80)} \quad n = 98$$

Yukarıdaki belirtilen formül kullanılarak hesaplandığında, gerekli minimum örneklem büyüklüğü 98 hastanın bakım vereni olduğu belirlendi. Bu nedenle 100 hastaya bakım veren birey çalışmaya dahil edildi.

Araştırmanın örneklemi; 1 Mart 2015 - 30 Ağustos 2015 tarihleri arasında Bahçelievler Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Omurilik Hasarı Rehabilitasyon servislerinde omurilik yaralanma tanısıyla yatan ve araştırmaya katılmaya istekli olup, gerekli ölçütleri sağlayan 100 hasta ve bu hastalara bakım veren 100 birey oluşturdu.

### 5.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Omurilik yaralanma tanısı konulan ve bakım veren birey olması.
- 18 yaş ve üzerinde olması.
- Soruların anlaşılmasını etkileyecek düzeyde anlama sorunu olmaması.
- Okur-yazar olması.

### 5.6. Araştırmanın Değişkenleri

Hastaya ait yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir durumu kronik hastalık, yaralanma nedeni, yaralanma seviyesi, hastalık süresi hastaneye yatış sayısı, mesane boşaltma yöntemi ile yatak yarası gibi durumlar araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluştururken, barthel indeks ölçüğünden alınan puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturdu.

Bakım verenlere ait yaş, cinsiyet, yakınlık derecesi, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, bakmakla yükümlü olduğu kişi, aile tipi, çalışma durumu sağlık durumları, hasta ile olan yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım verirken yaşanan duygular ile ilgili zorluklar, araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluştururken, bakım yükü ölçeği ve sosyal destek ölçeğinden alınacak puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturdu.

## **5.7. Verilerin Toplanması**

Araştırmada, hasta ve bakım verenlerin özelliklerini tanımlamak amacıyla literatür incelenerek hazırlanan, Hasta Tanıtım Formu (Ek.1), Bakım Veren Birey Tanıtım Formu (Ek.2), (3, 9, 21, 32, 61); hastaların bağımlılık düzeyini belirlemek için Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi (Ek.3) ile bakım verenler için Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek.4), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek.5) veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından omurilik yaralanmalı bireyler ve bakım verenlere klinikte yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

### **5.7.1. Hasta tanıtım formu ( Ek. 1)**

Hasta tanıtım formu, hastaların bireysel tanıtıcı özellikleri ile hastalığa ilişkin özelliklerin den oluşmuştur. Bireysel tanıtıcı özellikleri; cinsiyeti, yaşı, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi ve kronik hastalıkları içermektedir. Hastalığa ilişkin özellikleri ise; yaralanma nedeni, yaralanma seviyesi hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, mesane boşaltma yöntemi ve yatak yarası gibi durumları içermektedir.

### **5.7.2. Bakım veren bireyi tanıtım formu ( Ek. 2)**

Bakım veren birey tanıtım formu, bakım verenlerin bireysel tanıtıcı özellikleri ile bakım vermeye ilişkin özelliklerden oluşmuştur.

Bireysel tanıtıcı özellikleri; cinsiyeti, yaşı, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, çalışma durumu, sağlık sorunu ve hasta ile yakınlık durumunu içermektedir. Bakım vermeye ilişkin özellikleri ise; aile tipi, hasta ile aynı evi paylaşma durumu, hasta dışında bakmakla yükümlü olduğu kişiler, bakım verme süresi, bakım verme zamanı, bakım gereksinimlerini karşılamada yardım alma durumu, bakım vermeden önce hasta ile ilişkisi, bakım vermenin hayatını ne kadar zorlaştırdığı ve bakım verme sürecinde yaşadığı duygular gibi durumları içermektedir.

### **5.7.3. Barthel yaşam kalitesi indeksi ( Ek. 3)**

Araştırmada omurilik yaralanmalı hastaların bağımlılık düzeylerini değerlendirmek için BYKİ kullanıldı. Barthel İndeksi; 1965 yılında Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilmiş olup, 2000 yılında Küçükdeveci tarafından uyarlanmıştır. Global değerlendirme aracı olarak duyu ve motor kayıpları olan tüm hastalarda kullanılmaktadır. (59). İndeks yemek yeme, banyo, günlük bakım giyinme, defekasyon, miksiyon, tuvalete gidiş, yataktan kalkma, dolaşma, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerini (GYA) 10 madde şeklinde fiziksel yetersizliği sorgulamaktadır. Puanlama 0 ile 100 arasında değişmektedir. 0 puan tam bağımlılığı 100 puan bağımsızlığı anlatır. Barthel İndeksi kullanılan çalışmalarda, sınır puan 60 olarak belirlenmiş olup 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklar. Ölçeğin puan yorumu; 0-20 Puan-Tam Bağımlı, 21-61 Puan-İleri Derecede Bağımlı, 62-90 Puan-Orta Derecede Bağımlı, 91-99 Puan-Hafif Derecede Bağımlı 100 Puan-Tam Bağımsız' dır. (58).

### **5.7.4. Zarit bakım verme yükü ölçeği ( Ek. 4)**

Araştırmada bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek için ZBVYÖ kullanıldı. Bakım verme yükü ölçeği; Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında Amerika da geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir.

Sağlık, sosyal kişisel hayat, ekonomik durum, duygusal iyi oluş ve kişilerarası ilişkiler gibi sorular yer alır. Ölçek "asla", "nadiren" "bazen", "sık sık", ya da "hemen her zaman" şeklinde "0" dan "4" e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. (68) .

Özer ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin cerrahi ve dahili kliniklerde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır ve 22 maddeden 18 madde geçerli bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek değer 72 iken en düşük değer 0 'dır. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sorunların yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,724 bulundu.

#### **5.7.5. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ( Ek. 5)**

Araştırmada bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteği ölçmek için ÇBASDÖ kullanıldı. Sosyal destek ölçeği; bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun çeviri ve norm çalışması 1995 yılında Eker ve ark. tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılığı ve güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuştur. Ölçek toplam 12 maddeden oluşan "Kesinlikle Hayır" dan "Kesinlikle Evet" e kadar 1,2,3,4,5,6,7 şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin; bireylerin destek kaynaklarını yansıtan aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır ve her alt grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3,4,8,11, maddeler aile 6,7,9,12, maddeler arkadaş desteğini belirtirken 1,2,5,10, maddeler ise özel kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin bütününden alınabilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. (15 ,29).

## 5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (IBM) (Statistical Package for Social Sciences) for windows 17,0 programı kullanıldı. Bireylerin sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikler; sayı yüzde ve ortalama olarak verilmiştir. Bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre BYKİ, ÇBASDÖ ve ZBVYÖ'nden aldıkları puanların farklılık gösterip göstermediği Bağımsız örneklem t testi ve ANOVA analizi ile değerlendirilirken; sürekli iki değişken arasındaki ilişki düzeyine Pearson korelasyon testi ile bakılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p<0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## 5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için, Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul'undan etik kurul izni alındı. Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alındı. ( Ek. 7). Hasta ve bakım verenlere katılımın gönüllülük esasına dayandığı araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçla kullanılacağı açıklanıp Bilgilendirilmiş Onam Formu Okutularak sözlü ve yazılı izinleri alındı. (Ek. 6). Araştırmaya katılan bireyler kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarıyla paylaşılmayacağı konusunda bilgilendirilerek gizlilik ve gizliliğin korunması ilkesine uyuldu.

## 5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma İstanbul Bahçelievler Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 Mart 2015 - 30 Ağustos 2015 tarihleri arasında Rehabilitasyon Servislerinde omurilik yaralanması tanısıyla yatan hastalara bakım verenler ile genellenebilir.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde omurilik yaralanmalı hasta ve bakım verenlere ait elde edilen bulgular ve istatistiksel analizler tablolar halinde verildi.

**Tablo 6.1:** Omurilik Yaralanmalı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100)

Özellikler		n		%
Yaş	Ort±Ss	36,17±13,51		
Cinsiyet	Kadın	44		44,0
	Erkek	56		56,0
Medeni Durum	Evli	60		60,0
	Bekar	40		40,0
Eğitim Durumu	Eğitim yok	13		13,0
	İlköğretim	49		49,0
	Lise	28		28,0
	Üniversite	10		10,0
Sosyal Güvence Durumu	Var	93		93,0
	Yok	3		3,0
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	42		42,0
	Gelir Gidere Denk	56		56,0
	Gelir Giderden Fazla	2		2,0
Kronik Hastalık	Var	18		18,0
	Yok	82		82,0
Omurilik Yaralanma Nedeni	Trafik Kazası	38		38
	Düşme	34		34
	Ameliyat	21		21
	Diğer	7		7
Omurilik Yaralanma Seviyesi	Tetrapleji	16		16,0
	Parapleji	84		84,0
Hastalık Süresi(ay)	Ort±Ss	13,20±15,39		
Hastaneye Yatış Sayısı	Ort±Ss	2,61±1,07		
Mesane Boşaltma Yöntemi	Daimi Kateter	12		12,0
	TAK	35		35,0
	Spontan	14		14,0
	Bez/kondom	39		39,0
Yatak Yarası	Var	20		20,0
	Yok	80		80,0



Hastaların ortalama yaşı  $36,17 \pm 13,51$  (18yaş -77yaş), %56'sının cinsiyeti kadın , %60'ının medeni durumu evli; %13'ünün herhangi bir eğitim almadığı %49'unun ilköğretim, %28'inin lise, %10'unun ise üniversite mezunu olduğu; %93'ünün sağlık güvencesinin olduğu; %42'sinin gelirinin giderden az %56'sının gelirinin gidere denk %2'sinin ise gelirinin giderden fazla olduğu ve %18'inin kronik bir rahatsızlığının olduğu saptandı. (Tablo 6.1).

Hastaların omurilik yaralanmalarının %38'inin trafik kazası, %34'ünün düşme %21'inin ameliyata bağlı ve %7'sinin ise diğer nedenlerle meydana geldiği saptanırken, hastaların %84'ünün omurilik yaralanma seviyesinin parapleji olduğu belirlendi. Hastaların ortalama hastalık süresi  $13,20 \pm 15,39$  ay, ortalama hastaneye yatma sayısı  $2,61 \pm 1,07$  kez olduğu; hastaların %12'sinin daimi kateter, %35'inin TAK, %39'unun bez/kondom yöntemi ile mesane boşaltma işlemi gerçekleştirdiği saptanırken, hastaların %14'ünün mesane boşaltma işleminin ise spontan olarak gerçekleştiği ve hastaların %20'sinde yatağa bağlı yara oluştuğu görüldü. (Tablo 6.1).

**Tablo 6.2:** Omurilik Yaralanmalı Hastaların Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi Puan Dağılımı

	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Mak.</b>
<b>BYKÖ</b>	37,42	22,41	0	85
<b>BYKÖ Sınıflama</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Tamamen Bağımlı (0-20 puan)	27	27		
İleri Derece Bağımlı (21-61 puan)	59	59		
Orta Derece Bağımlı (62-90 puan)	14	14		

Tablodaki veriler incelendiğinde hastaların %27'si tamamen, %59'u ileri derecede ve %14'ise orta derecede bağımlı sınıflamasına dahil olduğu görüldü. (Tablo 6.2).

**Tablo 6.3:** Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100)

Özellikler		n	%
Yaş	Ort±Ss	43,16±13,16	
Cinsiyet	Kadın	76	76,0
	Erkek	24	24,0
Medeni Durum	Evli	83	83,0
	Bekar	17	17,0
Eğitim Durumu	Eğitim Yok	12	12,0
	İlköğretim	59	59,0
	Lise	21	21,0
	Üniversite	8	8,0
Çalışma Durumu	Tam gün	6	6
	Yarım Gün	10	10
	Çalışmıyor	84	84
Sosyal Güvencesi	Var	86	86
	Yok	14	14
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	42	42
	Gelir Gidere Denk	56	56
	Gelir Giderden Fazla	2	2
Sağlık Sorunu	Var	17	17
	Yok	83	83
Yakınlık Derecesi	Eşi	40	40
	Kızı-oğlu	10	10
	Anne-babası	31	31
	Kardeşi	7	7
	Diğer	12	12
Aile Tipi	Çekirdek	93	93
	Geniş	7	7
Hasta ile Aynı Evde Oturma	Evet	84	84
	Hayır	16	16
Hastaya Ait Ayrı Oda	Var	84	84
	Yok	16	16
Hasta Dışında Bakım Verilen Kişi	Var	18	18
	Yok	82	82
Hastaya Bakma Süresi(ay)	Ort±Ss	11,87±13,08	
Bakım Verme Zaman Dilimi	24 Saat	75	75
	Gündüz	4	4
	Gece	7	7
	Belli Günlerde	14	14
	Yok	0	0
Bakımda Destek Alma	Yok	30	30
	Kısmen	38	38
	Var	32	32
Bakım Süreci Başlangıç Durumu	Kendi Rızası İle	65	65
	Mecbur Olma	7	7
	Doğal Bir Sonuç	28	28
Bakımın Yaşamı Etkileme Durumu	Etkilemiyor	20	20
	Az Etkiliyor	15	15
	Orta Etkiliyor	40	40
	Çok Etkiliyor	25	25

Bakım verenlerin ortalama yaşı 43,16±13,16 (18yaş -75yaş), %76'sının cinsiyeti kadın, %83'ünün medeni durumu evli; %59'unun ilköğretim, %21'inin lise,%8'inin ise üniversite mezunu olduğu; %84'ünün çalışmadığı (ev hanımı, emekli), %86'sının sağlık güvencesinin olduğu, %93'ünün aile tipinin çekirdek aile olduğu; %42'sinin gelirinin giderden az %56'sının gelirinin gidere denk, %2'sinin ise gelirinin giderden fazla olduğu ve %17'sinin bir sağlık sorunun olduğu saptandı. (Tablo 6.3).

Bakım verenlerin ortalama hastaya bakım verme süresi 11,87±13,08 ay olarak bulundu. Bakım verenlerin %84'ünün hasta ile aynı evde yaşadığı, hastaların %16'sının ayrı bir odasının olmadığı, hasta yakınlarının %75'i 24 saat boyunca hastaya bakım verdiği, %65'inin bu bakımı isteyerek verdiği, %30'unun bakım sağlarken herhangi bir destek almadığı ve bakım verenlerin %80'inin hastaya verdiği bakımın yaşamını etkilediği belirlendi. (Tablo 6.3).

**Tablo 6.4:** Bakım Veren Bireylerin Bakım Sürecine İlişkin Bazı Değerlendirmelerinin Dağılımı

Bakım vermek sizin için ne anlama geliyor?	n	%*
Ödül	7	7,0
Kader	67	67,0
Saygı	17	17,0
Önemli iş	17	17,0
Sınav	61	61,0
Borç ödeme	11	11,0
<b>Hastanıza bakım sürecinde hangi duyguyu yaşadınız?</b>		
Öfke, kızgınlık	12	12,0
Korku	46	46,0
Üzüntü	79	79,0
Güçsüzlük	28	28,0
Çaresizlik	55	55,0
Yorgunluk	56	56,0
Yalnızlık	23	23,0

\*:Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Bakım verene sorulan “hastaya bakım vermek sizin için ne anlama geliyor?” sorusuna bakım verenlerin %67’si saygı, %61’i ise sınav yanıtını verdiği belirlendi. (Tablo 6.4). Bakım verene sorulan “Hastanıza bakım sürecinde hangi duyguyu yaşadınız?” sorusuna bakım verenlerin %79’u üzüntü yanıtı verdiği saptandı . (Tablo 6.4).



**Tablo 6.5:** Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile ZBVYÖ Puan Dağılımı Arasındaki İlişki Düzeyi (N=100)

Özellikler		Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği			
		Ort	Ss	t/F	p
Yaş	<i>PearsonCorrelation</i>	r=0,169;p=0,092			
Cinsiyet	Kadın	26,20	10,71	1,177	0,242
	Erkek	29,33	13,34		
Medeni Durum	Evli	27,37	11,29	0,819	0,415
	Bekar	24,88	12,06		
Eğitim Durumu	Eğitim yok	24,42	7,96	2,309	0,081
	İlköğretim	27,80	11,40		
	Lise	29,38	13,11		
	Üniversite	18,13	6,83		
Çalışma Durumu	Tam Gün	27,33	12,85	2,019	0,138
	Yarım Gün	33,70	14,52		
	Çalışmıyor	26,12	10,77		
Sosyal Güvencesi	Var	27,67	11,48	1,587	0,116
	Yok	22,50	10,16		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	26,02	11,74	0,846	0,400
	Gelir Gidere Denk	28,00	11,22		
Sağlık Sorunu	Var	30,00	10,14	1,213	0,228
	Yok	26,33	11,60		
Yakınlık Derecesi	Eşi	32,05	10,77	3,756	<b>0,007*</b>
	Kızı-oğlu	23,80	10,27		
	Anne-babası	24,03	10,26		
	Kardeşi	22,57	14,14		
	Diğer	22,67	10,81		
Aile Tipi	Çekirdek	26,77	11,36	0,560	0,577
	Geniş	29,29	12,67		
Hasta ile Aynı Evde Oturma	Evet	28,05	11,42	2,250	<b>0,027*</b>
	Hayır	21,19	9,74		
Hastaya Ait Ayrı Oda	Var	27,94	11,29	2,021	<b>0,046*</b>
	Yok	21,75	10,90		
Hasta Dışında Bakım Verilen Kişi	Var	29,56	12,60	1,071	0,287
	Yok	26,38	11,13		
Hastaya Bakma Süresi(ay)	<i>PearsonCorrelation</i>	r=-0,052;p=0,610			
Bakım Verme Zaman Dilimi	24 Saat	26,67	10,58	1,250	0,296
	Gündüz	27,75	14,75		
	Gece	34,43	11,47		
	Belli Günlerde	24,50	14,30		
Bakımda Destek Alma	Yok	25,80	11,87	2,004	0,140
	Kısmen	25,11	10,11		
	Var	30,22	12,04		
Bakım Süreci Başlangıç Durumu	Kendi Rızası İle	24,17	11,22	6,827	<b>0,002*</b>
	Mecbur Olma	36,29	6,47		
	Doğal Bir Sonuç	31,07	10,49		
Bakımın Yaşamı Etkileme Durumu	Etkilemiyor	21,10	8,85	5,056	<b>0,003*</b>
	Az Etkiliyor	22,00	8,50		
	Orta Etkiliyor	28,73	13,26		
	ÇokEtkiliyor	31,76	8,55		

\*:p<0,05; t= bağımsız örneklem t testi, F=Anova (varyans) testi ZBVYÖ: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Bakım verenin yakınlık derecesine göre ZBVYÖ'den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanırken; en yüksek bakım yükü olan yakınlık derecesinin hastanın eşi olduğu görüldü ( $p<0,05$ ) . (Tablo 6.5).

Hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin ZBVYÖ'den aldıkları puan ortalaması ( $28,05\pm 11,42$ ), aynı evde yaşamayanların aldıkları puan ortalamasından ( $21,19\pm 9,74$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu belirlendi. (Tablo 6.5).

Hasta bakımının başlangıç durumuna göre ZBVYÖ'den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanırken; en düşük bakım yükü olan bakım verenlerin hastaya kendi rızası ile bakım veren grubunda olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). (Tablo 6.5).

Hasta bakımının, bakımı veren bireyin yaşamını etkileme derecesine göre ZBVYÖ'den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptandı. En düşük bakım yükü olan bakım verenlerin hastaya verdiği bakımın yaşamını etkilemediğini belirten bakım verenler olduğu görüldü ( $p<0,05$ ). (Tablo 6.5).

**Tablo 6.6:** Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Dağılımı

ZBVYÖ	Ort	Ss	Min.	Mak.
Toplam	26,95	11,40	2	52

Çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin ZBVYÖ' den aldıkları puan ortalamalarının dağılımlarına yer verilmiştir. Bakım yükünün ortalama değerde olduğu saptanmıştır. (Tablo 6.6).

**Tablo 6.7:** Bakım Veren Bireylerin Cinsiyet Durumlarına Göre ÇBASDÖ' den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇBASDÖ	Cinsiyet	Ort	Ss	t	p
Aile	Kadın	20,29	4,41	0,652	0,517
	Erkek	19,50	4,10		
Özel Bir İnsan	Kadın	11,94	7,30	1,169	0,246
	Erkek	14,31	7,17		
Arkadaş	Kadın	11,09	5,76	1,468	0,146
	Erkek	13,50	6,35		
Toplam	Kadın	43,32	13,89	1,005	0,318
	Erkek	47,31	15,56		

p>0,05; t=Bağımsız örneklem *t* testi

Bakım verenin cinsiyet durumuna göre ÇBASDÖ' den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık saptanmadı (p>0,05). (Tablo 6.7).

**Tablo 6.8:** Bakım Veren Bireylerin Medeni Durumuna Göre ÇBASDÖ' den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇBASDÖ	Medeni durum	Ort	Ss	t	p
Aile	Evli	19,67	4,45	1,896	0,062
	Bekar	21,88	3,50		
Özel Bir İnsan	Evli	10,11	5,32	6,932	<0,001*
	Bekar	21,06	7,35		
Arkadaş	Evli	10,11	4,63	3,837	0,001*
	Bekar	17,06	7,08		
Toplam	Evli	39,89	11,10	6,316	<0,001*
	Bekar	60,00	13,69		

\*:p<0,01; t=Bağımsız örneklem *t* testi

Medeni durumu bekar olan bakım verenlerin ÇBASDÖ “arkadaş” “özel bir insan” alt ölçekleri ve toplam ölçekten aldığı puan ortalaması (*özel bir insan*: $21,06\pm 7,35$ ; *arkadaş*: $17,06\pm 7,08$ ; *toplam*:  $60,00\pm 13,69$ ), medeni durumu evli olan bakım verenlerin aldığı puan ortalamasından (*özel bir insan*: $10,11\pm 5,32$ ; *arkadaş*: $10,11\pm 4,63$ ; *toplam*:  $39,89\pm 11,10$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,01$ ). Medeni durumu bekar olan bakım verenlerin, medeni durumu evli olan bakım verenlere göre sosyal destek algı düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü. (Tablo 6. 8).

**Tablo 6.9:** Bakım Veren Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre ÇBASDÖ’ den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇBASDÖ	Eğitim Düzeyi	Ort	Ss	F	p
Aile	Eğitim yok	19,00	5,05	0,563	0,641
	İlköğretim	20,00	4,64		
	Lise	20,53	2,97		
	Üniversite	21,71	3,90		
Özel Bir İnsan	Eğitim yok	8,56	3,28	8,429	<0,001*
	İlköğretim	10,58	6,46		
	Lise	18,93	7,48		
	Üniversite	16,43	6,97		
Arkadaş	Eğitim yok	8,44	4,22	5,985	0,001*
	İlköğretim	10,36	5,39		
	Lise	15,07	5,70		
	Üniversite	16,71	6,50		
Toplam	Eğitim yok	36,00	6,95	7,165	<0,001*
	İlköğretim	40,94	13,13		
	Lise	54,53	12,48		
	Üniversite	54,86	16,56		

\*: $p<0,01$ ; F=Anova(varyans) testi



Eğitim düzeyine göre bakım verenlerin ÇBASDÖ“arkadaş” “zel bir insan” alt ölçekleri ve toplam ölçekten aldığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ( $p<0,01$ ). Dşuk sosyal destek algı düzeyine sahip olan eğitimsiz ve ilköğretim düzeyinde olduğu belirlendi. (Tablo 6.9).

**Tablo 6.10:** Bakım Veren Bireylerin Sağlık Sorunun Olma Durumuna Göre ÇBASDÖ’ den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇBASDÖ	Sağlık sorunu	Ort	Ss	t	p
Aile	Var	19,92	5,30	0,188	0,851
	Yok	20,17	4,20		
Özel Bir İnsan	Var	9,75	5,29	1,756	0,095
	Yok	12,87	7,52		
Arkadaş	Var	8,00	3,81	3,178	<b>0,004*</b>
	Yok	12,19	6,02		
Toplam	Var	37,67	8,45	2,507	<b>0,019*</b>
	Yok	45,23	14,76		

\*: $p<0,05$ ; t=Bağımsız rnekleme  $t$  testi

Sağlık sorunu olmayan bakım verenlerin ÇBASDÖ “arkadaş” alt leği ve toplam ölçekten aldığı puan ortalaması (*arkadaş:12,19±6,02; toplam: 45,23±14,76*), herhangi bir sağlık sorunu yaşayan hasta yakınlarının aldığı puan ortalamasından (*arkadaş:8,00±3,81; toplam: 37,67±8,45*) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,01$ ). Sağlık sorunu olmayan bakım verenlerin, herhangi bir sağlık sorunu olan bakım verenlere göre sosyal destek algı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi . (Tablo 6.10).

**Tablo 6.11:** Bakım Veren Bireylerin Hasta İle Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre ÇBASDÖ’ den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇBASDÖ	Hasta ile aynı evde oturma	Ort	Ss	t	p
Aile	Evet	19,69	4,40	2,079	<b>0,041*</b>
	Hayır	22,29	3,41		
Özel Bir İnsan	Evet	11,91	7,17	1,348	0,181
	Hayır	14,79	7,69		
Arkadaş	Evet	11,18	5,91	1,299	0,198
	Hayır	13,43	5,79		
Toplam	Evet	42,78	14,33	1,877	0,064
	Hayır	50,50	12,22		

\*:p<0,05; t=Bağımsız örneklem *t* testi

Hasta ile aynı evde oturmayan bakım verenlerin ÇBASDÖ “aile” alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması (*aile:22,29±3,41*), hasta ile aynı evde oturan hasta yakınlarının aldığı puan ortalamasından (*aile:19,69±4,40*) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Hasta ile aynı evde oturmayan bakım verenlerin sosyal destek algı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi . (Tablo 6.11).

**Tablo 6.12:** Bakım Veren Bireylerin Yakınlık Derecesine Göre ÇBASDÖ’ den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇBASDÖ	Yakınlık derecesi	Ort	Ss	F	p
Aile	Eşi	19,44	5,01	0,569	0,686
	Kızı-oğlu	20,00	4,00		
	Anne-babası	20,22	4,09		
	Kardeşi	21,60	2,19		
	Diğer	21,33	3,94		
Özel Bir İnsan	Eşi	9,66	4,98	16,562	<0,001*
	Kızı-oğlu	21,78	4,94		
	Anne-babası	9,09	4,89		
	Kardeşi	10,40	8,29		
	Diğer	19,92	6,80		
Arkadaş	Eşi	10,16	4,97	9,150	<0,001*
	Kızı-oğlu	18,00	5,10		
	Anne-babası	8,61	3,79		
	Kardeşi	11,20	5,22		
	Diğer	16,33	6,71		
Toplam	Eşi	39,25	12,64	11,281	<0,001*
	Kızı-oğlu	59,78	12,35		
	Anne-babası	37,91	7,93		
	Kardeşi	43,20	12,46		
	Diğer	57,58	13,43		

\*:p<0,05; F=Anova(varyans) testi

Hasta ile olan yakınlık derecesine göre bakım verenlerin ÇBASDÖ“arkadaş” “özel bir insan” alt ölçekleri ve toplam ölçekten aldığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,01). Bu bulgu ile en düşük sosyal destek algı düzeyine sahip olguların hastanın anne-baba ve eşinin olduğu görüldü . (Tablo 6.12).

**Tablo 6.13:** Bakım Veren Bireylerin Hastaya Bakım Vermede Destek Alma Durumuna Göre ÇBASDÖ' den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇBASDÖ	Bakımda destek alma	Ort	Ss	t	p
Aile	Yok	18,31	4,82	1,787	0,080
	Var	20,37	3,79		
Özel Bir İnsan	Yok	11,23	7,33	1,702	0,094
	Var	14,80	8,23		
Arkadaş	Yok	10,85	6,30	0,424	0,673
	Var	11,57	6,37		
Toplam	Yok	40,38	16,04	1,523	0,134
	Var	46,73	15,12		

p>0,05; t=Bağımsız örneklem t testi

Hasta bakımına destek verilme durumuna göre bakım verenlerin ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık saptanmadı (p>0,05). (Tablo 6.13).

**Tablo 6.14:** Bakım Veren Bireylerin Hastaya Bakma Sürecinin Başlangıç Durumuna Göre ÇBASDÖ' den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇBASDÖ	Bakım süreci başlangıç durumu	Ort	Ss	F	p
Aile	Kendi rızası ile	20,49	3,97	2,541	0,085
	Mecbur olma	16,00	4,00		
	Doğal bir sonuç	20,24	4,84		
Özel Bir İnsan	Kendi rızası ile	14,12	7,66	4,076	<b>0,021*</b>
	Mecbur olma	9,60	8,76		
	Doğal bir sonuç	9,48	5,04		
Arkadaş	Kendi rızası ile	12,53	6,06	1,857	0,163
	Mecbur olma	10,00	7,48		
	Doğal bir sonuç	9,92	5,05		
Toplam	Kendi rızası ile	47,14	14,00	3,488	<b>0,035*</b>
	Mecbur olma	35,60	18,99		
	Doğal bir sonuç	39,64	12,27		

\*:p<0,05; F=Anova(varyans) testi

Bakım verenin hastaya bakma sürecinin başlangıç durumuna göre ÇBASDÖ “özel bir insan” alt ölçeği ve toplam ölçekten aldığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ( $p<0,05$ ). En yüksek sosyal destek algı düzeyine sahip olguların hastaya kendi rızası ile bakan olgular olduğu belirlendi. (Tablo 6.14).

**Tablo 6.15:** Bakım Veren Bireylerin Yaşı ve Hastaya Bakma Süresi ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişki Düzeyi

		Hasta yakınının yaşı	Hastaya bakım verme süresi
<b>ÇBASDÖ</b>	<b>PearsonCorrelation</b>		
Aile	r	0,122	-0,055
	p	0,225	0,623
Özel Bir İnsan	r	-0,150	0,031
	p	0,183	0,783
Arkadaş	r	-0,658	-0,034
	p	<b>&lt;0,001*</b>	0,764
Toplam	r	-0,616	-0,015
	p	<b>&lt;0,001*</b>	0,894

\*: $p<0,05$ ; PearsonCorrelation  
 ÇBASDÖ:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Bakım verenin yaşı ile hastaya bakma süresi ile ÇBASDÖ’ den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki varlığı saptandı ( $r:-0,616$ ;  $p<0,001$ ). Bakım verenin yaşı yükseldikçe sosyal destek algı düzeyinin azaldığı belirlendi.(Tablo 6.15).

**Tablo 6.16:** Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Dağılımı

<b>ÇBASDÖ</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Mak.</b>
Aile	20,14	4,34	12	28
Özel Bir İnsan	12,41	7,30	4	28
Arkadaş	11,57	5,92	4	28
Toplam	44,11	14,22	20	84

Çalışmaya dahil edilen hasta yakınlarının ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımlarına yer verildi. (Tablo 6.16).

**Tablo 6.17:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

<b>Ölçekler</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
ÇBASDÖ → ZBVYÖ	-0,184	0,067

\*:p<0,05; PearsonCorrelation

ÇBASDÖ ile ZBVYÖ ölçekleri puan dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı . (Tablo 6.17).

## 7. TARTIŞMA

Omurilik yaralanması; bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen ve yaşam biçiminin değişmesine yol açan önemli bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde 2,5 milyon kişi omurilik hasarı ile yaşamlarını devam ettirmekte ve bu sayıya yılda yaklaşık 130. 000 yeni vaka eklenmektedir. Omuriliğin baskı kontüzyon ya da kesisi sonucu meydana gelen yaralanma ölüm ve ciddi sakatlıklara neden olmakla birlikte birçok organda fonksiyon kaybına yol açabilmektedir. Omurilik yaralanması sadece bireyin değil, aynı zamanda ailenin yaşam biçimini etkileyebilmektedir. Omurilik yaralanmalı bireyin bakımı uzun ve karmaşık bir süreçtir. Akut bakımdan rehabilitasyona kadar olan bu süreçte bireye özgü bakımın hasta ve yakınlarına yüklediği sorumluluk oldukça ağırdır. (51, 80).

Bu bilgilerin ışığında omurilik yaralanmalı hastalara bakım veren bakım vericilerin bakım yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan ve gerçekleştirilen çalışma 6 başlık altında tartışıldı.

### **Omurilik Yaralanmalı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmada omurilik yaralanmalı bireylerin çoğunluğu erkek (%56) ilköğretim eğitim düzeyinde (%49) ve orta yaşta ( 36,17) olduğu belirlendi. Çalışma ülkemizde yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında hastaların sosyo-demografik özelliklerinin literatür ile benzer özellikte olduğu bulunmuştur. (3,6,75 ). (Tablo 6.1).

Çalışmada örnekleme alınan bireylerin yaralanma seviyelerinin %84'ünün parapleji, %16'sının tetrapleji düzeyinde olduğu belirlendi (Tablo 6.1). Literatür incelendiğinde çalışma, Aktaş'ın (3) (%68'i parapleji), Ateş'in (9) (%68.2 parapleji) ve Koca ve ark.'ın (57) (%72.5 parapleji) çalışma sonucundan elde ettikleri sonuç ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada bireylerin ortalama hastalık süresinin  $13,20 \pm 15,39$  ay ve bakım verenlerin %75'inin 24 saat boyunca bakım verdikleri belirlendi (Tablo 6.1). Aktaş'ın (3) çalışmasında hastalık süresi 1-5 yıl arası %22,37 ve günlük bakım süresi 13-24 saat arası %71 olarak belirlenmiş olup çalışmayla benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmada örnekleme alınan bireylerin yaralanmalarının %38'inin trafik kazası, %34'ünün düşme,%21'inin ameliyata bağlı ve %7'sinin ise diğer nedenlerle meydana geldiği belirlendi (Tablo6.1). Ateş'in (9) çalışmasında yaralanma nedenlerinin %36.4'ünün trafik kazası, %26.4'ünün düşme %13.2'sinin ameliyata bağlı, Salar'ın (75) çalışmasında ise yaralanma nedenlerinin sıklıkla trafik kazaları (%38), düşme sonucu (%34) meydana geldiği belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında yaralanma nedenlerinin benzerlik gösterdiği bulundu. Omurilik yaralanma nedenlerinin ilk sırasında trafik kazalarının olması, bireylerin çoğunluğunun erkeklerden oluşması ve yaş ortalamasının 36 yaş olması ile ilgili olduğu söylenebilir.

### **Omurilik Yaralanmalı Hastaların Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi ile Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Tartışılması**

Barthel yaşam kalitesi indeksi duyu ve motor kayıpları olan tüm hastalarda kullanılmaktadır. İndeks yemek yeme, banyo, günlük bakım, giyinme, defekasyon miksiyon, tuvalete gidiş, yataktan kalkma, dolaşma, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerini (GYA) 10 madde şeklinde fiziksel yetersizliği sorgulamaktadır. (57)

Yıldırım ve ark.'ının (92) yaptığı çalışmada bireylerin %48.1'i ileri bağımlı %25.6'sı tam bağımlı, %24'ü orta bağımlı ve 3 kişinin günlük yaşama aktivitelerinde ve harekette bağımsız olduğu bulunmuştur.



Gülpak ve Kocagöz ' ün ( 36) hemodiyaliz hastalarına bakım verenlerin bakım yükü çalışmasında bireyin bakım verene bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verende olumsuz olarak değerlendirilebilecek deneyimlerin arttığı belirlenmiştir. Ateş 'in (9) spinal kord yaralanmalı hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek çalışmasında orta derece bağımlı bireylere bakım verenlerin stresle baş etme durumlarının tam ve ileri derece bağımlı bireylere bakım verenlerin puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Zaybak ve ark. (94) yaptıkları yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin yükü çalışmasında bağımlılık düzeyi artan bireyin yakınının bakımına daha çok gereksinimin olması ve bakım verenin hasta bakımındaki rolünün artmasının bakım yükünü etkileyebileceğini belirtmişlerdir. Işık 'ın (41) yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlendiği çalışmada bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu arttıkça bakım yükünde arttığı belirlenmiştir.

Çalışmada omurilik yaralanmalı hastaların ileri derece bağımlı (%59) , tam bağımlı ( %27) ve orta derece bağımlı (%14) oldukları belirlendi. ( Tablo 6.4) . Önceki çalışma sonuçlarıyla paralellik gösteren bu çalışmada bireyin bağımlılık durumunun artması bakım vericilere daha fazla gereksinim duyulmasına ve bakım vericilerin bakımdaki görevlerin artmasının bakım yükünü etkileyebileceği söylenebilir.

### **Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bakım verme; bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyim olmakla birlikte duygusal destek, fiziksel ve maddi destek vermeyi kapsamaktadır. Kronik ve ilerleyici hastalığı olan bireye bakım verenler bakım yükü en önemli sorunlardan biridir. Bakım yükü bakım verenin kendi ihtiyaçlarını ertelemesine sebep olmakta ve kişilerarası ilişkilerde azalma, sağlıkta bozulma gibi olumsuz durumlara yol açmaktadır. Bu nedenle bakım yükünün azaltılmasına yönelik yaklaşımlar hem hasta birey, hem de bakım vericinin iyilik halinin sürdürülmesi açısından önemlidir. (69).

Dökmen'in (25) yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları çalışmasında bakım verenlerin %66.7'si kadın, %74.5'i evli, Tuna ve Olgun'un (86) inmeli hastalara bakım verenlerle ilgili yaptıkları bir çalışmada ise bakım verenlerin %62.27'si kadın, %69.09 'u evli, Çetinkaya'nın (21) demanslı hastaya bakım verenlerle ilgili çalışmasında bakım verenlerin %82.6'sı kadın,%76.2 'si evli Tel ve ark.'nın (83) yaptığı ''KOAHLı hastaların bakım yükü ve yaşam kalitesi'' isimli çalışmasında bakım verenlerin çoğu (%93.6) kadın ve (%82.6) evliPürlüsoy ve ark.'nın (74) çalışmasında bakım verenlerin %62.9 kadın ve %85.5' inin evli ve Kankaya ve ark. (44) çalışmasında bakım verenlerin %60 'ının kadın %88 'inin evli olduğu bulunmuştur .

Çalışmada omurilik hastalara bakım verenlerin çoğunluğunun kadın (%76) evli (%83) ve %59'unun ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. (Tablo 6.3). Literatür bulgularıyla paralellik gösteren bu çalışmada bakım verenlerin genellikle kadın olması bakımın kadın işi olarak görülmesi ve kadınların kişilik özellikleri ile duyarlı, içten, güçlü ilişki kurabilmeleri ile ilişkilendirilebilir .Aynı zamanda bakım verenlerin çoğunluğunun evli olması, bakım vermenin güçlükleri ile daha kolay baş edebildikleri söylenebilir.

Akdemir ve ark.'nın (1) çalışmasında bakım verenlerin %31.62'si eşi %39.5'ini çocuğu bulunmuştur. Çıtlık Sarıtaş ve ark.'nın (22) çalışmasında bakım verme sorumluluğunu eşlerin yanında (%31.7), çocuk (%19.8) ve anne-babanın (%11.9) üstlendiği bildirilmiştir. Mollaoğlu ve ark.'nın (61) yaptığı çalışmada inmeli hastalara bakım verenlerin %39.2 'si hastanın çocukları, Aktaş 'ın (3) çalışmasında da omurilik yaralanmalı hastalara bakım veren aile üyelerinin %38.7'sininin hastanın eşi olduğu bulunmuştur.

Çalışmada bakım verenlerin omurilik yaralanmalı hastalar ile yakınlık derecesi incelendiğinde bakım veren bireylerin %40'ı eşi, %31'i anne-baba %10'u çocuğu, %7 kardeşi ve %10' unun diğer grubu oluşturduğu belirlendi. ( Tablo 6.3). Önceki çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren bu çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun ebeveyn ve eşlerden oluşması, aile fertlerinin manevi duyguları yoğun hissetmesi ve omurilik yaralanmalı hastaların yaş ortalamasının 36.17 yaş olmasından kaynaklandığı söylenebilir .

Çalışmada bakım verenlere sorulan ‘‘bakım vermek sizin için ne anlama geliyor’’ sorusuna bakım verenlerin %67' si kader, % 61 'inin ise sınav cevabını verdiği belirlendi. (Tablo 6.4). Bu durum bakım verenlerin çoğunluğunun eş ve ebeveynlerden oluşmasının yanı sıra bakım vermenin yerine getirilmesi gereken bir görev olduğunu düşünmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Meriç ve Oflaz'ın (60) Hemodiyaliz Hastası Olan Bir Eşle Yaşamak: Eşlerin Yaşamlarındaki Gelgitler çalışmasında eşlerin yoğun olarak belirsizlik, çaresizlik, güçsüzlük ve korku yaşadıkları belirlenmiştir.

Çalışmada bakım verenlere sorulan ‘‘ bakım sürecinde hangi duyguyu yaşadınız’’ sorusuna bakım verenlerin üzüntü (%79) , yorgunluk (%56) , çaresizlik (%55) , korku ( %46), güçsüzlük (%28) cevabını verdiği belirlendi. ( Tablo 6.4) .

Literatür ile benzerlik gösteren bu çalışma sonucunda bakım vermenin uzun ve zahmetli bir süreç olduğu ve bakım verenlerin yoğun duygu içinde oldukları söylenebilir.

## **Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile ZBVYÖ' den Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir ve pek çok güçlüğü içermektedir. Bakım verme, büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir. (45 , 94) .

Yeşil ve ark 'ının (91) kronik hastalığı olanlara bakım verenlerde bakım yükü çalışmasında evli olan bakım verenlerin bakım verme yükü skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Berber' in (14) akciğer kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü çalışmasında eşlerin daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir.

Çalışmada hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin, aynı evde yaşamayanlara göre ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.5) ve hastaya bakım verme yakınlık derecesine göre bakım verenin eş olması durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). (Tablo 6.5). Literatürdeki çalışma sonuçlarıyla paralellik gösteren bu çalışmada aynı evde yaşama ve bakım verenlerin eş olması, bakım verenlerin hasta ile ilgili daha fazla karar vermek zorunda olmaları, yüksek düzeyde stres yaşayabilmelerine neden olacağından bakım yükünün daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmada bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerine göre bakım verme yükü puanları karşılaştırıldığında en düşük bakım yükü olan olguların hastaya kendi rızası ile bakım verenler ( $p<0,05$ )(Tablo 6.5) ve hastaya verdiği bakımın yaşamını etkilemediğini belirten bakım verenler olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). (Tablo 6.5).

Bu çalışmadan elde edilen sonuca göre kendi isteğiyle bakım verenlerin bakım sürecinde karşılaştıkları olumsuzluklarla daha kolay baş edebildikleri söylenebilir.

Literatürdeki çalışmalarda, Bekdemir' in (13) yatağa bağımlı hastaların bakım yükü çalışmasında kadın bakım vericilerin erkek bakım vericilere göre daha fazla bakım yükünün olduğu ve bakım vericilerin yaşı arttıkça bakım yükünün arttığı bulunmuştur. Çetinkaya ve Karadakovan (21) ve Mollaoğlu ve ark'ın (61) çalışmalarında bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün arttığı bulunmuştur.

Çalışmada bakım veren bireylerin yaş, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, aylık gelir, sağlık durumu, aile tipi, hasta dışında bakım verilen kişi, bakım verme zaman dilimi, bakımda destek alma, hastaya bakma süresi durumunun bakım yükünü etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ). (Tablo 6.5). Çalışmanın sonucunun literatür ile benzerlik göstermediği görüldü.

Çıtlık Sarıtaş ve ark 'ının (22) karaciğer transplantasyonu olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması  $33.77\pm 12.37$  olarak belirlenmiştir. Mollaoğlu ve ark 'ın (61) inmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü çalışmasında bakım verme yükü ölçeği  $33.02 \pm 15.92$  olarak belirtilmiştir. Zaybak ve ark 'ının çalışmasında (94) bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamasının  $27.71\pm 8.85$  olduğu belirtilmiştir.

Çalışmada Zarit ölçeği puanları 2 ile 52 arasında değişmekte olup; ortalaması  $26.95\pm 11.40$  olarak bulundu. Literatürdeki çalışmalar ile benzerlik gösteren bu çalışmada Zarit puan ortalaması Türkçe geçerlilik çalışmasının üzerinde belirlenmiş olup, bakım verenlerde bakım verme yükünün yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6. 6). Belirlenen bakım yükü düzeyi çok yüksek olmasa da bakım verenlerin fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyip, bakım verenlerin hasta bireye karşı olumsuz duygular yaşamasına ve verilen bakımın niteliğinde düşmeye neden olabileceği söylenebilir.

## **Bakım Veren Bireylerin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ' den Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Hasta ve bakım vericinin yaşam kalitesinin artırılmasında bakım yükünün öneminin yanı sıra bakım vericinin sosyal destek sistemi ve bu sistemi algılayışı da önemlidir. Hasta ve bakım vericinin yaşadığı sorunların artmasıyla birlikte sağlık koşulları giderek bozulmakta ve hastalığa bağlı stres oluşturan durumlar çoğalmaktadır. Sosyal desteğin yetersiz olması bakım vericilerin fiziksel ruhsal ve sosyal durumunu olumsuz etkilemektedir. Aile üyeleri, arkadaşlardan, diğer sosyal ilişkilerden sağlanan sosyal destek bireyin üzerindeki stresin etkilerini azaltıp, ait olma gereksinimini karşılamakta duyguların korunması ve güçlendirilmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle bakım vericinin bakım yükü ve algıladığı sosyal destek düzeyi omurilik yaralanmalı bireyin bakım sürecini büyük ölçüde etkileyebilmektedir. (43)

Karaaslan'ın (43) kanserli hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve sosyal destek çalışmasında kadın bakım vericilerin algıladığı sosyal desteğin erkeklerden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada kadın bakım verenlerin ( $43\pm 13,89$ ) ve erkek bakım vericilere göre ( $47,31\pm 15,56$ ) ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi. ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.7).

Literatürde bakım vericilerin cinsiyet durumuna göre ÇBASDÖ ile ilgili çalışmaya çok fazla rastlanılmamıştır. Genellikle bakım vericinin yakınlığı ve bakım yükü ile ilgili çalışmalar yer almaktadır.

Karaaslan'ın (43) çalışmasında bekar bakım vericilerin algıladığı sosyal destek puanının diğer gruplardan daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada ise ÇBASDÖ' inden elde edilen puanlarda bekar olan bakım verenlerin puan ortalaması, evli bakım verenlerin aldığı puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. ( $p<0,01$ ) (Tablo 6.8).

Çalışma sonucunun diğer çalışma sonuçlarına benzer olduğu görüldü. Çalışmada evli olan bakım verenlerin toplumda farklı görevlerinden (anne, eş vb.) dolayı sorumluluklarını gereken ölçüde yerine getiremeyebilir, başka aktivitelere zaman ayırmada zorluk yaşadıkları söylenebilir. Ayrıca bekar bakım vericilerin arkadaş ve sosyal çevresinin daha fazla olması sosyal desteğin yüksek olması ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Işık'ın (41) çalışmasında ilkokul mezunu olmayanların yaşam doyumunun diğer gruplara oranla daha düşük olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. Berber'in (14) çalışmasında okur- yazar olmayan bakım vericilerin obsesif kompulsif, bozukluk , hostilete , fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve kısa semptom envanteri toplamı anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlenmiştir.

Çalışmada eğitim düzeyine göre bakım vericilerin ÇBASDÖ “arkadaş “ “özel bir insan “ alt ölçekleri ve toplam ölçekten aldığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi. ( $p<0,01$ ) (Tablo 6.9). En düşük sosyal destek algı düzeyine sahip bakım verenlerin eğitimsiz ve ilköğretim düzeyindeki bireyler olduğu görüldü. Bu çalışmada lise ve yüksekokul mezunu bakım vericilerin “aile” , “arkadaş “, “ özel bir insan “ desteği alt ölçeklerinden aldıkları puanların yüksek olmasının nedeni bakım verdikleri bireylere daha bilinçli yaklaşabilmeleri ve bakım verdikleri bireylerin sağlık problemleriyle baş edebilmede faydalı olacak kaynakları daha etkili kullanabildikleri söylenebilir.

Çalışmada sağlık sorunu olmayan bakım vericilerin ÇBASDÖ’ “arkadaş” alt ölçeği ve toplam ölçekten aldığı puan ortalaması, herhangi bir sağlık sorunu yaşayan bakım verenlerden aldığı puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. ( $p<0,01$ ) (Tablo 6.10). Sağlık problemleri olan bakım verenlerin bakım sırasında yaşadıkları güçlükler nedeniyle sosyal destek algılarının düşük olduğu söylenebilir.

Günel’in (37) inmeli bireylere bakım verenlerin yaşam kalitesi çalışmasında hasta ile aynı evde yaşayan bakım vericilerin, aynı evde yaşamayanlara göre yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur.

Çalışmada hasta ile aynı evde oturmeyen bakım vericilerin ÇBASDÖ “aile” alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması, hasta ile aynı evde oturan bakım verenlerin aldığı puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.11). Çalışma sonucuna göre omurilik yaralanmalı hasta ile aynı evde yaşamayan bakım vericilerin daha fazla sosyal aktivitelerde yer alıp kendilerine daha fazla zaman ayırdıkları söylenebilir.

Karaaslan ‘ın (42) bakım yükü ve sosyal destek çalışmasında ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek puanlarının diğer gruplardan daha düşük olduğunu belirlenmiştir.

Çalışmada omurilik yaralanmalı hasta ile yakınlık derecesine göre bakım vericilerin ÇBASDÖ arkadaş” “özel bir insan” alt ölçekleri ve toplam ölçekten aldığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi. ( $p<0,01$ ) (Tablo 6.12). En düşük sosyal destek algı düzeyine sahip bakım verenlerin omurilik yaralanmalı hastanın anne-babası ve eşinin olduğu belirlendi. Literatürdeki çalışma sonucu ile paralellik gösteren bu çalışmada anne-baba ve eşin bakım vermeyi bir iş olarak değil, manevi duyguların yoğun olduğu sorumluluk gerektiren bir süreç olduğunu düşündükleri söylenebilir.



Işık'ın (41) çalışmasında bakım verme işinden memnun olmayanların yaşam doyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Koçak'ın (58) bakım vericinin yükünün araştırıldığı çalışmasında bakım vermektan memnun olanların yaşam doyumunu arttırdığını belirtmiştir.

Çalışmada bakım vericinin hastaya bakma sürecinin başlangıç durumuna göre ÇBASDÖ “özel bir insan “ alt ölçeği ve toplam ölçekten aldığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi. ( $p<0,05$ ) ( Tablo 6.14). En yüksek sosyal destek algı düzeyine sahip olguların hastaya kendi rızası ile bakım verenler olduğu belirlendi.

Tuna ve Olgun'un (86) çalışmasında hastanın yaşı arttıkça sosyal desteğin azaldığı belirlenmiştir. Çalışmada ise bakım verenin yaşı ve hastaya bakma süresi ile ÇBASDÖ aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki varlığı belirlendi ( $r:-0,616;p<0,001$ ) (Tablo 6.15 ). Bu sonuç bize bakım verenin yaşı yükseldikçe sosyal destek algı düzeyinin azaldığını gösterdi. Yaşın artması ile fizyolojik değişikliklerle ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıklar sonucunda sosyal destek algı düzeyinin azaldığı söylenebilir.

Ateş'in (9) çalışmasında bakım verenlerin aile desteğini arkadaş ve özel kişi desteğinden daha fazla önemsedikleri belirtilmiştir. Tuna ve Olgun'un (86) inmeli hastalara bakım verenlerle ilgili çalışmasında da bakım verenlerin en fazla desteği aileden aldıkları belirlenmiştir. Polat ve arkadaşlarının (73) yaşlı bireylerde algılanan sosyal destek çalışmasında; aile desteğinin arkadaş ve özel kişiden alınan destekten daha yoğun olarak algılandığı belirlenmiştir. Özkan Tuncay ve ark'ının (69) kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerle ilgili çalışmasında bakım verenlerin sosyal destek kaynağı olarak en fazla aile desteğini hissettikleri belirtilmiştir.

Çalışmada bakım verenlerin aileden aldığı sosyal destek puanı 12-28 arasında olup ortalaması  $20,14 \pm 4,34$ 'tür. ( Tablo 6.16). Ortalama değeri 20 puanın üstündedir. Bu sonuca göre bakım verenlerin aileden destek aldıkları söylenebilir. Kültürel yapıya bağlı olarak aile bağlarının daha güçlü olması nedeniyle bireylerin gereksinim duydukları desteği daha çok ailelerinden aldıkları ve aile desteğini alan bakım vericilerin olumsuz duygularla etkili bir şekilde baş edebildikleri söylenebilir.

Çalışmada ÇBASDÖ puanları ile bakım verenlerin cinsiyeti, gelir düzeyi çalışma durumu, aile tipi, bakmakla yükümlü olduğu başka kişinin olması, bakım verme süresi, bakım verene birinin destek olma durumuna, bakım verenin yaşamını etkileme durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmemiştir. ( $p > 0.05$ ) Literatürde bu konuda yapılmış çalışmalara rastlanılmadı.

### **Bakım Verenlerin ÇBASDÖ Puanları ile ZBVYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özkan Tuncay ve ark.'ının (69) çalışmasında bakım yükü ile sosyal destek toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sosyal desteğin bakım yükünü azaltmada etkili olduğunu belirtilmiştir.

Çalışmada ise ÇBASDÖ ile ZBVYÖ ölçekleri puan dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $r: -0,184$ ;  $p: 0,067$ ). Sosyal desteğin bakım yükünü azaltmada etkili olmadığı görüldü. (Tablo 6.17).

## 8. SONUÇ

Omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerin bakım verici yükünü ve algıladıkları sosyal desteği belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışma sonucunda;

- Çalışmaya katılan hastaların %56 'sının erkek ve %49 'unun ilköğretim mezunu olduğu,
- Hastaların yaralanma seviyelerinin %84'ünün parapleji, %16'sının tetrapleji düzeyinde olduğu ,
- Hastaların yaralanma nedenlerinin %38'inin trafik kazası, %34'ünün düşme %21'inin ameliyata bağlı ve%7'sinin ise diğer nedenlerle meydana geldiği,
- Hastaların %59'unun ileri derece bağımlı, %27'sinin tam bağımlı ve %14'ünün orta derece bağımlı olduğu,
- Bakım verenlerin %76' sının kadın, %83'ünün evli ve %59' unun ilköğretim mezunu olduğu,
- Bakım verenlerin yakınlık derecesi incelendiğinde %40'ı eşi, %31'i anne-baba , %10'u çocuğu, %7 kardeşi ve %10' unun diğer grubu oluşturduğu,
- Bakım verenlerin bakım vermeyi %67' sinin kader, % 61 'inin sınav olarak düşündüğü,
- Bakım verenlerin bakım sürecinde %79'unun üzüntü, %56'sının yorgunluk %55'inin çaresizlik, %46'sının korku ,%28'inin güçsüzlük hissettiği,
- Hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin bakım yüklerinin aynı evde yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (28,05±11,42),

- Omurilik yaralanmalı hastaya bakım verenler arasında eşlerin en yüksek bakım yüküne sahip olduğu ( $p<0,05$ ),
- Hastaya kendi rızası ile bakım verenlerin en düşük bakım yüküne sahip olduğu ( $p<0,05$ ),
- Bakım veren bireylerin yaş, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, aylık gelir, sağlık durumu, aile tipi, hasta dışında bakım verilen kişi, bakım verme zaman dilimi, bakımda destek alma, hastaya bakma süresi durumunun bakım yükünü etkilemediği,
- Bekar olan bakım verenlerin evli bakım verenlere göre sosyal destek algı düzeyinin daha yüksek olduğu ( $p<0,01$ ),
- En düşük sosyal destek algı düzeyine sahip bakım verenlerin eğitimsiz ve ilköğretim düzeyindeki bireyler olduğu ( $p<0,05$ ),
- Sağlık sorunu olmayan bakım vericilerin, herhangi bir sağlık sorunu olan bakım vericilere göre sosyal destek algı düzeyinin daha yüksek olduğu ( $p<0,01$ ),
- Hasta ile aynı evde oturmayan bakım vericilerin hasta ile aynı evde oturan bakım verenlere göre sosyal destek algı düzeylerinin daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ),
- Sosyal destek düzeyi en düşük olan bakım verenlerin hastanın annesi -babası ve eşi olduğu ( $p<0,01$ ),
- Kendi rızasıyla bakım verenlerin en yüksek sosyal destek algı düzeyine sahip olduğu ( $p<0,05$ ),

- Bakım verenlerin yaşı arttıkça sosyal destek düzeylerinin azaldığı( $r:-0,616$ ;  $p<0,001$ ),
- Bakım verenlerin cinsiyeti, gelir düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, bakmakla yükümlü olduğu başka kişinin olması, bakım verme süresi, bakım verene birinin destek olma durumuna, bakım verenin yaşamını etkileme durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ,
- ÇBASDÖ ile ZBVYÖ ölçekleri puan dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, sosyal desteğin bakım yükünü azaltmada etkili olmadığı görüldü .

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Omurilik yaralanmalı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi ve bakım yükünün azaltılmasına yönelik girişimler yapılması,
- Hasta ve bakım verenlerin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda eğitimler planlanması,
- Uzun dönem bakımlarda bakım verenleri rahatlatmak, sosyal desteği arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması önerilir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Akdemir N , Bostanoğlu H , Yurtsever S , Kutlutürkan S , Kapucu S , Canlı Özer Z . Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri.Dicle Tıp Dergisi .38 (1) ; 57-65 , 2011.
2. Akgün Şahin, Z. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyleri. Tıp Araştırmaları Dergisi. s.113-119 , 2014
3. Aktaş A , Spinal Kord Yaralanmalı Hastalar ve Bakım Verenler : Bakım Alma ve Bakım Verme Sürecindeki Psikososyal Değişkenler Açısından Sosyal Destek Karışıklığın Biçimlendirici ve Temel Etkileri . İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi , s .3-16 , s .42 , İstanbul , 2013 .
4. Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi . 9(2): 67-73 , 2006 .
5. Arslantaş H , Adana F . Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü . Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar . 3(2) : 251-257, 2011 .
6. Arslantaş H , Adana F , Kaya F , Turan D. Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler . İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 18 (2): 87-97 , 2010 .
7. Atagün Mİ , Altınok Ü , Balaban ÖD , Atagün Z , Yılmaz Yalçınkaya E, Öneş K. Posttraumatic Stress Disorder and Related Factors in Patients With Spinal Cord İnjury . Klinik Psikiyatri . 15: 92-102 , 2012 .
8. Atagün Mİ , Balaban ÖD , Atagün Z , Elagöz M , Özpolat A. Caregiver burden in chronic diseases . Current Approachesin Psychiartry.3 (3) :513-522 , 2011 .

- 9.** Ateş E, Spinal Kord Yaralanmalı Bireye Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Stresle Baş Etme Durumları Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s .5-32, İstanbul , 2013.
- 10.** Ay E, Kanserli Çocuğa Sahip Annelerin Evlilik Doyumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,s. 21-25 , Erzurum, 2014 .
- 11.** Bardak AN , Erhan B , Gündüz B , Seyyah Ö , Hıncal Boriçi S. Prevalance and Risk Factors of Pressure Ulcers in Spinal Cord İnjured Patients .Turk J Phys Med Rehab . 56 :6-9 , 2010 .
- 12.** Bayram KB , Bal S , Özbaş Günay M , Koçyiğit H , Gürkan A. Rehabilitation Outcomes of Spinal Cord İnjury Patients. İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi.47(2) : 52-58 , 2009 .
- 13.** Bekdemir A , Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bakım Yükünün Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi , s.30-35 , İstanbul , 2014 .
- 14.** Berber K , Akciğer Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunlar Arasındaki İlişki . Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi ,s . 39-44, Erzurum, 2014 .
- 15.** Bozoğlan B. Çatışmanın Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu. Kastamonu Eğitim Dergisi . s.161-175 , 2014 .
- 16.** Boyacıoğlu NE , Kutlu Y. The Effectiveness of Psychoeducational Interventions in Reducing the Care Burden of Family Members Caring for the Elderly in Turkey: A Randomized Controlled Study . Archives of Psychiatric Nursing. s. 183-189, 2017.

17. Buğdaycı D. Yaşlılarda Omurilik Yaralanması. İstanbul Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi . s. 34 , 2016 .
18. Bütün B. Spinal Kord Yaralanmasının Tarihçesi, Temel Esasları ve Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 4(2) :1-6 , 2011.
19. Coggrave M. Neuroscience Nursing . Nörolojik Bilimler Hemşireliği , p. 54-55.  
1. baskı, Çeviren : Baş DF , Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti. , İstanbul , 2015 .
20. Çelik Avluk Ö , Gürçay E , Karahmet ÖZ , Gürçay AG, Gürcan O , Çakıcı A .  
Assessment of Chronic Pain in with Traumatic Spinal Cord Injury. Turk J Phys Med Rehab. 60 : 188-93 , 2014 .
21. Çetinkaya F , Karadakovan A. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi.Türk Geriatri Dergisi .15 (2) :171-178 , 2012 .
22. Çıtlık Sarıtaş S, Bayır K , Sarıtaş S , Ucuzal M. Caregivers of patients undergoing liver transplattation determination the burden of care. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E- Dergisi. 1 (2) :18-25, 2014.
23. Dayapoğlu N , Tan M. İnmeli Hastaların Aileden Algıladıkları Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 12 : 4 , 2009 .
24. Doğu B. Spinal Kord Yaralanmalarında Kardiyovasküler Sistem ve Otonom Sinir Sistemi Bozuklukları . Türkiye Klinikleri Tıp Bilimler Dergisi . 4(2) :58-64 , 2011 .
25. Dökmen ZY . Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 3(1) :3-38, 2012.
26. Durlanık G. Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda Nörolojik Değerlendirme. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 4(2) :23-7 , 2011.



**27.** Duru Aşiret G , Kapucu S. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi . s. 2 , 2012 .

**28.** Düzgün Çelik H. Omurilk Felçlilerinde Engellilik Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği , Uzmanlık Tezi , s.1-70 ,İstanbul , 2006.

**29.** Eker D, Arkar H , Yıldız H . Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı , Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. s.17-25, 2001.

**30.** Erçalık C, Samancı Karaman N. Spinal Kord Yaralanmasında Patofizyolojisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi . 4(2) :7-10 , 2011.

**31.** Erçalık T. Bası Yaraları ve Tedavisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 4 (2) :84-9, 2011 .

**32.** Erdoğan B , Evde Bakım Hizmeti Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyo-Ekonomik Durumlarının İncelenerek ,Umutsuzluk ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi . Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.84-88 , Konya, 2013 .

**33.** Erdoğan MÖ, Anlaş Demir S, Koşargelir M, Çolak Ş , Öztürk E. Local differences in the epidemiology of traumatic spinal injuries. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi ,19(1): 49-52 , 2013 .

**34.** Erdoğan Z, Emre Yavuz D. Kanserli Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. s.726-736 , 2014 .

**35.** Furlan, J. C. , Noonan, V., Singh, A. , Fehlings, M. G., Assessment of Disability in Patients with Acute Traumatic Spinal Cord Injury: A Systematic Review of the Literature ,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143412/> 2011.

- 36.** Gülpak M , Kocagöz S. Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler.TAF Preventive Medicine Bulletin. s. 99-108, 2014.
- 37.** Günal A, İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Sosyal Problem Çözme Yaklaşımının Bakım Verme Rolü, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, s . 90-104, Ankara 2014.
- 38.** Gürgöze M. Omurilik Yaralanmalarında Rehabilitasyon s. 17-24 , Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. İstanbul , 2015 .
- 39.** Harrison P , Ash D . Neuroscience Nursing. Nörolojik Bilimler Hemşireliği,p. 556-576.1 .baskı , Çeviren: Çelik S , Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2013.
- 40.** Hills TE. Peripheral Nerveand Cord Problems. p . 1463-1487 .In : Lewis SM, Heiltleemper MM, Dirksen SR, BrucherL,editors. Management of ClinicalProblems .Mosby , St. Louis , 2014 .
- 41.** Işık K. Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 32-36, Malatya , 2013.
- 42.** İnci FH , Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması , Geçerlilik ve Güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi , s.5-15 Denizli , 2006 .
- 43.** Karaaslan A, Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.58-71, Ankara, 2013.

- 44.** Kankaya H, Vural Doğru B, Fadıloğlu Ç. Multipl Skleroz'lu Hastaların Günlük Yaşam Aktivite Düzeyleri ile Bakım Verenlerin Gösterdiği Tepkiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 5(1): 33-47, 2016 .
- 45.** Karabuğa Yakar H , Pınar R. Evaluation of quality of life among family caregivers of patients with cancer. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 15(2): 1-16 , 2013.
- 46.** Karacan I, Koyuncu H , Pekel O, Sümbüloğlu G, Kirnap M , Dursun H ve ark. Traumatic spinal cord injuries in Turkey: a nation-wide epidemiological study, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11114778/> 2014.
- 47.** Karahan AY , İslam S. Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi . 3(1) : 1-7, 2013.
- 48.** Kaya Akı M, Demir Dikmen Y. Hemodiyaliz Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Gözden Geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi . 2(3) :24-28, 2012.
- 49.** Kaya H, Acaroğlu R . Spinal Kord Yaralanması Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımının ve Eğitiminin Bağımlılık , Bağımsızlık ve Özbakım Gücü Üzerine Etkisi . Türk Nöroşirürji Dergisi . 15(1) : 56-68 , 2004 .
- 50.** Kaya H. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Spinal Kord Yaralanmalı Hastaların Hemşirelik Bakımı . Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi . 8 (1): 32-37, 2004.
- 51.** Kaya H . Omurilik Yaralanmasında Hemşirelik Bakımı . Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 5(2): 80-90 , 2015 .

- 52.** Kaya H , Özdemir Aydın G. An Important Problem for the Individuals with Spinal Cord Injury : Neurogenic Bladder. The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing. 4(1) : 35-39, 2015.
- 53.** Kaya H , Küçük L , Kaya N. Omurilik Yaralanması ve Kendilik Kavramında Değişim. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. s.145-149, 2012.
- 54.** Kesiktaş N. Omurilik Yaralanmalı Hastalarda Kardiyak Rehabilitasyon. İstanbul Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi . s.38-39 , 2016.
- 55.** Ketenci A. Spinal Kord Yaralanmalarında Ağrı. İstanbul Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi . s. 44 , 2016.
- 56.** Kirshblum S, Brooks M . Physical Medicine and Rehabilitation Principles Applications. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar , p. 665-706 . 5. Baskı , Çeviren: Erhan B, Ayrıntı Basım Yayınevleri Ltd.Şti. , Ankara , 2014 .
- 57.** Koca İ , Işık M , Karakuş V, Altındağ Ö , Madenci Ö , Bülbül F ve ark. The Burden on Caregivers Affecting Factors in Patients with Spinal Cord Injuries. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. s. 9 ( 1 ) : 15-21 , 2014.
- 58.** Koçak G , İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi , s.29-34 , İstanbul , 2011 .
- 59.** Küçükdeveci AA , Yavuzer G , Tennant A , Süldür N , Sonel B , Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey ,  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10853723> /2014.
- 60.** Meriç M, Oflaz F. Hemodiyaliz Hastası Olan Bir Eşle Yaşamak:Eşlerin Yaşamlarındaki Gelgitler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi . 4(1): 21-26, 2013.

- 61.** Mollaoğlu M , Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi . 4(3) : 125-130 , 2011 .
- 62.** Nas K , Yazmalar L , Şah V, Aydın A , Öneş K. Rehabilitation of spinal cord injuries,  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> .2015.
- 63.** Oluk Baltayan A , Yaşlı Hastalara Bakım Veren Kadınların Bakım Yüklerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi . İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi , s. 11-15 , İstanbul , 2012 .
- 64.** Orak OS , Sezgin S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi . s.33-39 , 2015 .
- 65.** Öncü J. Spinal Kord Yaralanmasına Akut Dönem Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi . 4(2) :34-40 , 2011 .
- 66.** Öneş, K. Omurilik Yaralanmalı Hastalarda Yaşlanma. İstanbul Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi . s.32-33 , 2016 .
- 67.** Özbaş A , Küçük L , Çavdar İ , Fındık Ü , Yıldız S , Yıldız J ve ark. Spinal Kord Yaralanması Sonrası Nörojen Mesanede Temiz Aralıklı Kataterizasyon Uygulayan Hastaların Benlik Saygısı ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Journal of Neurological Sciences . s.52-528 , 2011 .
- 68.** Özer N, Yurttaş A, Çevik Akyl R. Psychometric Evaluation of the Turkish Version of the Zarit Burden Interview (ZBI) in Family Caregivers of Inpatients in Medical and Surgical Clinics. Journal of Transcultural Nursing. 23(1) , 65-71, 2012.
- 69.** Özkan Tuncay F, Mollaoğlu M , Kars Fertelli T. Kronik Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Sosyal Destek Düzeyi. Psikiyatri/ Nöroloji/ Davranış Bilimleri Dergisi . sayı: 8. 2015 .

70. Özlü A , Yıldız M , Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi . s.38-42, 2009 .
71. Öztekin SD. Nöroşirurji Hemşireliği s. 105-130. İçinde: Öztekin SD, Sunal N, (editörler) Boyun ve Omurilik Yaralanmaları: Fiziksel Tanılama,Tedavi ve Bakımda Temel İlkeler. İstanbul , Nobel Tıp Kitabevleri , 2015 .
72. Özyeşil Z ,Oluk A , Çakmak D.Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluluk - sürekli kaygıyı yordama düzeyi . Anadolu Psikiyatri Dergisi. 15 :39-44, 2014 .
73. Polat Ü,Bayrak Kahraman B. Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Fırat Tıp Dergisi. 18(4) : 213-218 , 2013.
74. Pürlüsoy G, Sunay D , Şengezer T , Yalçıntaş A. Diyaliz Hastalarının Bakıcılarında Bakım Yükü ve Depresyon. Türk Aile Hekimliği Dergisi . s.17-23, 2011 .
75. Salar S. Omurilik Yaralanması Olan Kişilerde Çevresel Faktörlerin Toplumsal Katılım ve Yaşam Memnuniyetine Etkisi . Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi , s.4-7, Ankara , 2011 .
76. Samancı Karaman N. Omurga ve Omurilik Anatomisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi . 4(2) :11-7, 2011 .
77. Savaş S. Spinal Kord Yaralanmalarında Sınıflandırma. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi . 4(2) :18-22 , 2011 .
78. Spangler LL . Textbook of Physical Rehabilitation. Fiziksel Rehabilitasyon , p. 538-577. 1. baskı , Çeviren: Özgenel L. Nobel Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2007.

**79.** Şahin P , Hipertansif Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği , Çok Boyutlu Algılanan Destek ve Öz Yeterlilik ile İlişkisinin İncelenmesi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi , s.28-29 , İstanbul , 2012 .

**80.**Şener TE , Tarcan T. Spinal Kord Hasarı ve Alt Üriner Sistem İşlev Bozuklukları. Kadın ve İşlevsel Üroloji Bülteni . 2: s. 5-12 , 2012 .

**81.** Şirzai H. Spinal Kord Yaralanmalarında Rehabilitasyon. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi . 4(2): 45-50 , 2011 .

**82.** Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi . Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi . 9(3) :22-29, 2012 .

**83.** Tel H , Demirkol D, Kara S , Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. Türk Toraks Dergisi . 13(3) : 87-92 , 2012 .

**84.** Temizer H , İnmeli Hastalara Evde Bakan Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Doktora Tezi , s.23-25 , Erzurum , 2009 .

**85.** Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi . 4 (2) : 78-82 , 2011 .

**86.** Tuna M , Olgun M. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi . s.41-52 , 2010 .

**87.** Türk Dil Kurumu. (1932).

<http://www.tdk.gov.tr/> 2015.

**88.** Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği. (1998).

<http://www.tofd.org.tr/tr/> 2015.

**89.** Uludağ A , Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocukların Ebeveynlerinde Bakım Yükü ve Yaşam Doyumu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki . Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi , s.17-20 , Erzurum, 2014 .

**90.** Yener M . Spinal Kord Yaralanmalarında Kas İskelet Sistemi Sorunları. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi . 4(2) :103-8 , 2011 .

**91.** Yeşil T , Çetinkaya Ulusoy , E Korkmaz M . Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi . Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi . 5(4): 54-66 , 2016 .

**92.** Yıldırım S , Engin E , Başkaya A. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler.Nöropsikiyatri Arşivi . 50 :169-174 , 2013 .

**93.** Yılmaz F. İnkompakt Spinal Kord Yaralanmaları ve Fonksiyonel Değerlendirmede Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 4(2) :28-33, 2011 .

**94.** Zaybak A , Güneş Ü , İsmailoğlu EG , Ülker E. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi . s. 48-54 , 2012 .



## 10. EKLER

### EK-1: HASTA TANITIM FORMU

Bu çalışma omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerin bakım verici yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlı kullanılıp, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.

Gülizar HACIALİOĞLU  
Medipol Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

1.Yaş.....

2.Cinsiyet

( ) 1.Kadın ( ) 2. Erkek

3. Medeni durum:

( ) 1.Evli ( ) 2. Bekar

4. Eğitim durumu:

( ) 1. Okur yazar değil ( ) 2. Okur yazar ( ) 3. İlköğretim ( ) 5. Lise  
( ) 6. Üniversite

5. Sosyal güvence durumu:

( ) 1. Var(Açıklayınız)..... ( ) 2. Yok

6. Gelir durumu:

( ) 1. Gelir giderden az ( ) 2.Gelir gidere eşit ( ) 3. Gelir giderden fazla

7. Başka kronik hastalık var mı?:

1. Var (Açıklayınız)       2. Yok

8 .Omurilik yaralanma nedeni :

1. Trafik kazası    2. Yüksekten düşme    3. Ateşli silahlı yaralanma

4. Ameliyat       5. Enfeksiyon       6. Diğer.....

9.Omurilik yaralanma seviyesi:

1. Gövdemi, her iki kolumu ve her iki bacağımlı kullanamıyorum.(Tetrapleji)

2. Her iki bacağımlı kullanamıyorum. (Parapleji)

10. Hastalık süresi: .....(ay/yıl)

11. Hastaneye yatış sayısı : .....

12. Mesane boşaltma yöntemi nedir?

1. Daimikateter    2. TAK (Temiz aralıklı kateterizasyon)    3. Spontan

4. Bez/kondom

13. Yatak yarası var mı?

1.Var       2. Yok

## EK-2: BAKIM VEREN BİREYİ TANITIM FORMU

Bu çalışma omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerin bakım verici yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlı kullanılıp, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.Çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.

Gülizar HACIALİOĞLU  
Medipol Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

1.Yaş.....

2.Cinsiyet

( ) 1.Kadın ( ) 2. Erkek

3. Medeni durum:

( ) 1.Evli ( ) 2. Bekar

4. Eğitim durumu:

( ) 1. Okur yazar değil ( ) 2. Okur yazar ( ) 3. İlköğretim ( ) 5. Lise  
( ) 6. Üniversite

5. Mesleğiniz:.....

6. Çalışma durumu :

( ) 1. Tam gün ( ) 2. Yarım gün ( ) 3. Çalışmıyor

7. Sosyal güvence durumu:

( ) 1. Var(Açıklayınız)..... ( ) 2. Yok

8. Gelir durumu:

1. Gelir giderden az  2. Gelir gidere eşit  3. Gelir giderden fazla

9. Sağlık sorunuz var mı?

1. Var (Açıklayınız).....  2. Yok

10. Hasta ile yakınlık dereceniz :

1. Eşi  2. Kızı  3. Oğlu  4. Annesi  5. Babası  6. Akraba  
 7. Bakıcı  Diğer...

11. Aile tipiniz:

1. Çekirdek aile (eş, çocuklar)  
 2. Geniş aile (eş, çocuk/çocuklar, akrabalar, diğerleri)

12. Hastanızla aynı evi mi paylaşıyorsunuz?

1. Evet  2. Hayır

13. Hastanıza ait ayrı bir odanız var mı?

1. Var  2. Yok

14. Bakım verdiğiniz hasta dışında, bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var mı?

1. Var (Açıklayınız) .....  2. Yok

15. Ne kadar zamandır hastanıza bakım vermektedirsiniz? ..... (ay/yıl)

16. Hastanıza bakım verme zaman diliminiz :

1. 24 saat       2. Sadece gündüz       3. Sadece gece       4. Hafta sonu  
 5 . Haftanın belli günleri

17. Hastanızın bakım gereksinimlerini karşılamada, yardım alma durumunuz (maddi -manevi destek).

1. Yardım almıyorum       2. Kısmen / bazen yardım alıyorum  
 3. Yardım alıyorum

18. Hastanıza bakma durumunuz nasıl gelişti?

1. Kendi isteğimle       2. Bakım vermeye sürüklendim (bakacak kimse yok vb)  
 3. Doğal bir sonuçtu (zaten birlikte yaşıyorduk )

19. Hastanıza bakmaya başlamadan önce kendisi ile ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok iyi       2. İyi       3. Orta       4. Kötü       5. Çok kötü

20. Bakım verici olmak yaşamınızı nasıl etkiliyor?

1. Etkilemiyor       2. Az Etkiliyor       3. Orta Etkiliyor       4. Çok Etkiliyor

21. Bakım vermek sizin için ne anlama geliyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Ödül       2. Kader       3. Saygı       4. Önemli iş       5. Sınav  
 6. Borç ödeme       7. Ceza       8. Hiçbir şey       9. Diğer.....

22. Hastanıza bakım sürecinde aşağıdaki duygulardan hangisini/hangilerini yaşadınız?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Öfke ,kızgınlık     2. Korku     3. Suçluluk     4 .Üzüntü  
 5. Güçsüzlük     6. Çaresizlik     7. Kendini suçlama  
 8. Bıkkınlık     9. Yorgunluk     10. Yalnızlık



## **EK-3 :BARTHEL YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİ**

### **1. Beslenme (10)**

- 10 puan:** Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.
- 5 puan:** Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.
- 0 puan:** Yapamaz

### **2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)**

- 15 puan:** Tam bağımsız.
- 10 puan:** Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.
- 5 puan:** Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.
- 0 puan:** Tamamen yatağa bağımlı.

### **3. Kendine bakım (5)**

- 5 Puan:** Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.
- 0 puan:** Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

### **4. Tuvalet Kullanımı (10)**

- 10 Puan:** Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).
- 5 Puan:** Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.
- 0 puan:** Bağımlı

### **5. Yıkanma(5)**

- 5 puan:** Bağımsızdır.
- 0 puan:** Yardıma ihtiyacı vardır.

### **6. Düzgün yüzeyde yürüme(15)**

- 15 puan:** Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüebilir. Breys, baston , koltuk değneği yürüteç kullanabilir. Breys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.
- 10 puan:** Hasta yukarıdakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürüebilir.

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

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

### **7. Merdiven inip çıkma(10)**

- 10 puan:** Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)
- 5 puan:** Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.
- 0 puan:** Yapamaz

### **8. Giyinip soyunma(10)**

- 10 puan:** Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse Veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.
- 5 puan:** Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sütyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez
- 0 puan:** Tam bağımlıdır

### **9. Barsak bakımı (10)**

- 10 puan:** Kontinan(Suppozituar kullanabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin, spinalkord yaralanmalı olgular)
- 5 puan:** Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.
- 0 puan:** İnkontinans.

### **10. Mesane bakımı(10)**

- 10 puan:** Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinalkord yaralanması Olan kataterli hastalar, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.
- 5 puan:** Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıır.
- 0 puan:** İnkontinans veya kateterli ve kontrol edemez. Toplam Puan: .....

#### **EK-4: ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ**

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

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

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

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

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

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

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

5-Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman kızgınlık hissediyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

6-Bakım verdiğiniz yakınınızın son zamanlarda diğer aile üyeleriyle ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

7-Bakım verdiğiniz yakınınızın geleceği ile ilgili olarak endişeleniyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**



8-Bakım verdiğiniz yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

9-Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman gerginlik hissediyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

10-Bakım verdiğiniz yakınınızla ilgilendiğiniz için sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

11-Yakınınızın bakımı nedeniyle istediğiniz gibi özel yaşamınızın olmadığını düşünüyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

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

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

15-Kendi harcamalarınıza ek olarak bakım verdiğiniz yakınınızın bakımı için yeterince paranız olmadığını düşünüyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

16-Bakım verdiğiniz yakınınızın, bakımını daha fazla üstlenemeyeceğini düşünüyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

17-Bakım verdiğiniz yakınınızın hastalığı nedeniyle yaşam kontrolünüzü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

19-Yakınınız için ne yapılması gerektiği konusunda kararsızlık çektiğiniz oluyor mu?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

21-Yakınınıza daha iyi bakabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**

22-Bakım verdiğiniz yakınınızın size yük olduğunu düşünüyor musunuz?

**1. Hiçbir zaman (0) 2.Nadiren (1) 3. Bazen (2) 4.Sık sık (3) 5. Her zaman(4)**



## EK-5 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

**Açıklama:** Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

8.Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

10.Arkadaşlarım ve ailem dışında ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin,flört, nişanlı sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

11.Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım,kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

**Kesinlikle hayır** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **kesinlikle evet**

## **EK -6: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Bu araştırma, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Araştırmanın omurilik yaralanmalı bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlandı.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Ardından 15 – 20 dakikanızı alacak veri toplama formu verilerek doldurmanız istenecektir. Elde edilen veriler gizli tutulup sadece eğitim ve bilimsel amaçlı toplu olarak kullanılacaktır.

Çalışmaya katılmama ya da katıldığınız takdirde çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Aynı zamanda araştırmacının da sizi herhangi bir zamanda araştırmadan çıkarma hakkı vardır.

Tez danışmanı  
Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ

Hemşire  
Gülizar HACIALİOĞLU

Yukarıda, araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum. Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.

**Katılımcının Adı- Soyadı :**

**İmza:**

## EK -7: KURUM ONAYI



İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU  
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -  
BAKIRKÖY EĞİTİM VE STAJ BİRİMİ  
23.02.2015 15:23 - 95273397 - 770 - 4014  
0008408392

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/770  
Konu : Araştırma İzni Hk(Gülizar  
HACIALIOĞLU)

İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi: 17.02.2015 tarihli ve 82475999-2015.1287481.688 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ' ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Gülizar HACIALIOĞLU' nun " **Omurilik Yaralanmalı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verici Yükü ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki** " başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını **20.02.2014** tarihinden itibaren kurumunuzda yapması Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Çalışmalar Komisyonu toplantısında uygun görülmüş olup çalışmanın yürütülmesi sırasında gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda:

Gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. M. Turgay SEYMEN  
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:  
1-Evrak 33 Sayfa

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. No: 25-2 Dr. Raşit Tahsin Ek Hizmet Binası Bakırköy / İSTANBUL  
A tılı bilgi için: Bakırköy Eğitim ve Staj Birimi 0 (212) 409 16 00-4097

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4f8bbd76-8c93-4e81-a075-7d132f28d2b4 kodu ile erişebilirsiniz.

## 11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 246  
Konu: Etik Kurulu Kararı

26/09/2014

Sayın Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerin bakım verici yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

EK:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37  
Faks:(0212)531 75 55  
E-mail:ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810  
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR  
FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerin bakım verici yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Fizik tedavi ve Rehabilitasyon			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	26.09.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	26.09.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 226	Tarih: 26.09.2014		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	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. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	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"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

## 12-ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Gülizar	<b>Soyadı</b>	HACIALIOĞLU
<b>Doğum yeri</b>	Trabzon/ Sürmene	<b>Doğum tarihi</b>	01.01.1985
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>E -mail</b>	g_hacialioglu@hotmail.com

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	Medipol Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği	2013-Devam ediyor
<b>Lisans</b>	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2009
<b>Lise</b>	Kemal Hasoğlu Lisesi	2002

### İş Deneyimi( Sondan geçmişe doğru)

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
<b>1. Hemşire</b>	İstanbul Bahçelievler Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-.....
<b>2. Hemşire</b>	İstanbul Bahçelievler Özel Nisa Hastanesi	2009-2014

<b>Yabancı Dil*</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	Zayıf	Zayıf	Zayıf

\* Çok iyi, iyi, orta, zayıf

<b>ALES Puanı</b>	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
	67.16997	67.66265	63.82905

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Office (Word, Power Point, Excel)	İyi

\* Çok iyi, iyi, orta, zayıf

