



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**  
GRADUATE SCHOOL  
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARA  
BAKIM VERENLERİN YÜKÜNE  
ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN  
BELİRLENMESİ**

Gizemnur ARTAN

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL - 2016





**KOÇ**  
**ÜNİVERSİTESİ**  
GRADUATE SCHOOL  
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARA  
BAKIM VERENLERİN YÜKÜNE  
ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN  
BELİRLENMESİ**

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gizemnur ARTAN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: Prof.Dr.Zuhal BAHAR

**ONAY**





## Beyan Sayfası

### BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Gizemnur ARTAN

## **TEŞEKKÜR**

Tez sürecinde engin bilgisi ve deneyimiyle beni yönlendiren ve destek olan Sayın Prof. Dr. Zuhâl Bahar ve Sayın Prof. Dr. Ayşe Beşer'e,

Çalışmanın gerçekleşmesi için gerekli izni vermiş ve gerekli ortamı sağlamış oldukları için Özel Zeytinalı Fizyolight Rehabilitasyon Merkezi ve Özel Mavi Pusula Rehabilitasyon Merkezi yönetimi ve çalışanlarına,

Tez çalışmama katılmayı kabul eden serebral palsili çocukların bakım verenlerine,

Tüm bu zorlu süreçlerde benden desteğini hiç esirgemeyen Sayın Azize Kömür'e ve her zaman yanımda olan canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

Gizemnur ARTAN

## ÖZET

### Serebral Palsili Çocuklara Bakım Verenlerin Yüküne Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi

Araştırma serebral palsili (SP) çocukların bakım veren yüküne etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Özel Zeytindalı Fizyolight Rehabilitasyon Merkezi ve Özel Mavi Pusula Rehabilitasyon Merkezi'nde takip edilen 131 SP'li çocuğun bakım vereni oluşturmuştur. En az bir yıldır SP tanısıyla izlenen çocukların bakımlarıyla primer olarak ilgilenen bakım verenler alınmıştır. Veriler sosyodemografik özellikler formu ve Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği uygulanarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23 programı kullanılmıştır. Değerlendirmede ANOVA, t testi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde, bakım verenlerin %45,8'inin 30 ile 39 yaş arasında, %87,8'unun kadın, %42'sinin ilkökul mezunu, %96,9'unun evli, %69,5'inin gelirinin giderlerine eşit/fazla olduğu, %89,3'ünün sosyal güvencesinin SSK olduğu, ve %42,7'sinin 2 çocuk sahibi olduğu, %84,7'sinin anne ve %72,3'nün hastalığa sahip olmadığı olduğu bulunmuştur. SP'li çocukların %52,7'si yemeğini, %10,7'sinin banyo ihtiyacını, %31,3'ünün giyinme ihtiyaçlarını, %32,1'inin tuvalet ihtiyacını, %32,8'nin yürümeyi bağımsız olarak yapabildikleri ve bakım verenlerin bakım verme konusunda yardımcı bireylerin olup olmadığı incelendiğinde %68,7 kişinin bakımı tek başına üstlendiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamalarının  $46,57 \pm 13,43$  olduğu ve orta ciddi bir yük hissettikleri saptanmıştır. ZBVYÖ puanı eğitim seviyesi düşük, herhangi bir hastalığı olan ve günlük aktivitelerini (yürüme, yemek yeme ve banyo ihtiyacını karşılama) başkalarının yardımıyla gerçekleştiren SP'li çocukların bakım verenlerinde daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızın sonucunda bakım veren bireylerin eğitim seviyesinin düşük olması, çocuk sayısının fazla olması, bakım veren bireyin herhangi bir hastalığının olması ve SP'li çocuğun özbakım becerilerini (yemek yeme, banyo ihtiyacını karşılama, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılama ve yürüme) başkaları yardımıyla gidermesi bakım veren yükünü artıran faktörler olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları hemşirelere önceliklerini belirlemede ve hemşirelik girişimlerini planlamada katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** serebral palsy, bakım veren yükü, hemşirelik



## ABSTRACT

### Determination Of The Factors That Affect The Burden Of Caregivers Of Children With Cerebral Palsy

In this research, aim to define effects of caregiver' burden base on children with cerebral palsy. Participants of the research have been obtained base on information given by caregivers of 131 children who with cerebral palsy have been treated at least one year in Özel Zeytindalı Fizyolight Rehabilitasyon Merkezi ve Özel Mavi Pusula Rehabilitasyon Merkezi. Datas were collected by using sociodemographic characteristics form and Burden İnterview (BI). ANOVA, t test and regresyon analysis of SPSS 23 program was used to evaluate the datas.

When the demografic features of individual were examined, it has been seen that 45,8% were between 30 and 39 years old, 87,8% were women, 42% were primary school graduate, 96,9% were married, 69,5% had higher or equal revenue than expense, 89,3% had SSK health insurance, 42,7% had 2 children, 84,7% were mother and 72,3% were not ill. It was observed as 52,7% of children with cerebral palsy could eat, 10,7% could bath, 31,3% could dress, 32,1% could toilet, 32,8% could walk without any help. Meanwhile, 68,7% of the caregivers did not have any person who helps them.

Avarage BI points of participants were determined as  $46,57 \pm 13,43$  which was medium-serious level. Participants who had low education level or had any kind of disease or were responsible from SP children who were not capable to do daily activities (walking, eating, cleaning, dressing and toileting) without help had higher BI points.

In conclusion, education level, having any kind of disease, being responsible for more children and being responsible of SP children who are not capable to do daily activities were determined as the increasing factors of caregivers' burden.

The results of this study will provide nurses to make a decision about priorities of nursing care and contribute them for planing their nursing attempt.

**Key Words:** cerebral palsy, caregiver burden, nursing

## İÇİNDEKİLER

ONAY .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iv
BEYAN.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ .....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3.Araştırma Soruları.....	4
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Serebral Palsi.....	5
2.1.1.Serebral Palsi Epidemiyolojisi.....	6
2.1.2.Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	7
2.1.3.Serebral Palsinin Sınıflandırması.....	9
2.1.4.Tedavi.....	13
2.2.Bakım Veren Yüğü.....	16
2.2.1.Bakım Verme.....	16
2.2.2.Bakım Verme Yüğü.....	17
2.3.Serebral Palsi Tanısı Almış Çocuklarda Bakım Veren Yüğü.....	18
2.4.Serebral Palsi Tanısı Almış Çocuğun Bakımında Hemşirelik Rol.....	19
3.YÖNTEM.....	22
3.1.Araştırmanın Şekli.....	22
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	22
3.4.Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.5.Verilerin Toplanması.....	25

3.5.1. Veri Toplama Araçları.....	25
3.5.2. Pilot Uygulama.....	26
3.5.3. Verilerin Toplanması.....	26
3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.5.5. Araştırma Etiği.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇLARve ÖNERİLER.....	45
7. KAYNAKLAR .....	47
8. EKLER .....	60



## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>SP:</b>	Serebral Palsi
<b>ZBVYÖ:</b>	Zarar Bakım Veren Yükü Ölçeği
<b>MSS:</b>	Merkezi sinir sistem
<b>BTX-A:</b>	Botulinum Toxin A
<b>İTB:</b>	İntratekal Baklofen



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> : SP Tipleri.....	10
<b>Şekil 2.</b> : Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	24



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 4.1:</b> Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri.....	28- 29
<b>Tablo 4.2:</b> Serebral Palsi Tanısı Almış Çocuklara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.3:</b> Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	31
<b>Tablo4.4:</b> Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	32- 33
<b>Tablo 4.5:</b> Bakım Veren Yüğünü Etkileyen Faktörlerle İlgili Çoklu Regresyon Analizi.....	36

# SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARA BAKIM VERENLERİN YÜKÜNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Serebral palsi (SP) gelişmekte olan infant beyinde ortaya çıkan, ilerleyici olmayan, aktivite kısıtlamasına neden olan bir grup kalıcı hareket-postür bozukluğudur (Odding, Roebroek ve Stam, 2006; DeLisa, Gans ve Walsh, 2007 ).

Genellikle motor bozukluk ön planda olmakla birlikte serebral fonksiyon bozukluğu gösteren diğer semptomlar da görülebilir. Mental retardasyon, epilepsi, oral-motor yetmezlik, görme bozuklukları, işitme azlığı, ortopedik bozukluklar, dil-konuşma bozuklukları, davranış bozuklukları, kronik akciğer sorunları ve uyku problemleri eşlik edebilir (Dilek ve ark, 2013; Cogher, Savage ve Smith 1992; Yavuz, 2006). SP'li çocuklara yaşamın erken dönemlerinde yeterli bakım verilmemesine bağlı olarak özürleri ciddi boyutlara ulaşabilmekte, ileride bağımlı ve bakıma ihtiyaç duyan bireyler olabilmektedirler (Cogher, Savage ve Smith 1992; Yavuz, 2006).

Sağlıklı bir çocuk bekleyen ve gelecekle ilgili bütün planlarını bu yönde yapan aile bireyleri, engelli bir çocukla birlikte sosyal çevrelerinde, beklentilerinde, planlarında, iş yaşamlarında ve mali konularda değişiklikler yaşamak zorunda kalmaktadır (Akandere, Acar ve Baştuğ, 2009; Keskin ve ark., 2010; Karadağ, 2014). Bu nedenle bakım verenler; maddi, psikolojik, çocuğun eğitiminin sağlanması, aile ve sosyal çevreyle ilişkiler, çocuğun engel durumuna yönelik yaşam tarzı değişiklikler gibi birçok güçlük ve belirsizlikle karşı karşıya kalmakta ve bir yandan engelli çocuklarına bakım verme

konusunda bilgi eksikliği yaşarken diğer yandan bu durumla başa çıkabilmek için psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır (Karadağ, 2014; Bahar ve ark, 2009; Ayyıldız ve ark, 2012; Şengül, Baykan, 2013).

Bakım veren kişiler üzerinde yapılan çalışmalarda bakım veren yükü, bakım verme ile ilişkili olarak yaşanan fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar üzerinde durulmaktadır (Atagün ve ark.,2011; İnci, 2006; Can, 2010).

Bakım verme işini arttıran en önemli etkenlerden biri hastanın fiziksel yeteneklerindeki bozulmadır. Yapılan çalışmalarda hastalığın motor bulguların şiddetlendiği ileri evrelerinde fonksiyonel kapasitesinin azaldığı, hastaların psikolojik destek yanında fiziksel yardıma da ihtiyaç duymaya başladıkları ve bu dönemde bakıcı sorumlulukları ve yükünün de arttığı gösterilmiştir (Mangone ve ark., 1993).

Bakım verenler sırt ağrısı, bağışıklık fonksiyonunun değişmesi, hipertansiyon, uykusuzluk, kronik yorgunluk, iştahın değişmesi, kilo alma veya kaybetme gibi problemler yaşayabilmektedirler (Can, 2010; Silver, Wellman, 2002). Ayrıca sorumlulukları ve rolleri yüzünden çoğu zaman önceden var olan ilişkilerden ve sosyal aktivitelerden izole olabilmektedirler. Özellikle hastalığın fiziksel ve psikolojik komplikasyonları ve yoğun tedavi rejimleri; hastalar ve bakım veren aile bireyleri için uzun stres kaynaklarıdır (Can, 2010; Stetz, Brown, 1997). Demiral (2016) tarafından yapılan SP'li çocukların annelerinin ortopedik girişim öncesi ve sonrası bakım yükünün belirlenmesi ile ilgili çalışmada ameliyat öncesi bakım yüklerinin orta derecede bakım olduğu, Karahan ve İslam'ın (2013) fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalarda bakım verme yükü üzerine yaptığı çalışmada hissettikleri yük orta ve ciddi olduğu, Wijesinghe ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda SP' li çocuğa bakım veren kişilerin



fiziksel ve psikolojik sağlığının incelendiği bir çalışmada, sağlıklı gruba göre SP'li çocuğa bakım verenlerde stresin daha yüksek boyutta olduğu belirlenmiş ve bakım veren kişilerin büyük bölümünün duygusal problem, mutsuzluk ya da yaşama ilgisizlik, hatırlama ve problem zmede zorluklar yaşadıkları ifade edilmiştir. Aynı alışmada SP' li çocuğa bakım verenler ile sağlıklı çocuğa bakım verenler karşılaştırıldığında, aile işlevselliği ve sosyal destek yönünden anlamlı farklılık olduğu görülmüş ve son olarak bakım verenlerin fiziksel sağlıkları değerlendirildiğinde daha fazla sağlık problemleri yaşadıkları belirtilmiştir (Brehaut ve ark., 2004). Bu nedenle bakım veren bireyler, çocuğun bakımında desteğe gereksinim duymaktadır (Kerimoğlu, 2012; Peker, 2007; Ell, 1996).

Yapılan bir çalışmada SP' li çocuğu olan 15 annenin bakım yükü, sosyal destek düzeyleri, annelik rollerini yerine getirme durumu, yaşam deneyimleri incelenmiş ve annelerin yaşadıkları sorunlarla bař edebilmelerinde, aile ilişkilerinin güçlü olmasının, algıladıkları sosyal desteğin yüksek olmasının ve ekonomik yönden iyi durumda olmanın annelerin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (Manuel ve ark., 2003). Krstić ve Oros (2012) serebral palsili çocukların annelerinin stresle bařa çıkma tarzlarını ve uyumlarını belirledikleri araştırmalarında, annelerin daha çok manevi destek ve sosyal destek aradıklarını ve verilen stresle bařa çıkma stratejilerinin annelerin yaşamla daha kolay uyum sağlamalarına neden olduğunu saptamışlardır.

Serebral Palsi'li çocuğun bakımında hemşirelerin çocuğun izlemi, tedavisi, rehabilitasyonu, çocuğun evdeki bakımı ve aile eğitiminde önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin amacı ebeveynlere ve özellikle annelere öncelikle hastalıkla ilgili bilgi vermek, çocuğun engelini anlamasını ve kabul etmesini sağlamak, sosyal destek

kaynaklarına ve danışmanlık hizmetlerine ulaşabilme konusunda yardımcı olmak olmalıdır (Kerimoğlu, 2012; Glasscok, 2000).

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin bakım verenlere verdikleri eğitimler sonrası bakım verenlerin, hastalıkla ilgili bilgi eksikliklerini giderdikleri, çocuklarıyla daha kolay etkileşime geçtikleri, problem odaklı çözüm yöntemlerini kullanmaya başladıkları, stres düzeylerinin düştüğü ve yaşam doyumlarının arttığını bulmuşlardır (Çetinkaya, Öz, 2000; Scharer ve ark., 2009; Bilge ve ark., 2014).

Literatür incelendiğinde SP'li çocukların bakım veren yükünü etkileyen faktörlerle ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğundan bu çalışma önemli bir boşluğu kapatacağı düşünülmektedir. Bu özden giderek çalışmada SP'li çocukların bakım veren yüküne etki eden faktörler incelenmesinin verilecek olan bakım kalitesini etkileyeceği düşünülmüştür.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırmada, SP tanısı almış çocukların bakım veren yüküne etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

- SP'li çocuğa bakım vereninin yaşı ile bakım veren yükü arasında fark var mıdır?
- SP'li çocuğun bakım vereninin cinsiyeti ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- SP'li çocuğun bakım vereninin eğitim düzeyi ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- SP'li çocuğun bakım vereninin medeni durumu ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir fark var mıdır?

- SP'li çocuğun bakım vereninin gelir durumu ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- SP'li çocuğun bakım vereninin sahip olduğu çocuk sayısı ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- SP'li çocuğun bakım vereninin yakınlık derecesi ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- SP'li çocuğun bakım vereninin herhangi bir hastalığa sahip olması ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Serebral palsili çocuğun öz bakım becerileri (yemek yeme, banyo, giyinme, tuvalet, yürüme) ve bakım veren yükü arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- SP'li çocuğun bakımında bakım verene alternatif/yardımcı birey var olması ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir fark var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Serebral Palsi

Serebral Palsi; doğum öncesi, doğum anı veya doğum sonrasında herhangi bir nedenle beynin hasar görmesi sonucu oluşan ilerleyici olmayan, ancak çocuğun aktivitelerinin sınırlandırılmasına neden olan, postür ve hareket gelişimindeki kalıcı bozukluktur (Kerimoğlu, 2012; Jones, Morgan, 2007; Miller ve ark., 2001; Çetinkaya, Öz, 2000; Murphy, Such-Neibar, 2003; Nacitarhan, 2005).

Serebral Palsi'de klinik tablo lezyonun yerine, yaygınlık derecesine ve çocuğun yaşına bağlı olarak farklılık gösterir (Çavusoglu, 2002; Yavuz, 2006; Yayıcı, 2003). Beyinde meydana gelen bozukluklara bağlı olarak postür ve hareket yeteneği etkilenir (Çavusoglu, 2002; Tuzcu, 2003; Yavuz, 2006). SP'de ortaya çıkan motor bozukluklar; spastisite, güçsüzlük, koordinasyon

bozukluğu, istemsiz hareketler(atetoz), kas sertliği(rijidite) ve titreme(tremor) şeklinde olabilmektedir (Bax, Rosenbaum ve Goldstein, 2005; Kerimoğlu, 2012; Levitt, 2004). Motor bozuklukların yanında mental gerilik, konvülsiyonlar, görme, işitme, konuşma, algılama ve davranış bozuklukları, üriner sistem sorunları ve kronik akciğer sorunları da görülmektedir (Çavusoglu, 2002; Yavuz, 2006; Yaycı, 2003, Kayıhan, 1995; Sade, Otman, 1991; McCance, Huether, 1994; Tuzcu, 2003;).

### **2.1.1. Serebral Palsi Epidemiyolojisi**

SP, tüm dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde çocukluk döneminde görülen yaygın bir engel türüdür ve görülme sıklığı, ülkelere göre farklılıklar göstermektedir (Kerimoğlu, 2012), Capio ve ark., 2012; Nordmark, Hagglund ve Lagergren, 2001; Wichers ve ark., 2001). SP yaklaşık olarak her 1000 canlı doğumda 2-2.5 oranında görülmektedir (Rosenbaum ve ark., 2007; Üneri, 2010). Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda SP prevalansı; Finlandiya'da 2.5/1000, İngiltere'de 1.9/1000, İsveç'te 2.4/1000, Norveç'te 2.1/1000, Çin'de 1.6/1000 olarak saptanmıştır (Eriman, 2009; Serdaroglu ve ark., 2006). Amerika'da 2.2/1000, Avustralya'da ise 2- 2.5/1000 olarak bildirilmiştir (Odding, Roebroek ve Stam, 2006; Eriman, 2009). Bu oran Türkiye'de ise 2-16 yaş grubu çocuklarda 1000 canlı doğumda 4.4 olarak rapor edilmiştir (Eriman, 2009; Serdaroglu ve ark., 2006).

Türkiye'de bu oranın fazla olması akraba evlilikleri, hamilelik döneminde geçirilen hastalıkların fazla olması, yetersiz sağlık kontrolleri, olumsuz doğum koşulları, bebek bakım hizmetlerinin yetersiz olması, ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olması, olumsuz sosyo ekonomik ve kültürel faktörlere bağlı olarak açıklanmaktadır (Kerimoğlu, 2012; Murphy, Such-Neibar, 2003; Himmelman ve ark., 2005).

## **2.1.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri**

Serebral palsiye yol açan beyin hasarı doğun öncesi (prenatal), doğum (perinatal) veya doğum sonrası (postnatal) dönemde gelişebilir. Çoğu zaman birçok etiyolojik faktör ya da tek bir faktör var olmakla beraber gerçekte çocukların % 30' undan fazlasında bilinen bir etiyoloji ya da risk faktörü bulunmamaktadır (Dormans ve ark., 2000; Jacobsson, Hagberg, 2004). Özellikle intrauterin dönemde oluşan problemlerin, konjenital bozuklukların, gebeliğin herhangi bir döneminde oluşan asfiksünün ve preterm doğumların serebral palsiye neden olduğu düşünülmektedir (Rosenbaum ve ark., 2007).

Son yıllarda gelişmiş ülkelerde neonatal bakımdaki yenilik ve ilerlemeler neonatal mortalitenin düşmesini sağlarken, prematüre ve çok düşük ağırlıklı bebeklerin yaşatılabilir olması SP açısından yüksek riskli bebeklerin artmasına neden olmuştur (Serdaroğlu, 2006; Dormans, 2000; Reddihough, Collins, 2003). Genellikle 32- 42 gebelik haftasında prematüre ve doğum ağırlığı 10. büyüme eğrisinin (persentilin) altında olan bebeklerin 25.- 75. büyüme eğrisi normal doğum ağırlıklı bebeklere göre 4-6 kat daha fazla SP olma riskleri vardır (Kerimoğlu, 2012; Moster, 2010). Bunun yanında sağlık hizmetlerinin gelişmesi, doğum komplikasyonlarını ve yenidoğan sorunlarını azalttığı için hastalığın nedeni olarak doğum öncesi sorunlar ağırlık kazanmaktadır (Kerimoğlu, 2012; Atam, 2009).

### **2.1.2.1. Doğum Öncesi**

SP'de %70- 80 vakada prenatal faktörler rol almaktadır (Reddihough, Collins, 2003). Fetal hipoksi, intrauterin enfeksiyonlar, annenin hamilelik esnasında radyasyon alması, ilaç bağımlılığı, metabolik hastalıklar, aşırı beslenme bozukluğu, anne-çocuk arasındaki kan uyumsuzluğu ve genetik

nedenler SP oluşumunu etkileyen nedenlerdir (Yavuz, 2006; Kavaklı, Pek, Bahçecik, 1998; Potts, Mandleco 2002).

Bunların yanında annede mental retardasyon, epilepsi, gebelik öncesinde diyabet, hipo/ hipertiroidizm ve kalıtsal hastalıklarının olmasının, çocukta serebral palsi gelişmesiyle önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (Kerimoğlu, 2012; Nelson, Chang, 2008).

#### **2.1.2.2. Doğum**

Doğum sırasında bebeğin makatla gelişi, forseps kullanımı, kordonun çok kısa ya da çok uzun olması veya bebeğin boynuna dolanarak anoksiye neden olması, doğum sürecinde anneye genel veya spinal anestezi uygulanması, doğum travayının çok kısa veya özellikle doğumun ikinci evresinin 24 saatten daha uzun sürmesi ve bebeğin doğum kanalında uzun süre kalması en önemli natal etmenlerdir (Yavuz, 2006; Kavaklı, Pek, Bahçecik, 1998; Potts, Mandleco 2002). Doğum sırasında oluşacak bu sorunlar yaklaşık olarak serebral palsi vakalarının %10-15'inden sorumlu tutulmaktadır (Kerimoğlu, 2012; Jarvis ve ark., 2003).

Ayrıca enfeksiyonlar, santral sinir sistemi malformasyonları, intrauterin büyüme geriliği, çoğul gebelikler ve serebral palsi arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Odding, Roebroek ve Stam, 2006; Potts, Mandleco 2002).

#### **2.1.2.3. Doğum Sonrası**

Doğum sonrası nedenler yaşamın 28. gününden sonra oluşmakta ve SP'lerin yaklaşık olarak %10' undan sorumlu tutulmaktadır. Bu nedenler arasında öncelikle sepsis, menenjit, ensefalit gibi doğum sonrası

enfeksiyonlar, travma ve kanamalar yer almaktadır (Kerimoğlu, 2012; Blair, Stanley, 2002).

Ayrıca beyin tümörleri, hipoglisemi, hiperbilirubinemi gibi metabolik sorunlar, yenidoğan konvülsiyonları, dehidratasyon, elektrolit dengesizlikleri ve solunum yollarının iyi temizlenmemesi de postnatal nedenler arasında yer almaktadır (Yavuz, 2006; Kavaklı, Pek, Bahçecik, 1998; Potts, Mandlco 2002).

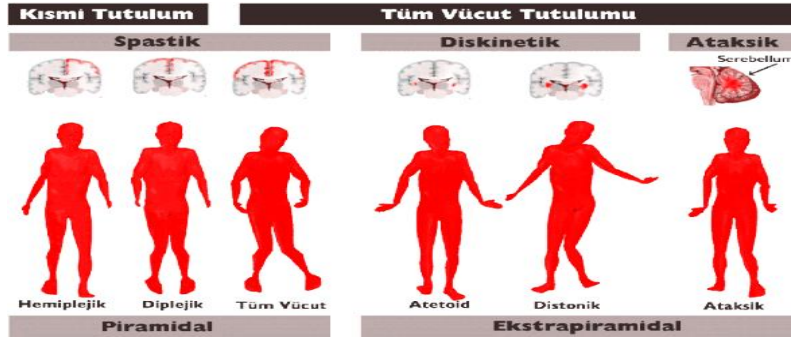
### **2.1.3. Serebral Palsinin Sınıflandırması**

Beyinde meydana gelen lezyonun hangi bölgeyi, ne şekilde etkilediğine bağlı olarak SP' nin türü ve şiddeti değişkenlik göstermektedir (Kerimoğlu, 2012; Atam, 2009).

Serebral palsy beynin etkilendiği bölge sonucu oluşan motor bozukluklara göre spastik ve nonspastik olmak üzere iki büyük fizyolojik sınıfa ayrılmaktadır (Jones, Morgan, 2007). Spastik SP, beynin kortikospinal yolunda oluşan bir hasar sonucu gelişmekte ve üst motor nöron hasarı olarak da tanımlanmaktadır. Nonspastik SP ise serebellumdaki veya bazal ganglionlardaki piramidal yolların dışında kalan sinir hücrelerinin hasarı nedeniyle oluşmaktadır (Kerimoğlu, 2012; Walstab ve ark. 2002).

Ayrıca SP'nin sınıflaması spastik, hipotonik, atetotik, distonik ve ataksik gibi predominant motor özellikleri içeren fizyolojik tanımlama ve monopleji, dipleji, tripleji, hemipleji, kuadripleji gibi ekstremitelerdeki özelliklerini içeren topografik tanımlamalar şeklindedir (Jones, Morgan, 2007).

### 2.1.3.1. Fizyolojik Sınıflandırma



Şekil 1: SP Tipleri (Eriman, 2009)

1. Spastik tip
2. Diskinetik tip
- Distonik
- Atetoid
3. Ataksik tip
4. Hipotonik tip
5. Karışık (mikst) tip

#### 2.1.3.1.1. Spastik Tip Serebral Palsi

Spastisite ekstremitenin pasif harekete karşı gösterdiği fizyolojik direncin artmasıdır. Spastik tip, tüm serebral palsi vakalarının yaklaşık %70-80 ini oluşturur (Blair, Stanley, 2002). Artmış kas tonusu, pasif germeye karşı cevabın şiddetlenmesi ve kasın aşırı direnç göstermesi, anormal elektromyografik kayıtların bulunması ile karakterizedir. Derin tendon



refleksleri artmış, yüzeysel refleksler azalmıştır (DeLisa, Gans ve Walsh, 2007; Dilek ve ark., 2013).

Spastisite vücudun tümünü etkilemişse quadriplejik SP denir. Quadriparezik çocuklarda ise baş, boyun ve gövde tutulumu nedeniyle ciddi motor kontrol kusurları vardır (Miller ve ark., 2001). Serebral palsinin en ağır seyreden formudur. Bu grupta kontraktür ve deformiteler daha sıktır (Odding, Roebroek ve Stam, 2006; Miller ve ark., 2001). Eşlik eden problemler; görme işitme defektleri, konvulsiyonlar, mental retardasyon ve oral motor problemlerdir. Vakaların % 50'sinde konvulsiyon öyküsü vardır (Odding, Roebroek ve Stam, 2006; DeLisa, Gans ve Walsh, 2007).

Sadece sağ veya sol vücut yarısını etkilemişse hemiplejik SP adı verilir (Levitt S. (2004; Tuzcu, 2003). Spastik SP' lerin %20- 30'unu ise hemiplejik tip oluşturur. Üst ekstremitede, alt ekstremiteden daha şiddetli tutulur. Eldeki ince motor hareketlerin yetersizliği çok açık bir şekilde görülebilir. Spastisite, ince becerileri engelleyerek izole eklem hareketlerinin yapılmasını güçleştirir ve distalde atetoid hareketler gelişir(Bohannon, Smith, 1987; Uygur, 2007; Ümit, 2011). Kolları hafif, bacakları daha ağır etkilemişse diplejik SP adı verilir ve spastik SP' lerin % 30- 40' ını oluşturur (Yavuz, 2006; Yayı, 2003, Dursun, 2004). Alt ekstremitelerde ve pelviste değişen derecelerde spastisite ile üst ekstremitelerde daha hafif spastisite ve/veya inkoordinasyonla karakterizedir (Eriman, 2009; Şimşek, 2000). SP'li bireylerin kollarındaki spastisitenin ağır olması durumunda günlük yaşamdaki bağımlılık önemli ölçüde artmaktadır (Yavuz, 2006; Kobal, 2005).

#### **2.1.3.1.2. Diskinetik Serebral Palsi**

Bazal ganglionlarda ve talamusta hasar vardır. Yenidoğan sarılığı ve ağır hipoksiler başlıca nedenleri arasında yer alır. Kas tonüsünün ayarlanması ve koordine edilmesinde yetersizliğe bağlı postüral dengesizlikleri vardır. Stres

ve amaca yönelik hareket yapmaya çalışıldığında anormal hareket şekilleri artış gösterir, yorgunluk ve diğer faktörlere bağlı olarak günün her saatinde durum farklı olabilir. Uyurken kas tonusu normal olup, istemsiz hareketler yoktur. Derin tendon refleksi normal veya hafif artmıştır (Kerimoğlu, 2012; Jones, Morgan 2007; Dursun, 2004). Bu olgularda dizatri, disfaji, salya akıtma görülür. Mental durum genellikle normaldir ancak iletişim bozukluğu nedeniyle çocuk mental retarde sanılabilir (Eriman, 2009; Dormans, 2000).

#### **2.1.3.1.3. Ataktik Tip Serebral Palsi**

Serebellumda selektif nöron nekrozu sonucu ortaya çıkan, sıklıkla hipotoni, istemli hareketlerde, dengede ve derin algılamada bozukluklar görülmesi durumudur. Denge kaybı ataksinin ayırt edici özelliğidir. Genellikle çocuk yürümeye başlayıncaya kadar ataksi teşhisi konulamamaktadır (Kerimoğlu, 2012; Ümit, 2011; Kobal, 2005; Pueyo, Junqué, ve Vendrell, 2003). Çocukların kendilerini düzeltme refleksi ve pozisyonlarını koruma hisleri bozulur. Bu tip etkilenmesi olan çocuklar genellikle yürüme yüzeyini genişleterek yürürler. Çocukların ince motor becerileri gecikmiş ve bozulmuştur. Yaygın olarak oral motor güçlükler ( yutma, salya akıtma, anormal konuşma) görülür. Tremorlar ve zayıf baş kontrolü görülür. Mental retardasyon bu tipte sık görülür (Pueyo, Junqué, ve Vendrell, 2003).

#### **2.1.3.1.4. Hipotonik Tip Serebral Palsi**

Atetoz veya spastisitenin gelişiminde çoğunlukla bir geçiş evresidir. İstirahatte azalmış kas tonusu, azalmış germe refleksi, ilkel refleks paternlerinde azalma ile kendini gösterir. Bu çocukların çoğunda sonradan diskinetik ve özellikle ataksik tip SP gelişmesine rağmen bazı çocuklarda generalize hipotoni çocukluk çağında kalıcıdır (Eriman, 2009; Dursun, 2004).

#### **2.1.3.1.5. Karışık Tip Serebral Palsi**

Genellikle spastisite ve diskinetik hareket bozukluğu bir arada görülür ve tüm serebral palsi tiplerinde görülen nöromüsküler bozuklukların

kombinasyonu şeklindedir. Merkezi sinir sistemi' nde (MSS) hasar yaygın olduğundan çoğunlukla kuadriplejik tutulum gösterirler. Prognozu en ağır olan SP tipidir (Dormans, 2000; Dursun, 2004; Sanger ve ark., 2003; SCPE, 2000; Molnar, Alexander, 1999; Özcan, Arpacıoğlu, Turan, 2000).

#### **2.1.4. Tedavi**

Serebral palsi' li hastalarda beyinde oluşan hasar geri döndürülemez. SP tedavisinde amaç var olan kapasiteyi en üst düzeye çıkarmak, motor işlevleri olabildiğince geliştirmek ve olası spastisite komplikasyonlarını önlemektir (Reddihough, Collins, 2003; Koman, Paterson Smith ve Shilt, 2004). Hastanın var olan kapasitesinin en iyi şekilde kullanılabilmesi için, kasların güçlendirilmesi, normal postürün sağlanması, istemli hareketlerin kontrolü, istemsiz hareketlerin ve spastisitenin azaltılması amaçlanmaktadır. Tedavinin diğer bir unsuru da eşlik eden patolojilerin kontrol altına alınması, ilerlemelerin engellenmesi ve tedavi edilmesidir (Koman, Paterson Smith ve Shilt, 2004).

Serebral palsi tedavisinde tüm sorunları birden ele alan, çocuğu bir bütün olarak düşünen bir yaklaşım uygulanmalıdır. Tedavi süreci sabır gerektiren, zorlu ve yıllar süren çabaları gerektirmektedir (Atam, 2009). SP' ye eşlik eden sorunların çok geniş bir yelpazeye dağılması nedeniyle, tek bir uzmanın SP' li çocuğu tek başına tedavi edebilmesi söz konusu değildir. Tedavide multidisipliner bir yaklaşım uygulanmalıdır. Bu yaklaşımı da oluşturulurken, çocuğun zihinsel yapısı, kişiliği, iletişimi, eğitimi ve aile yapısı unutulmamalıdır. (Atam, 2009; Yakut, 2005, Koman, Paterson Smith ve Shilt, 2004). Her hastanın durumunun kendine özel nitelikler taşıması nedeniyle tedavi planı da bireye özel hazırlanmalı ve mutlaka ailenin de tedaviye katılması sağlanmalıdır (Koman, Paterson Smith ve Shilt, 2004).

Tedavi ekibi; aile, pediatrist, hemşire, fizyoterapist, iş uğraş terapisti, nörolog, radyolog, ortopedik cerrah, konuşma bozukluğu uzmanını, alternatif iletişim uzmanını, psikolog, oftalmolog, diş hekimini, sosyal hizmet uzmanını ve özel eğitim uzmanını içermektedir (Yakut, 2005).

Mevcut tedavi seçenekleri fizyoterapi, cihaz destekli yaklaşımlar, oral ilaç uygulamaları, botulinum toksin A uygulaması, intratekal baklofen tedavisi, selektif dorsal rizotomi ve cerrahi tedaviden oluşmaktadır. Kullanılan tedavi seçenekleri, bireyin gelişimsel durumuna göre değişmektedir. Bununla birlikte olguların bir çoğu fizyoterapi ve diğer yaklaşımlara yanıt vermektedir (Yakut, 2005; Blair, 2010; Kofler ve ark., 2009).

#### **2.1.4.1. İlaç Tedavisi**

SP oral ilaç tedavisinde benzodiazepin, baklofen, tiazidin, dantrolen, L-Dopa ve triheksifenidil grubu ilaçlar aktif olarak kullanılmaktadır (Cole ve ark., 2007).

Botulinum toxin A (BTX-A) son 20 yılda spastisitenin tedavisinde oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. BTX-A enjekte edilen kasta nöromüsküler bağlantı noktasında asetilkolin salınmasını engellemektedir. Etkiler 72 saatte görülmekte, 2-3. haftada en üst düzeye ulaşmakta ve ortalama 3 ay sürmektedir. Bu toksin, ağırlı kas spazmlarını azaltır, postürü düzeltir ve fizik tedavi uygulamasını kolaylaştırır (Cole ve ark., 2007; O' Shea, 2008). Enjeksiyon bölgesinde zayıflık geçici postür değişiklikleri ve ağrı, genel halsizlik ve zayıflık yan etki olarak görülebilir.

Intratekal baklofen (İTB) son zamanlarda oral yolla azaltılamayan spastisitelerde ilaç tedavisinde ilk kullanılan yöntem olmuştur. Intratekal baklofen pompası cerrahi olarak abdominal alana yerleştirilir ve bir kateter sistemine bağlanır. Bu sistem, spinal kanala sürekli olarak baklofen gönderir. Oral verilen baklofenin kan beyin bariyerini geçememesi nedeniyle bu işlem

uygulanmaktadır. Selektif Dorsal Rizotomi bağımsız yürüyebilen, kontraktürü olmayan, gövde dengesi, motor kontrolü, kas gücü, motivasyon ve zekası yeterli olan ve spastik diplejilerin tedavisinde kullanılan invazif bir yaklaşımdır. Genellikle daha zor vakalar için kullanılmaktadır. Selektif dorsal rizotomi ve fizik tedavi eş zamanlı olarak uygulandığında, çocuklarda spastisiteyi oldukça azaltmakta ve yavaş yavaş kaba motor fonksiyonları arttırmaktadır. Komplikasyonlar; belirgin güçsüzlük, lomber hiperlordoz-skolyoz, kalça subluksasyonu, parapleji, duyu kaybı, idrar gaita inkontinansı ve enfeksiyondur (Wijesinghe ve ark., 2015).

#### **2.1.4.2. Rehabilitasyon**

SP rehabilitasyonunda amaç, anormal postür ve paternlerin düzeltilmesi, oluşabilecek deformitelerin önlenmesi, mevcut becerilerin geliştirilmesi, yeni becerilerin öğretilmesi, üst ekstremitelerin fonksiyonel kullanımı sağlamak, yürüme eğitimi vermek, anlaşabilir konuşmayı öğretebilmek ve çocuğa mümkün olduğu kadar ileride kendi yaşamını sürdürebilmesine olanak sağlayacak şekilde bağımsızlık kazandırarak erişkin yaşa hazırlamaktır (Yavuz, 2006; Kerimoğlu, 2012; Jarvis ve ark., 2003; Koman, Paterson Smith ve Shilt, 2004; Cole ve ark., 2007; Özaras, Yalçın, 2001).

Rehabilitasyon ekibinde bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı koordinatörlüğündeki pediatrist, ortopedist, klinik psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti, rehabilitasyon hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve ortez teknisyenin yanında aile de bu ekibin önemli bir üyesidir (Yaycı, 2003; Özaras, Yalçın, 2001).

Rehabilitasyonun kalıcı yararlar sağlaması için çocuğun tıbbi sorunlarına uygun çözümün getirilmesi, egzersiz programının hastanın yaşı ve fonksiyonel durumuna göre belirlenmesi, tam ve doğru olarak uygulanması ve

ailesi ile birlikte psikolojik hizmetlerden yararlanması şarttır (Yavuz, 2006; Yaycı, 2003).

Ailenin çocuğun engelliliğini kabul edememesi nedeniyle çocuğa karşı aşırı koruyucu tavır takınması bağımsız yaşam sürmeyi engellemektedir (Özaras, Yalçın, 2001; Kerimoğlu, 2012). Aileler çocuklarını yapabilecekleri şeyler konusunda cesaretlendirmeli ve yapabilecekleri işleri onlara bırakmalıdırlar. Tıraş olma, tek başına banyo yapma, bağımsız yürümeye teşvik etme, tek başına sokağa çıkma ve alışveriş yapmasına izin verme gibi durumlar bu işlere örnek verilebilir (Yaycı, 2003).

#### **2.1.4.3. Cerrahi Yaklaşımlar**

SP'li çocukların düzenli olarak ortopedik yönden değerlendirilmesi gereklidir. Bu muayenelerde kas iskelet sistemi muayenesi yanısıra kalça subluksasyonu, skolyoz kontraktürlerin belirlenmesi ve yürüme analizini içerir. Cerrahi yaklaşımın amacı, kontraktür gelişimini engellemek için başlangıçta agonist kası gerdirmek, antagonist kası kuvvetlendirmek olmalıdır. Özellikle kuadriplejik hastalarda cerrahi girişimin amacı hastanın bakımını kolaylaştırmak cerrahi endikasyonlar arasındadır (Levitt, 2004; Demiral, 2016; Çullu, 2012; Livanelioğlu, Günel, 2009; Örmeci, 2006).

### **2.2. Bakım Veren Yükü**

#### **2.2.1. Bakım Verme**

Bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (Atagün ve ark., 2011; İnci, 2006; Can, 2010; Stetz, Brown, 1997).

Bakım verme; bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme sürecidir. Formal bakım, evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım

hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır (Atagün ve ark., 2011; İnci, 2006; Can, 2010; Karahan, Güven, 2002). Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır (Atagün ve ark., 2011; İnci, 2006; Can, 2010; Karahan, Güven, 2002, Allender, Spradley, 2001).

Aileler hasta bireye bakım sunulmasında önemli bir rol oynamaktadırlar. Hasta bakımında aile ve arkadaşlar informal bakım vericiler olarak tanımlanmaktadır. İnfomal bakım, uzmanlık gerektirmeyen, bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir (Atagün ve ark., 2011; İnci, 2006; Can, 2010; Karahan, Güven, 2002; Allender, Spradley, 2001; Altun, 1998; Bilgili, 2000; Kasuya, Polgar-Bailey ve Takeuchi, 2000).

### **2.2.2. Bakım Verme Yükü**

Bakım verme sorumluluğu, aile üyeleri arasında nadir olarak eşit paylaşılır. Bakım verenlerin büyük çoğunluğu kadındır (Atagün ve ark., 2011; Kasuya, Polgar-Bailey ve Takeuchi, 2000; Toseland, Smith, ve Mccallion, 2001; Given, B., Given, C. ve Kozachik 2001; Marco ve ark., 2010; Rivera-Navarro ve ark., 2009). Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesidir (Atagün ve ark., 2011; Akın, Demirel, 2003).

Bakım verme yükü; herhangi bir bakım vericinin yaşı, kronik hastalığı ve yetersizliği olan bireye bakım verdiği süre içerisinde, bakım verici kişinin zorlanması, kendini baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanmaktadır. Bakım veren kişiler üzerinde yapılan incelemeler sonunda bakım veren yükü, bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir tepki olarak ifade

edilmektedir (Silver, Wellman, 2002; Zarit, Reeve ve Bach-Peterson, 1980; Stone , Cafferata ve Sangl, 1987).

Montgomery ve arkadaşları (1985) bakım verme yükünün iki boyutu olduğunu belirtmiş; bir boyutunu ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları içine alan nesnel yük, diğer boyutunu ise bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkiyi içeren öznel yük olarak tanımlamışlardır. Nesnel yük bakım verenin hastanın gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve çaba olarak tanımlanmaktadır. Öznel yük nesnel yükle uğraşırken bakım vericinin yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Özellikle öznel yükün başarılı bir rehabilitasyon ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir ölçüt olduğu düşünülmektedir. Öznel yükün göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleridir ve bu da yük skorlarına katkıda bulunmaktadır (İnci, 2006; Wicks ve ark., 1997).

### **2.3. Serebral Palsi Tanısı Almış Çocuklarda Bakım Veren Yükü**

SP, fiziksel sorunların ön planda olduğu ve beraberinde birçok farklı sorunun eşlik ettiği bir durumdur (Odding, Roebroek ve Stam, 2006; DeLisa, Gans ve Walsh, 2007, Dilek ve ark, 2013; Cogher, Savage ve Smith 1992; Yavuz, 2006; Demiral, 2016). Bu süreçte primer bakım verenlerin çocuğun gereksinimlerinin yerine getirilmesi, tedavi planlaması ve rehabilitasyon gibi zor süreçlerin hepsinde bakım verici rolü oldukça önemlidir. Bakım verenler bakım verme nedeniyle sağlık durumlarında bozulma, umutsuzluk, uykusuzluk, yorgunluk, korku, güçsüzlük, suçluluk gibi birçok sorun yaşamaktadırlar. Bakım verilmesi sırasında fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik sorunlar gelişmekte ve bu sorunlar gerek hastanın gerek bakım



veren bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Akandere, Acar ve Baştuğ,2009; Karadağ, 2014; Atagün ve ark., 2011; Demiral, 2016).

Sağlıklı bir çocuk bekleyen ve gelecekle ilgili bütün planlarını bu yönde yapan aile bireyleri, engelli bir çocukla birlikte sosyal çevrelerinde, beklentilerinde, planlarında, iş yaşamlarında ve mali konularda değişiklikler yaşamaktadır (Akandere, Acar ve Baştuğ,2009; Karadağ, 2014; Keskin, Bilge ve Engin, 2010). Bu nedenle bakım verenler; maddi, psikolojik, çocuğun eğitiminin sağlanması, aile ve sosyal çevreyle ilişkiler, çocuğun engel durumuna yönelik yaşam tarzı değişiklikleri gibi birçok güçlük ve belirsizlikle karşı karşıya kalmakta ve bir yandan engelli çocuklarına bakım verme konusunda bilgi eksikliği yaşarken diğer yandan bu durumla başa çıkabilmek için psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır (Karadağ, 2014; Bahar ve ark., 2009; Ayyıldız ve ark., 2012; Şengül, Baykan, 2013).

Bakım veren kişiler üzerinde yapılan incelemeler sonunda bakım veren yükü, bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir tepki olarak ifade edilmektedir (Atagün ve ark., 2011, İnci, 2006; Can, 2010).

#### **2.4. Serebral Palsi Tanısı Almış Çocuğun Bakımında Hemşirelik Rolü**

Hemşireler kronik hastalıkların ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini değerlendirmede önemli bir pozisyondadır (Kerimoğlu, 2012; Glasscok, 2000; Tabak, 2007; Board, Ryan-Wenger, 2002). Kronik hastalığı olan çocuklarla çalışan sağlık personelinin, holistik yaklaşım doğrultusunda bakım verenleri de ele alması gerekmektedir (Yavuz, 2006; Deatrick, Knafel ve Walsh, 1988). Kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip ebeveynler değerlendirildiğinde aile içi iletişimin bozulmuş olduğu, ebeveynlerin streslerinin arttığı ve ailenin işlevselliğinin azaldığı görülebilmektedir

(Akandere, Acar ve Baştuğ,2009; Karadağ, 2014; Keskin, Bilge ve Engin, 2010, Kerimoğlu, 2012; Er, 2006). Çocuğun hastalığı boyunca aile işlevlerinin bozulması, ailenin sağlığı kadar, çocuğun sağlığını da etkilemektedir (Deatrick, Knafl ve Walsh, 1988). Ancak bakım hizmetlerinin tam olması, ocuk ve ailenin gereksinimlerinin karşılanması, hemşire ve sağlık ekibindeki diğer çalışanların davranışları, ailenin çocuklarının durumuna olan bakış aıllarını etkileyebilmektedir. Hemşire tarafından bilgilendirilen ve sosyal destek sağlanan anne, çocuğunun bakımı ile daha fazla ilgilenebilmekte ve onu daha iyi anlayabilmektedir. Böylece anne- ocuk ilişkisi daha etkin bir hale gelmektedir (Yavuz, 2006; Akandere, Acar ve Baştuğ,2009; Anderson ve ark., 2010).

Hemşirelerin SP'li çocuğa sahip ailelere danışmanlık hizmeti sunarak ailenin çocuğun engelini kabul etmeleri amaçlanmaktadır. Bu kapsamda SP'li çocukların diğer çocuklardan farklı ve benzer yönlerini anlamalarına ve çocukla ilgili gerçekçi beklentilerde bulunmalarına yardımcı olabilmek için çocuklarının özürü konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir (Glasscok, 2000; Demiral, 2016; Tabak, 2007) .

Bakım veren bireylerdeki en önemli stres kaynağı bilgi eksikliği, sağlık bakım profesyonellerinden yardım almama, uzun süreli bakım, tıbbi harcamalar, çocuğun davranış sorunları, annenin sağlık durumu, sosyal destek eksikliği ve sosyal izolasyon olarak belirlenmiştir (Bilgin, Gozum, 2009; Fen Gau ve ark., 2009; Fırat ve ark, 2002; Mirza ve ark, 2009; Tsai, Wang, 2009). Bakım verenlerin gereksinimleri doğrultusunda sağlık çalışanları tarafından bakım verenlerin başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi, uygun girişimlerle ailelerin çocuğun hastalığını kabullenmesi ve uyumunun sağlanması çocuklarının eğitimlerine katılımını artırmakta ve çocuğun gelişimini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Hekim, hemşire ve diğer sağlık elemanlarının bu süreçte işbirliği çok önemlidir. (Taanila ve ark., 2002). Yurt dışında yapılan bir çalışmada, zihinsel engelli çocuğu olan annelerin özellikle

çocuğun bakım gereksinimlerini karşılamada yüksek düzeyde zorlanma yaşadığı, hekim, hemşire ve sosyal çalışmacılar tarafından yeterince bilgilendirilmediği ve yardım edilmediği belirlenmiştir (Tsai, Wang, 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da engelli çocuğu olan ailelerin %81.5'inin hemşireler tarafından destek almak istediği bildirilmiştir (Sen, Yurtsever, 2007). Hemşire çocuğu ve bakım veren bireyi tanıyarak karşılaştıkları güçlükleri ve destek kaynaklarını belirlemede önemli role sahiptir. Yapılan çalışmalarda hemşireler tarafından engelli çocukların annelerine verilen destek girişimleri sonucunda annelerin bilgi düzeylerinin önemli derecede arttığı (Çetinkaya, Öz, 2000), çocukları ile daha kolay etkileşime geçtikleri, çocuklarının bakımında problem odaklı başa çıkma girişimlerini kullandıkları belirlenmiştir (Scharer ve ark., 2009).

Bilge ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada, engelli çocukların yakınlarına stresle baş etme ve yaşam doyumunu artırma ile ilgili verilen eğitimin engelli yakınlarının stres düzeylerini düşürdüğü ve yaşam doyumlarını arttırdığı saptanmıştır. Raina ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada serebral palsili çocukların bakım verenlerinde benlik algısı ve stres yönetiminin doğrudan fiziksel refahı etkilemese de psikolojik/ruhsal sağlığı doğrudan etkilediğini savunmuşlardır.

### **3. YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, serebral palsili çocukların bakım veren yüküne etki eden faktörlerin belirlenmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

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

Araştırma, Özel Zeytin Dalı Fizyolight Rehabilitasyon Merkezi ve Özel Mavi Pusula Rehabilitasyon Merkezi olmak üzere iki özel merkezde yapılmıştır.

Özel Zeytin Dalı Fizyolight Rehabilitasyon Merkezi, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi olup Rehberlik Araştırma Merkezi'nden raporlu fizyoterapi, zihinsel eğitim ve psikoterapi gereksinimi olan hastalara ücretsiz hizmet sunmaktadır. Merkezde takip edilen 210 çocuk (SP, down sendromlu, vb.) bulunmaktadır. Kurumda üç fizyoterapist, bir fiziksel engelliler öğretmeni ve bir okul öncesi öğretmeni bulunmaktadır.

Özel Mavi Pusula Rehabilitasyon Merkezin'de dört tane fizyoterapist bulunup fizyoterapi, zihinsel eğitim, psikoterapi ve konuşma terapisi gibi birçok hizmet verilmektedir. Merkeze kayıtlı 450 çocuk (SP, down sendromlu, vb.) bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı iki merkezde de hemşirelik hizmeti bulunmamaktadır.

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

Özel Zeytin Dalı Fizyolight Rehabilitasyon Merkezi'nde Ekim- Aralık 2015 ayları arasında SP tanılı yaklaşık 40 çocuk, Özel Mavi Pusula Rehabilitasyon Merkezi'nde Ekim- Aralık 2015 ayları arasında yaklaşık 110

çocuk takip edilmiştir. Örnekleme 150 SP'li çocuğa bakım verenlerin alınması hedeflenmiştir. Örneklemin büyüklüğünü saptamada, STATA 13 bilgisayar programında Power analiz yapıp %20 hata payında 130 bakım verene ulaşılmasının yeterli olduğu hesaplanmış ve çalışma 131 bakım verenle tamamlanmıştır.

Örnekleme alınma kriterleri;

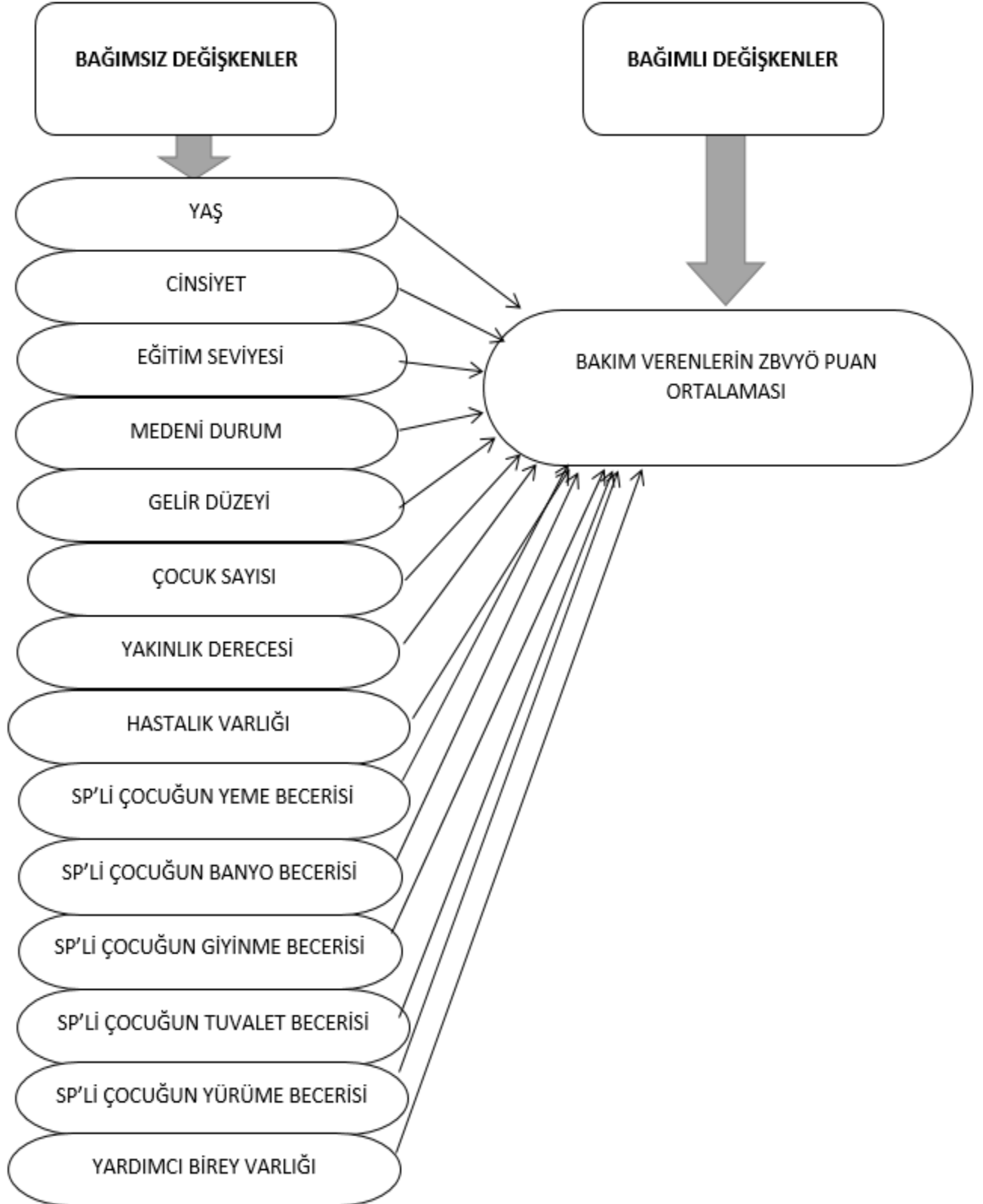
- Çocukların en az bir yıldır SP tanısı ile izleniyor olması,
- Bakım verenlerin primer olarak ilgilenen bakım verenler olmasıdır.

Dışlama kriterleri;

- Çocukların bir yıldan az süreyle serebral palsi tanısı ile izleniyor olması.

Araştırmanın örneklemine 07.06.2016 ve 27.07.2016 tarihleri arasında merkezlere başvuran 131 bakım veren dahil edilmiştir. Bakım verilere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilmiş ve katılmayı isteyen annelerden sözlü onam alınmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri



### **3.5. Verilerin Toplanması**

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

##### **3.5.1.1. Sosyodemografik Anket Formu**

Anket formu, bakım verenin demografik özellikleri, çocuğun öz bakım yeteneğini belirlemek amacıyla literatür taranarak oluşturulmuştur. Anket formunda; bakım verenin yaşı, medeni durumu, eğitimi, ekonomik durumu, mesleği ve sosyal güvencesi gibi 13 demografik sorunun yanısıra çocuğun günlük temel aktivitelerdeki öz bakım yeteneğini sorgulayan 1 soru ile toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

##### **3.5.1.2. Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği**

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Zarit, Reeve ve Bach-Peterson, 1980). Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir (Chou ve ark., 2003). Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla (0), nadiren (1), bazen (2), oldukça sık (3), ya da hemen her zaman(4) şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir (Zarit, S.H., Zarit, J.M., 1990). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan 0-21 puan alanların bakım yükü olmadığı, 21-40 puan alanların orta derecede yükü olduğu, 41-60 puan alanların orta ve ciddi yükü olduğu, 61-88 puan ise ciddi yükü olduğunu belirtmektedir (Özmen, 2013; Özer, Yurttaş, Çevik Akyıl, 2012). Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Chou ve ark., 2003). Yapılan çalışmalarda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.87 ile 0.94 arasında bulunmuştur (Arai ve ark., 1997; Arai ve Washi 1999; Scazufca 2002; Taub ve ark, 2004; Yoon ve Robinson 2005). İnci (2006) tarafından yapılan

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0.91 olduğu ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasıyla benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

### **3.5.2. Pilot Uygulama**

Hazırlanmış olan veri toplama formunun uygulanabilirliğini belirlemek amacıyla gerekli izinler alındıktan sonra, ön uygulama 07.06.2016 tarihinde Özel Mavi Pusula Rehabilitasyon Merkezi, 08.06.2016 tarihinde Özel Zeytindalı Fizyolight Rehabilitasyon Merkezi'nde, 10 bakım veren üzerinde uygulanmıştır. Ön uygulamada anket formu ve ölçek formuyla ilgili sorun yaşanmamıştır. Sorular pilot çalışmaya katılan bireyler tarafından kolay anlaşılabilir bulunmuştur, sorularda herhangi bir değişim yapılmamıştır. Pilot uygulamaya alınan toplam 10 bakım veren araştırma kapsamına alınmamıştır.

### **3.5.3. Verilerin Toplanması**

Veriler 07.06.2016 ve 27.07.2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Bilgilerin gizliliği ve ortamın uygunluğu sağlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlere, araştırmacı tarafından veri toplama araçları konusunda bilgi verilmiştir. Anket formu ve Zarit bakım veren yükü ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

### **3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 23. bilgisayar programında yapılmıştır. Verilerin analizlerinde tanımlayıcı istatistikler yanı sıra ANOVA, t testi ve regresyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



### **3.5.5. Araştırma Etiği**

Araştırma uygulanmadan 6nce, Koç Üniversitesi Etik Kurulun'dan yazılı izin alınmıştır (Ek 4). Ayrıca araştırmanın yapılacağı kurumlardan da yazılı izinler alınmıştır (Ek 5 ve Ek 6). Araştırmaya g6n6ll6 olarak katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alınmıştır (Ek 3). Araştırmaya katılan bakım verenlere, kendilerinden alınan kişisel bilgilerin başka kimseye s6ylenmeyeceği belirtilmiş ve "gizlilik" ilkesine bağlı kalınarak g6venleri sağlanmıştır.

### **3.5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma 07.06.2016- 27.07.2016 tarihleri arasında 6zel Zeytindalı Fizyolight Rehabilitasyon Merkezi ve 6zel Mavi Pusula Rehabilitasyon Merkezi'nde rehabilitasyon için takip edilen SP tanılı çocukların bakım veren bakım vericilere genellenebilir.

#### 4. BULGULAR

SP'li çocuklara bakım verenlerin bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmanın bu bölümünde araştırma sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 4.1:** Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=131)

Özellikler		Sayı	Yüzde
Yaş	<30	34	26,0
	30 - 39	60	45,8
	>=40	37	28,2
Cinsiyet	Erkek	16	12,2
	Kadin	115	87,8
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil, Okur Yazar	10	7,6
	İlkokul	55	42,0
	Ortaokul	41	31,3
	Lise ve üzeri	25	19,1
Medeni Durum	Evli	127	96,9
	Bekar	4	3,1
Gelir Düzeyi	Gelir gidere göre az	40	30,5
	Gelir ve gider eşit, gelir gidere göre çok	91	69,5
Sosyal Güvence	Yeşil Kart	8	6,1
	SSK	117	89,3
	Bağ-kur	6	4,6
Çocuk Sayısı	1	48	36,6
	2	56	42,7
	>2	27	20,6
Yakınlık Derecesi	Anne	111	84,7
	Baba	16	12,2
	Diğer	4	3,1

**Tablo4.1 (devam) : Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=131)**

Özellikler		Sayı	Yüzde
<b>Bakım Veren Bireyin</b>	Hayır	95	72,3
<b>Hastalık Varlığı</b>	Evet	35	26,7
<b>SP'li Çocuğun Yeme</b>	Bağımsız	69	52,7
<b>İçme Becerisi</b>	Yardımcı Araçlarla	1	0,8
	Başkalarının Yardımıyla	43	32,8
	Tamamen Bağımlı	18	13,7
<b>SP'li Çocuğun Banyo</b>	Bağımsız	14	10,7
<b>Becerisi</b>	Başkalarının Yardımıyla	89	67,9
	Tamamen Bağımlı	28	21,4
<b>SP'li Çocuğun Giyinme</b>			
<b>Becerisi</b>	Bağımsız	41	31,3
	Başkalarının Yardımıyla	64	48,9
	Tamamen Bağımlı	26	19,8
<b>SP'li Çocuğun Tuvalet</b>			
<b>İhtiyacını Karşılama</b>	Bağımsız	42	32,1
<b>Becerisi</b>	Başkalarının Yardımıyla	63	48,1
	Tamamen Bağımlı	26	19,8
<b>SP'li Çocuğun Yürüme</b>	Bağımsız	43	32,8
<b>Becerisi</b>	Yardımcı Araçlarla	15	11,5
	Başkalarının Yardımıyla	45	34,4
	Tamamen Bağımlı	28	21,3
<b>Bakım Verene Yardımcı</b>	Yok	90	68,7
<b>Olan Birey Varlığı</b>	Var	41	31,3

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri incelediğinde, bakım verenlerin %45,8'inin 30 ile 39 yaş arasında, %87,8'unun kadın, %42'sinin ilköğretim mezunu, %96,9'unun evli, %69,5'inin gelirinin giderlerine eşit/fazla olduğu bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin; %89,3'ünün sosyal güvencesinin SSK olduğu, ve %42,7'sinin 2 çocuk sahibi olduğu, %84,7'sinin anne, %10,7'sinin sigara kullanımının bulunduğu ve %72,3'nün hastalığa sahip olmadığı belirlenmiştir.

Bakım verenlerin bakımlarını üstlendikleri bireylerin %52,7'si yemeğini, %10,7'sinin banyo ihtiyacını, %31,3'ünün giyinme ihtiyaçlarını, %32,1'inin tuvalet ihtiyacını, %32,8'nin yürümeyi bağımsız olarak yapabildikleri, diğer bireyler ise tüm bu günlük aktiviteleri yardımcı araçlarla veya başkalarının yardımlarıyla yapabildiği ya da tamamen bağımlı olduğu bulunmuştur.

Bakım verenlerin bakım verme konusunda onlara yardımcı olan bireyin olup olmadığı incelendiğinde; %68,7 kişinin bakımı tek başına üstlendiği, %31,3'ünün ise yardımcı bir bireyle bakım hizmeti verdiği bulunmuştur (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2:** Serebral Palsi Tanısı Almış Çocuklara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Dağılımı

Puan	Ölçekten Alınan En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Ölçekten Alınan Puan Ortalamaları X±SS
<b>ZBYÖ (0-88)</b>	16-70	46,57±13,43

ZBYÖ'nden alınan en düşük ve en yüksek puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde bakım verenlerin ZBYÖ' inden en düşük 16, en yüksek 70 puan aldıkları, puan ortalamasının 46,57±13,43 ve bakım yüklerinin orta ve ciddi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3:** Zarif Bakım Veren Yüğü Ölçeği Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılıımı

	<b>Min- Max Puan</b>	<b>Ortalama ± S.S</b>
1. İhtiyacından fazla yardım istediğini düşünme	0-4	2,93±1,04
2. Kendine zaman ayıramadığını düşünme	0-4	2,24±1,20
3. Aile-iş sorumluluklarında zorlanma	0-4	2,09±1,12
4. Davranışlarından rahatsız olma	0-4	0,98±1,20
5. Yanındayken kızgın hissetme	0-4	0,67±1,05
6. Arkadaş ilişkisini olumsuz yönde etkilediğini düşünme	0-4	1,53±1,08
7. Geleceğin yakınlarına getirebileceklerinden korkma	0-4	3,34±1,11
8. Yakınlarının kendilerine bağımlı olduğunu düşünme	1-4	3,53±0,69
9. Yanındayken kendini gergin hissetme	0-4	1,40±1,15
10. Sağlığını bozduğunu düşünme	0-4	1,29±1,15
11. Özel hayatını istediği gibi yaşayamadığını düşünme	0-4	2,05±1,07
12. Sosyal yaşamının etkilendiğini düşünme	0-4	1,95±1,09
13. Rahatça arkadaş edinemediğini düşünme	0-4	1,38±1,15
14. Kendilerini tek dayanak olarak görmesi ve ilgi beklediğini düşünmesi	0-4	3,40±0,87
15. Harcamalardan kalan paranın bakım için yetersiz olduğunu düşünme	0-4	2,51±1,06
16. Bakım vermeyi daha fazla sürdürmeyeceğini hissetme	0-4	1,25±1,13
17. Yakını hasta olduğu zaman yaşamının kontrolünü kaybettiğini düşünme	0-4	1,18±1,18
18. Bakımı bir başkasının üstlenmesini isteme	0-4	1,50±1,13
19. Yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşama	0-4	2,85±1,05
20. Daha fazlasını yapmak zorunda olduğunu düşünme	1-4	3,54±0,67
21. Yapabileceği işin en iyisini yaptığını düşünme	1-4	2,84±0,75
22. Bakım sırasında genellikle yaşanan güçlük	0-4	2,13±0,91

ZBVYÖ maddelerinin puan ortalamaları incelendiğinde; bakım verenlerin, geleceğin çocuklarına getirebileceklerinden korktukları, çocuklarının kendilerine bağımlı olduğunu düşündükleri, çocukları için daha fazlasını yapmak zorunda olduklarını düşündükleri ve çocuklarının kendilerini tek dayanak olarak görüp yardım beklediklerini düşündükleri soruların puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Çocuklarının yanındayken kendilerini rahatsız olma ve kızgın hissetmeleriyle ilgili soruların en düşük puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır.

**Tablo4.4 (devam) : Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>Puan Ortalaması X ± SS</b>	<b>Test ve p değeri</b>
<b>Yaş</b>		
30 yaş altı	44,29±13,04	F=1,26
30 - 39	46,20±14,15	p=0,29
40 yaş ve üstü	49,27±12,45	
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	43,38±14,11	t=-0,69
Kadın	46,78±13,42	p=0,49
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur Yazar Değil, Okur Yazar	58,20±08,09	F=7,48
İlkokul	48,34±12,65	p=0,00*
Ortaokul	46,80±14,34	
Lise ve üzeri	37,64±10,16	
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	46,86±13,16	t=1,38
Bekar	37,50±20,86	p=0,17
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelir gidere göre az	49,70±12,68	F=1,68
Gelir-gider eşit, gelir gidere göre çok	45,19±13,59	p=0,08
<b>Çocuk Sayısı</b>		
1 çocuk	43,08±12,87	F=5,04
2 çocuk	46,45±13,82	p=0,01*
2'den fazla çocuk	53,04±11,53	
<b>Yakınlık Derecesi</b>		
Anne	47,28±13,18	F=1,38
Baba	43,94±13,08	p=0,26
Diğer	37,50±20,86	

**Tablo4.4:** : Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>Puan Ortalaması X ± SS</b>	<b>Test ve p değeri</b>
<b>Yaş</b>		
30 yaş altı	44,29±13,04	F=1,26
30 - 39	46,20±14,15	p=0,29
40 yaş ve üstü	49,27±12,45	
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	43,38±14,11	t=-0,69
Kadın	46,78±13,42	p=0,49
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur Yazar Değil, Okur Yazar	58,20±08,09	F=7,48
İlkokul	48,34±12,65	p=0,00*
Ortaokul	46,80±14,34	
Lise ve üzeri	37,64±10,16	
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	46,86±13,16	t=1,38
Bekar	37,50±20,86	p=0,17
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelir gidere göre az	49,70±12,68	F=1,68
Gelir-gider eşit, gelir gidere göre çok	45,19±13,59	p=0,08
<b>Çocuk Sayısı</b>		
1 çocuk	43,08±12,87	F=5,04
2 çocuk	46,45±13,82	p=0,01*
2'den fazla çocuk	53,04±11,53	
<b>Yakınlık Derecesi</b>		
Anne	47,28±13,18	F=1,38
Baba	43,94±13,08	p=0,26
Diğer	37,50±20,86	

Bakım verenlerin demografik özellikleri ile ZBYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 40 ve üzeri yaş grubunda olan bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalamalarının (49,27±12,45) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin yaş durumu ile ZBYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Kadın bakım veren hasta yakınlarının ZBYÖ puan ortalamasının (46,78±13,42), erkek bakım verenlere (43,38±14,11) göre daha yüksek olduğu cinsiyet ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Okuryazar olan bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalamalarının (58,63 ±9,02) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Bakım verenlerin eğitim durumu ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Eğitim durumlarına göre toplam ölçek puanı farklılaşmakta olup en düşük puan ortalaması sırasıyla lise mezunu (36,90±10,44) ve üniversite mezunu (41,50±8,74) bireyler olduğu, en yüksek puan ortalaması sırasıyla okur yazar (58,63±9,02) ve okur yazar olmayan (56,50±3,54) bireylere ait olduğu ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur( $p<0.05$ ).

Evli olan bakım verenlerin puan ortalamalarının (46,86±13,16) bekar olanlara (37,50±20,86) göre daha yüksek olduğu saptanmış ve bakım verenlerin medeni durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Gelir düzeyleri düşük olan bakım verenlerin puan ortalamalarının (49,70±12,68) gelir düzeyi grupları arasında en yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Çocuk sayısı arttıkça ZBVYÖ puanı arttığı, 2'den fazla çocuğu olanların puan ortalamalarının (53,04±11,53) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Yakınlık derecesi ile bakım yükü kıyaslandığında annelerin bakım yüküyle (47,28±13,18) babaların bakım yükünün (43,94±13,08) benzer olduğu



bulunmuştur. Yakınlık derecesi ile ZBVYÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

Sigara kullanımı olmayanların ( $47,23\pm13,54$ ) olanlara ( $41,07\pm11,53$ ) göre puan ortalamalarının yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Herhangi bir hastalığa sahip olan bakım verenlerin ( $50,80\pm13,55$ ) olmayanlara ( $45,32\pm12,89$ ) göre puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

SP'li çocuğun günlük aktivitelerine ( yemek yeme, banyo, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme, yürüme) göre puan ortalamaları incelendiğinde, başkalarının yardımıyla yemek yiyebilen çocukların bakım verenlerinin puan ortalamasının  $52,86\pm12,57$ , başkalarının yardımıyla banyo ihtiyacını karşılayan çocukların bakım verenlerinin puan ortalamasının  $48,67\pm12,53$ , başkalarının yardımıyla giyinme ihtiyacını karşılayan çocukların bakım verenlerinin puan ortalamasının  $50,98\pm12,59$ , başkalarının yardımıyla tuvalet ihtiyacını karşılayan çocukların bakım verenlerinin puan ortalamasının  $51,32\pm12,13$ , başkalarının yardımıyla yürüme ihtiyacını karşılayan çocukların bakım verenlerinin puan ortalamasının  $52,60\pm11,48$  olduğu ve tüm bu günlük aktiviteler için diğer gruplar arasında en yüksek ortalamaların başkalarının yardımıyla yapabilen çocukların bakım verenlerinin puan ortalamaları olduğu görülmüştür. SP'li çocuğun günlük aktivitelerini karşılayabilme becerisi ile bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Bakımda kendilerine yardımcı olacak alternatif bireye sahip olan bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalamasının ( $44,65\pm14,05$ ) olmayan bakım verenlerin ortalamasından ( $47,59\pm13,20$ ) düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.5.** Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörlerle İlgili Çoklu Regresyon Analizi

	$\beta$	Std. Hata	t testi	p	%95 Güven Düzeyinde		Önem Derecesi
					Alt Bant	Üst Bant	
<b>Sabit Terim</b>	18,00	10,47	1,72	0,09	-2,72	38,72	
<b>Eğitim</b>							0,30
Okur-yazar değil, Okur-yazar	12,96	4,35	2,98	0,00	4,34	21,5	
İlkokul, Ortaokul	8,83	2,44	3,62	0,00	4,00	8	
Lise, Üniversite	0,00					13,65	
<b>Bakım Veren Hastalık Varlığı</b>							0,10
Hayır	22,68	10,75	2,11	0,04	1,40	43,97	
Evet	23,86	10,90	2,19	0,03	2,29	45,43	
<b>SP'li Çocuğun Yeme Becerisi</b>							0,18
Yardımcı Araçla Başkasının Yardımıyla	-28,21	10,90	-2,59	0,01	-49,77	-6,64	
Bağımsız, Tamamen Bağımlı	3,16	2,15	1,47	0,14	-1,09	7,41	
<b>SP'li Çocuğun Banyo İhtiyacını Karşılama Becerisi</b>							0,14
Bağımsız	-9,20	3,49	-2,64	0,01	-16,11	-2,30	
Başkasının Yardımıyla, Tamamen Bağımlı	0,00						
<b>SP'li Çocuğun Yürüme Becerisi</b>							0,22
Bağımsız	-7,92	2,41	-3,28	0,00	-12,69	-3,15	
Yardımcı Araçla, Başkasının Yardımıyla, Tamamen Bağımlı	0,00						
	<b>R:</b>		62,69%		F test Sonuç: 11,006		
	<b>R<sup>2</sup>:</b>		39,30%		F test Olasılık değeri: 0.0001*		

Bakım veren yükünü yordamada ilgili faktörlerin katkılarını belirlemek amacıyla lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, çocuk sayısı, yakınlık derecesi, alkol-sigara, hastalık varlığı, SP'li çocuğun özbakım yetenekleri ve

yardımcı birey varlığı) Forward Stepwise modeli kullanılarak çoklu regresyon analizine alınmış ve analiz sonucunda beş değişken modelde kalmıştır (Tablo4.5).

Bu beş değişken bakım verenlerin yükünün %39,3'ünü açıklamaktadır. ZBVYÖ puanı eğitim seviyesi düşük, günlük aktivitelerini (yemek yeme, banyo ihtiyacını karşılama ve yürüme) başkalarının yardımıyla gerçekleştiren SP'li çocuklara sahip ve herhangi bir hastalığı olan bakım verenlerde daha yüksek bulunmuştur. Bakım yükünü etkileyen en önemli değişkenler, bakım verenin eğitim seviyesi, hasta olup olmaması ve SP'li çocuğun yemek yeme, banyo ihtiyacını karşılama ve yürüme becerisidir. (Tablo4.5).

Bireylerin eğitim durumlarına baktığımızda okur yazar olmayan ve okur yazar olan bireylerin katsayısı (12.96) en yüksek çıkmış olup, bu grupta yer alan bireylerin toplam ölçek puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. İlkokul ve ortaokul eğitim düzeyindeki bireyler (8.83) ise ikinci en yüksek katsayıya sahip bireyler olarak bulunmuştur. Lise ve üniversite eğitim düzeyindeki bireylerin ise durumu nötr olduğu görülmüştür. Bu durumda eğitim seviyesi düşük olan bireylerin toplam ölçek puanları daha yüksek olduğu, eğitim seviyesi arttıkça toplam ölçek puanlarında azalma meydana geldiği görülmektedir. Önem derecesi ise %30 olup toplam ölçek puanı üzerinde en etkili değişkendir (Tablo4.5).

Bakım veren bireylerin hasta olup olmaması da toplam ölçek puanı üzerinde etkili olup hastalığı olan bireylerde katsayı olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu durumda hastalığı olan bireylerde toplam ölçek puanı daha yüksek çıkmaktadır. Değişkenin önem derecesi ise %10 olarak bulunmuştur.

SP'li çocuğun özbakım yeteneklerinden yemek yeme becerisi toplam ölçek puanı üzerinde etkili olup yardımcı araçla ihtiyacını karşılayan bireylerin, birey yakınlarında katsayısı negatif çıkmıştır. Bu durumda yardımcı araçla

(beslenme tüpü) yeme-içme ihtiyaını gideren bireylerin, bakım verenlerinin toplam ölçek puan daha düşük çıkmakta olup, başkasının yardımıyla yeme-içme ihtiyaını gideren bireylerde ise toplam ölçek puanı arttığı görülmektedir. Bu değişken %18 önem derecesiyle modelde kalmıştır.

ZBYY  puanına etki eden bir diğer değişken ise SP'li çocuğun  zbakım yeteneklerinden banyo becerisidir. Bağımsız olarak banyo ihtiyaını karşılayan çocukların bakım verenlerinde etkileme katsayısı negatif çıkmıştır. Bağımsız şekilde banyo ihtiyaını gideren çocukların bakım verenlerinin toplam ölçek puanı daha düşük çıkmakta olup, diğer gruplarda toplam ölçek puanını etkileme durumu nötr olduğu bulunmuştur. Değişkenin önem derecesi ise %14 olarak hesaplanmıştır.

SP'li çocuğun  zbakım yeteneklerinden yürüme becerisi toplam ölçek puanı üzerinde etkili olup bağımsız olarak ihtiyaını karşılayan çocukların bakım verenlerinde etkileme katsayısı negatif çıkmıştır. Bağımsız şekilde yürüme ihtiyaını gideren SP'li çocukların bakım verenlerinin toplam ölçek puan daha düşük çıkmakta olup, bunun dışında tüm durumlarda toplam ölçek puanı nötr olduğu saptanmıştır. Yürüme ihtiyaını bağımsız şekilde yerine getiren hastalarda, hasta yakınlarının toplam ölçek puanları düşecektir. Yürüme becerisinin %22 önem derecesiyle ikinci önemli değişkendir (Tablo4.5).

## 5. TARTIŞMA

SP'li hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılarak aşağıda sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin ZBVYÖ'nden alınan en düşük ve en yüksek puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde bakım verenlerin ZBYÖ' inden en düşük 16, en yüksek 70 puan aldıkları ve puan ortalamalarının  $46,57 \pm 13,43$  ve bakım yüklerinin orta ciddi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Demiral (2016) tarafından yapılan SP'li çocukların annelerinin ortopedik girişim öncesi ve sonrası bakım yükünün belirlenmesi ile ilgili çalışmada ameliyat öncesi ZBVYÖ puan ortalaması ( $29,24 \pm 11,44$ ) bizim çalışmamıza göre düşük olduğu bulunmuş ve bu durumun SP'nin tipi ve derecesinin farklılığından kaynaklabileceği düşünülmüştür. Karahan ve İslam'ın (2013) fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalarda bakım verme yükü üzerine yaptığı çalışmada SP'li çocuğu olan annelerin bakım veren yükünün ( $40,70 \pm 6,90$ ) orta düzeyde, Wijesinghe ve arkadaşlarının (2015) Sri Lanka'da yapmış olduğu SP'li çocuklarda bakım veren yüküne etki eden faktörlerin incelenmesinde bakım veren yükünü değerlendirmek için "Caregiver Difficulties Scale" ölçeğini kullanmışlar ve bakım veren yükü puan ortalaması  $48,2 \pm 17,6$  (min:0-max:100) ve bakım verenlerin hissettikleri yük orta derecede bulunmuştur. SP'li çocuğa bakım vermek zor olup, bakım verenlerin yüklerinin orta düzeyde ve üstünde olması bizim çalışma bulgularımıza paralellik göstermektedir.

Bakım verenlerin demografik özellikleri ile ZBYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 40 ve üzeri yaş grubunda olan bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalamalarının ( $49,27 \pm 12,45$ ) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin yaşları ile bakım yükleri arasında istatistiksel fark olmasa da yaş arttıkça bakım yükleri de artmaktadır. Bakım verme yükünde anlamlı bir fark olmaması, çalışmanın örneklemini oluşturan

bakım verenlerin yaş ortalamalarının birbirine yakın ve yaşlılık sınırının (65 yaş) altında olmasının etkili olabileceği düşünülmüştür. Dambi ve arkadaşlarının (2015) serebral palsili çocuklarla ilgili yapmış olduğu çalışmada da, bakım veren yaşının bakım esnasında zorlanma ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuş ve bu açıdan çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

ZBVYÖ' nden elde edilen puan ortalaması cinsiyet yönünden incelendiğinde erkek ya da kadın olmanın puan ortalamalarında etkili olmadığı belirlenmiştir. Serebral Palsili çocuğun yakınlık derecesi ile bakım yükü arasında istatistiksel fark olmamasına rağmen annelerinin bakım yükü, babaların bakım yükünden yüksek bulunmuştur. Dambi ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışma bizim sonuçlarımızı destekler nitelikte bulunmuştur. Türk toplumunda geleneksel hasta bakımından kadınlar sorumludur. Bu çalışmada da bakım verenlerin çoğu kadın (%87,8) ve anne (84,7) olup, erkek ve babalara göre bakım yükleri daha fazladır. Cinsiyet ile bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da kadınların yükleri fazla bulunmuştur. Bu sonuç, araştırmaya katılan erkek sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda okuma yazma bilmeyen ve sadece okuma yazma bilen bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalamalarının (58,20±08,09) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Lojistik regresyon analizinde de bakım veren yükünü etkileyen en önemli etken olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Demiral'ın (2016) yaptığı çalışmada SP'li çocukların bakım verenlerinin çocuklarının ameliyat öncesi dönemde eğitim durumu incelendiğinde ilkokul/ortaokul mezunu annelerin ZBVYÖ puan ortalamasının lise/üniversite mezunu annelere göre daha düşük çıktığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bizim çalışmamızda eğitim seviyesi düştükçe bakım veren yükü artmasına karşın Demiral'ın çalışmasında eğitim seviyesi düştükçe bakım veren yükünün düştüğü bulunmuştur. Dambi ve arkadaşlarının (2015) yapmış

olduğu çalışmada bakım verenlerin eğitim durumuyla bakım verme sırasında zorlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu açıdan bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda oluşturduğumuz modelde eğitim seviyesinin önem derecesi %30 olup toplam ölçek puanı üzerinde en etkili değişkendir (Tablo4.5). Wijesinghe ve ark.'nın (2015) yapmış olduğu çalışmada sundukları modelde eğitim seviyesinin yüke etki eden bir faktör olmadığı bulunmuştur ve bizim araştırmamızın sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Sonuçlarımızın yapılan çalışmalardan farklı olmasının, çalışmamıza katılan sosyokültürel düzeyi ve eğitim seviyesi düşük olan bakım verenlerin hastalıkla ve tedaviyle ilgili bilgi eksikliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda evli olan bakım verenlerin puan ortalamasının ( $46,86 \pm 13,16$ ) bekar olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunması araştırmaya katılanların az oranda bekar olmasından kaynaklanmış olabilir. Demiral'ın (2016) yapmış olduğu çalışmada boşanmış annelerin bakım yükleri evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Evli, bekar veya boşanmış olmanın kişiye getirdiği sorumluluklar farklı olmaktadır. Evli bakım verenlerin sorumluluğu bekar olanlara göre daha yüksektir. Aynı şekilde boşanmış anneler, babanın sorumluluğunu da üstlendiği için evli ve bekar olan bakım verenlere göre yüklerinin daha fazladır. İki çalışma bu açıdan paralellik göstermektedir.

Gelir düzeyleri düşük olan bakım verenlerin puan ortalamasının gelir-gider eşit ve yüksek olan bakım verenlerin puan ortalamasına göre yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.4). Wijesinghe ve arkadaşlarının (2015) ve Mu'ala ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada düşük gelir düzeyinin bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden biri olduğu bulunmuştur ve bu açıdan bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın çalışmamıza katılan bakım verenlerin gelir durumu açısından oluşturulan gruptaki dağılımının yüzdesel olarak farkın büyük olmasının etkisi olabilir.

Çocuk sayısı arttıkça ZBVYÖ puanı arttığı, 2'den fazla çocuğu olanların puan ortalamalarının (53,04±11,53) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Demiral'in (2015) çalışmasında, ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça SP'li çocukların ameliyat öncesindeki bakım veren yükünün arttığı görülmüştür. Demiral'in yapmış olduğu çalışma bizim çalışmamızdaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Çocuk sayısı arttıkça bakım yükünün artmasında bakım verenlerin zamanının çoğunu SP'li çocuğunun bakımı için harcaması ve diğer sağlıklı olan çocuklarının kendilerini önemsiz hissetmemesi için bakım verme rolünden kalan zamanı onlarla geçirmek istemeleri, dolayısıyla kendilerine vakit ayıramamalarının etkisi olabilir.

Herhangi bir hastalığa sahip olan bakım verenlerin (50,80±13,55) olmayanlara (45,32±12,89) göre puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bakım verenlerin sahip olduğu hastalığın kendilerine vermiş olduğu bir yük bulunmaktadır. Herhangi bir hastalığa sahip bakım verenlerin bakım yükünün sağlıklı bireylere göre daha yüksek olmasının nedeni bakım verenlerin hastalıklarının kendilerine vermiş olduğu yükten kaynaklanabilir.

SP'li çocuğun günlük aktivitelerine (yemek yeme, banyo, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme, yürüme) göre puan ortalamaları incelendiğinde, başkalarının yardımıyla yemek yiyebilen, banyo, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılayan ve yürüyebilen çocukların bakım verenlerinin puan ortalamasını tüm bu günlük aktiviteler için diğer gruplar arasında en yüksek bakım yüküne sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.4).

SP'li çocuğun günlük aktivitelerini karşılayabilme becerisi ile bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Lojistik regresyon analizinde günlük aktivitelerini karşılama becerilerinden yemek yeme, banyo ihtiyacını karşılama ve yürümeyi başkasının yardımıyla gerçekleştiren SP'li çocuklara bakım veren



bireylerin bakım yükü en yüksek bulunmuş ve bu aktivitelerdeki bağımlılık durumu bakım yüküne etki eden faktörler olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

Wijesinghe ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada oluşturdukları regresyon modelinde düşük gelir sahibi olma, kırsal alanda yaşama, SP'li çocuğun erkek olması, engellilik durumu, eş desteği ve sosyal destek bakım veren yükünün %37.1'ni açıklamaktadır. Bizim çalışmamızdaki modelde Wijesinghe ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmayla ortak olarak çocuğun engellilik durumunun bakım veren yükünü etkilediği bulunmuştur. Modelimizde önem derecesine göre sırayla, yürüme becerisi, yemek yeme becerisi ve banyo ihtiyacını karşılama becerisi bakım yükünü yordayan önemli faktörler olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Marron ve arkadaşlarının (2012) ve Mu'ala ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmalarda sundukları regresyon modellerinde de çocuğun engellilik durumu yüke etki eden faktörlerden biri olarak bulunmuştur. Bu çalışmalar bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Bakımda kendilerine yardımcı olacak alternatif bireye sahip olan bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalamasının ( $44,65 \pm 14,05$ ) olmayan bakım verenlerin ortalamasından ( $47,59 \pm 13,20$ ) düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.4). Bakım veren kişiye yardımcı olacak alternatif bireyin var olup olmaması ve bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen desteğe sahip olmayan bakım verenlerin bakım yükü sahip olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Wijesinghe ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada bakım veren bireye destek olan bireyin olmasıyla bakım veren yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ve bizim çalışmamızın sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Bu farklılık çalışmaya katılan, kendilerine yardımcı olacak alternatif bireye sahip bakım verenlerin sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu çalışmada serebral palsili çocukların bakım veren yüküne etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla 131 bakım veren üzerinde çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda;

- SP'li çocuklara bakım veren bireylerin bakım yükünün ( $46,57 \pm 13,43$ ) orta ve ciddi düzeyde olduğu,
- Bakım verenlerin eğitim seviyesi düşük olanların, yüksek olanlara göre bakım veren yükünün fazla olduğu,
- Bakım veren bireylerin çocuk sayısı arttıkça bakım veren yükünün arttığı,
- Bakım veren bireyin herhangi bir hastalığının olmasının bakım yükünü arttıran bir faktör olduğu,
- SP'li çocuğun özbakım becerilerini(yemek yeme, banyo ihtiyacını karşılama, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılama ve yürüme) başkaları yardımıyla gidermesi bakım veren yükünü arttıran faktörler olduğu,
- Eğitim seviyesi düşük, herhangi bir hastalığa sahip olan ve yemek yeme, banyo, ve yürümeyi başkası yardımıyla gerçekleştiren SP'li çocuğa bakım veren bireylerin bakım yükü en yüksek bakım verenler olduğu bulunmuştur.
- Bakım yükü ile yaş, cinsiyet, yakınlık derecesi, medeni durum, gelir düzeyi, sigara kullanımı ve bakım veren bireye yardımcı olacak alternatif bakım verenin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bu sonuçlara dayanarak;

- Bakım yükünü azaltmak için sosyal destek sağlanması konusunda hemşirelerin bakım veren bireylere danışmanlık yapması,
- Bakım verenlerin hissettikleri yükü azaltmak ve aile bireylerinin tümünü bakıma dahil edebilmek için programlar düzenlenmesi,
- Çocuğun bağımlılık düzeyini en aza indirebilmek için erken dönemde eğitimlerinin verilmesi için ailenin bilgilendirilmesi, toplumsal farkındalığı arttırmak için kampanyalar yapılması,

- SP'li çocuğa bakım veren bireylerin hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri ölçölüp sonrasında bu konuyla ilgili uygulamalı eğitimler verilmesi,
- Bakım verme nedeniyle yaşadıkları stres belirlenip, başa çıkabilmeleri için “stresle başa çıkma” eğitimleri verilmesi,
- Daha büyük örneklemlerle bakım yüküne etki eden etmenlerin farklı popölasyonlarla çalışılması önerilir.



## 7. KAYNAKLAR

Akandere M, Acar M, Baştuğ G. Zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip anne ve babaların yaşam doyumunu ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009;22:23-32.

Akın, A., Demirel, S. (2003) Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4): 73-82.

Allender, J. A. and Spradley, B. W. (2001) Clients In Home Health, Hospice, and Long-Term Settings, Community Health Nursing Concepsts and Practice. Lippincott, s739-753.

Altun, İ. (1998) Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolnde Zorlanma Durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, s. 71-78.

Anderson, L.S., Riesch, S.K., Pridham, K.A., Lutz, K.F. ve Becker, P.T. (2010). Furthering the understanding of parent-child relationships: A nursing scholarship review series. Part 4: Parent-child relationships at risk. J Spec Pediatr Nurs., 15 (2), 111–134.

Arai, Y. and Washio, M. (1999) Burden Felt By Family Caring For The Elderly Members Needing Care In Southern Japan. AgingveMental Health, 3(2):158-164.

Arai, Y., Kudo, K., Hosokawa, T. et al (1997) Reliability and Validity of the Japanese Version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry Clin. Neurosci. 51(5):281-288.

Armento M. Disabled Children. In: DeLisa JA, Gans BM, Walsh NE, editors. Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice. Philadelphia: Lippincott Williams-Wilkins, 2007:1493-518.

Atagün M., Balaban Ö., Atagün Z. Ve ark.(2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 3(3):513-552.

Atam, A. (2009). Serebral Palsili Çocuğu Olan Ve Olmayan Annelerin Evlilik Yaşantılarında Algıladıkları Doyum ve Evliliklerinde Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Ayyıldız T, Konuk Şeker D, Kulakçı H, ve ark. Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin stresle baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012;11(2):1-12.

Bahar A, Bahar G, Savaş HA, ve ark. Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle basa çıkma tarzlarının belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(11):97-112

Bax M., Rosenbaum P. ve Goldstein M. (2005). Proposed Definition And Classification Of Cerebral Palsi. Developmental Medicine ve Child Neurology, 47, 571-576.

Bilge, A. ve ark. (2014). Engelli Yakınlarına Verilen “Stresle Başetme ve Yaşam Doyumunu Arttırma” Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;3(1).

Bilgili, N. (2000) Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 82s.

Bilgin, S., Gozum, S. (2009). Reducing burnout in mothers with intellectually disabled child: An education programme. Journal of Advanced Nursing, 65: 2552-2561.

Blair, E. (2010). Epidemiology of the Cerebral Palsies. Orthop Clin N Am, 41,441–455.

Blair, E. ve Stanley, F. (2002). Causal Pathways To Cerebral Palsy. *Current Paediatrics*, 12, 179-185.

Board, R. ve Ryan-Wenger, N. (2002). Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. *Heart and Lung*, 31, 53-66.

Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified ashworth scale of muscle spasticity. *Pys. Ther*, 1987; 67(2):206-207.

Brehaut, J.C., Kohen, D.E., Raina, P., Walter, S.D., Russell, D.J. ve Swinton, M. ve diğeri. (2004). The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that of other Canadian caregivers? *Pediatrics*, 114, e182-e191.

Can,T. (2010). Bakas Caregiving Outcomes Scale'in (Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği) Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenirliliği. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Capio, C.M., Sit C.H.P., Abernethy, B. ve Masters, R.S.W. (2012). Fundamental movement skills and physical activity among children with and without cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities* 33, 1235–1241.

Chou K R, Chu H, Tseng C L, Lu R B, The measurement of caregiver burden.

Cogher L, Savage E and Smith M F. *Cerebral Palsy The Child and Young Person*. London, ChapmanveHall Medical, 1992.

Cole, G., Farmer, S., Roberts, A., Stewart, C. ve Patrick, J.H. Selective dorsal rhizotomy for children with cerebral palsy: the Oswestry experience. *Arch Dis Child* 2007; 92 (9), 781-785.

Çavusoglu H. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemsireliği*. Cilt 2. Genişletilmiş 7. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Basım yayın San. Ltd.Sti., 2002;359-361.

Çetinkaya, Z. ve Öz, F. (2000). Serebral Palsili Çocuğu Olan Annelerin Bilgi Gereksinimlerinin Karşılanmasına Planlı Bilgi Vermenin Etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4 (2), 44-51.

Çullu, E., 2012. Serebral Palsi. Çocuk ortopedisi. İstanbul:Ege Basım, sf 365-383.

Dambi, J.M., Jelsma, J. ve Mlambo, T. (2015). Caring for a child with Cerebral Palsy: The experience of Zimbabwean mothers. African Journal of Disability 4(1), Art. #168, 10 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/ajod.v4i1.168>

Deatrick, J.A., Knafl, K.A. ve Walsh, M. (1988). The process of parenting a child with a disability: normalization through accommodations. Journal of Advanced Nursing, 13 (1), 15–21.

Demiral, B. (2016). SP'li Çocukların Annelerinin Ortopedik Girişim Öncesi Ve Sonrası Bakım Yükünün Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul.

Dilek B., Batmaz İ., Karakoç M., ve ark. : Serebral palsili çocukların annelerinde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Marmara Medical Journal 2013; 26:94-8.

Dormans, J., Özaras, N., Sussman, M. ve Yalçın, S. (2000). Serebral Palsi Tedavi ve Rehabilitasyon, İstanbul: Mas Matbaacılık

Dursun N. Serebral Palsi. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun, editors. Tıbbi Rehabilitasyon. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004. p. 957- 74.

Ell K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection. Social Science ve Medicine, 42(2), 173-183.

Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49, 155-168.

Eriman, E.(2009). Serebral Palsili Çocukların Motor Ve Fonksiyonel Seviyeleri İle Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi.T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Fen Gau, S. S., Chiu, Y. N., Soong, W. T., Lee, M. B. (2008). Parental characteristics, parenting style, and behavioral problems among Chinese children with down syndrome, their siblings and controls in Taiwan. J Formos Med Assoc, 107: 693-703.

Fırat, S., Diler, R. S., Avcı, A., Şeydaoglu, G. (2002). Comparison of psychopathology in the mothers of autistic and mentally retarded children. J Korean Med Sci, 17: 679-85.

Given, B. A., Given, C. W., Kozachik, S., (2001) Family Support in Advanced Cancer. C. A. Cancer J. Clin., 51(4): 213-31.

Glasscok, R. (2000). A phenomenological study of the experience of being a mother of a child with cerebral palsy. Pediatr Nurs., 26(4), 407-10.

Himmelmann, K., Hagberg, G., Beckung, E., Hagberg, B. ve Uvebrant, P. (2005). The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. IX. Prevalence and origin in the birth-year period 1995–1998. Acta Pædiatrica, 94, 287–294.

İnci F. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Jacobsson, B. ve Hagberg, G. (2004). Antenatal Risk Factors For Cerebral Palsy. Best Practice ve Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 18 (3), 425–436.

Jarvis, S., Glinianaia, S.V., Torrioli, M.G., Platt, M.J., Miceli, M., Jouk, P.S.ve diğerleri. (2003). Cerebral palsy and intrauterine growth in single births: European collaborative study. The Lancet, 362, 1106-1111.



Jones M. ve Morgan E. (2007). Cerebral Palsi: Introduction And Diagnosis (Part 1). Journal Of Pediatric Health Care, 21, 146-152.

Karadağ G. Özel Gereksinimi Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşadığı Zorluklar ve Çözüm Önerileri. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014; 13(6):491-494

Karahan A., İslam S. Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. MÜSBED 2013;3(Suppl. 1):S1-S7.

Karahan, A. ve Güven, S. (2002) Yaşlılıkta Evde Bakım. Türk Geriatri Dergisi, 5 (4): 155–159.

Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., Takeuchi, R. (2000) Caregiver Burden and Burnout. Postgrad. Med., 108(7): 119-123.

Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. Çocuk Hastalıkları Hemsireliği. Düzeltilmiş 2. Baskı. İstanbul, Yüce Yayım,1998;362-375.

Kayıhan H. Serebral Paralizili Çocuk ve Bağımsız Yasam. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu yayınları 15, 1995; 1-7.

Kerimoğlu, G.(2012). Serebral Palsili Çocuğu Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Desteğin Anne Çocuk İlişkileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Keskin G, Bilge A, Engin E, ve ark. Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı, anne-baba tutumları ve başa çıkma stratejileri açısından değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010;11(1):30-37

Kobal G. Ortopedik Yetersizlikten Etkilenmiş Olan ve Sağlık Yetersizliği olan Çocuklar. Ataman A, Editör. Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş. 2.Baskı. Ankara, Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, 2005;361-387.

Kofler, M., Quirbach, E., Schauer, R., Singer, M. ve Saltuariet L. (2009). Limitations of intrathecal baclofen for spastic hemiparesis following stroke. *Neurorehabil Neural Repair*, 23, 26-31.

Koman, L.A., Paterson Smith, B. ve Shilt, J.S. (2004). Cerebral palsy. *The Lancet*, 363(9421), 1619 – 1631.

Krstić T, Oros M. Coping With Stress And Adaptation In Mothers Of Children With Cerebral Palsy. *Med Pregl* 2012; LXV (9-10): 373-377.

Levitt S. (2004). *Treatment Of Cerebral Palsi And Motor Delay*. (4.bs.). UK: Blackwell Publishing Ltd.

Livanelioğlu, A., Günel, M.K. 2009. *Serebral palside fizyoterapi*. Ankara: Yeni Özbek matbaası, ss 19-75

Mangone, C. A., Sanguinetti, R. M., Baumann, P. D., Gonzalez, R. C., Pereyra, S., Bozzola, F. G., Gorelick, P. B., Sica, R. E. (1993) Influence of feelings of burden on the caregiver's perception of the patient's functional status. *Dementia*, 4(5): 287-293.

Manuel, J., Naughton, M.J., Balkrishnan, R., Paterson Smith, B. ve Koman, A. (2003). Stress and Adaptation in Mothers of Children With Cerebral Palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (3), 197-201.

Marco, E., Duarte, E., Santos, J. F., Aguirrezabal, A., Morales, A., Belmonte, R., Muniesa, J. M., Tejero, M., Escalada, F. (2010) Loss of quality of life in family caregivers of stroke patients: An entity to be considered. *Rev. Calid. Asist.*,

Marron, E., Ripoll, D., Boixados, M. et al. Burden on Caregivers of Children with Cerebral Palsy: Predictors and Related Factors. *Universitas Psychologica* 2012; 12(3), 767-777.

McCance K L, Huether S E. Pathophysiology The Biologic Basis for Disease in Adults and Children. Second Edition. St. Louis, Mosby year Book, 1994;599-601.

Miller, B., Townsend, A., Carpenter, E., Montgomery, R.V.J., Stull, D. ve Young, R.F. (2001). Social Support and Caregiver Distress: A Replication Analysis. *Journal Of Gerontology: Social Sciences*, 56B(4), 249–256

Mirza, I., Tareen, A., Davidson, L. L., Rahman, A. (2009). Community management of intellectual disabilities in Pakistan: A mixed methods study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53: 559-570.

Molnar G.E., Alexander M.A.; *Pediatric Rehabilitation*; Hanley □ Belfus Inc.; 1999; 193-213

Montgomery JRJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relat* 1985; 34:19-26.

Moster, D., Wilcox, A.J., Vollset, S.E., Markestad, T. ve Lie, R.T. (2010). Cerebral Palsy Among Term and Postterm Births. *JAMA*, 304 ( 9), 976-982.

Mu'ala, E.A., Rabati, A., Shwani, S. (2008). Psychological Burden of a Child with Cerebral Palsy Upon Caregiver in Erbil Governorate. *The Iraqi Postgraduate Medical Journal*, 7(2), 129-134.

Murphy, N. ve Such-Neibar, T. (2003). Cerebral Palsy Diagnosis and Management: The State of the Art. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 33, 146-169.

Nacitarhan, S. (2005). Merkezimize Başvuran Güneydoğu Anadolu Bölgesi Serebral Palsili Çocukların Sosyoekonomik ve Demografik Özellikleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 32 (1) ,13-19.

Nelson, K.B. ve Chang,T. (2008). Is cerebral palsy preventable? *Curr Opin Neurol*, 21, 129–135.

Nordmark, E., Hagglund, G. ve Lagergren, J. (2001) Cerebral palsy in southern Sweden I. Prevalence and clinical features. *Acta Paediatr*, 90, 1271 – 1276.

O' Shea, M. (2008). Diagnosis, Treatment, and Prevention of Cerebral Palsy in Near-Term/Term Infants. *Clin Obstet Gynecol*, 51 (4), 816–828.

Odding E, Roebroek ME, Stam HJ. The epidemiology of cerebral palsy: Incidence, impairments and risk factors. *Disabil Rehabil* 2006; 28: 183 -91. doi:10.1080/09638280500158422

Örmeci, A.R., (2006). "Cerebral palsy" sempozyumu. 20 Mayıs 2006 Isparta, ss:19-31.

Özaras N, Yalçın S. Serebral Palsi ile Yaşamak. İstanbul, *Pediyatrik Ortopedi ve Rehabilitasyon Dizisi 4. Kitap*, 2001;1-36.

Özcan O., Arpacioğlu O., Turan B.; *Nörorehabilitasyon; ; Güneş ve Nobel Tıp Kitabevleri*; 2000; 137-484.

Özer N, Yurttaş A, Çevik Akyıl R. Psychometric evaluation of the Turkish version of the Zarit Burden Interview in family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics. *Journal of Transcultural Nursing*, 2012, 23: 6

Özmen, S. (2015). Multiple Sklerozlu Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, İstanbul.

Peker, F. (2007). Serebral palsi'li çocuğa sahip ailelerde algılanan sosyal desteğin anne babaların depresyon düzeyi ile ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Potts N L, Mandelco B L. *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*. United States of America, Delmar, 2002;271-1099.

Pueyo, R., Junqué, C. ve Vendrell, P. (2003). Neuropsychologic Differences Between Bilateral Dyskinetic and Spastic Cerebral Palsy. *J Child Neurol*, 18, 845- 850.

Raina P ve ark. The Health And Well-Being Of Caregivers Of Children With Cerebral Palsy. *Pediatrics* 2005 Jun; 115 (6): 626-36.

Reddihough DS and Collins KJ; The epidemiology and causes of cerebral palsy. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2003, 49: 7- 12

Rivera-Navarro, J., Benito-León, J., Oreja-Guevara, C., Pardo, J., Dib, W. B., Orts, E., Belló, M. (2009) Caregiver Quality of Life in Multiple Sclerosis (CAREQOL-MS) Study Group. Burden and health-related quality of life of Spanish caregivers of persons with multiple sclerosis. *Mult. Scler.*, 15(11): 1347-1355

Rosenbaum P., Paneth N., Leviton A. et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49:480.

Sade A, Otman A. Serebral Paralizi'de Degerlendirme ve Tedavi Yöntemleri. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu yayınları 7,1991; 1-53.

Sanger, T.D., Delgado, M.R., Gaebler-Spira, D., Hallett, M. ve Mink J.W. (2003). *Pediatrics*, 111(1), e89-e97.

Sczufca, M. (2002) Brazilian Version of The Burden Interview Scale For Assessment of Burden of Care In Carers of People with Mental Illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*, 24: (1)12-19.

Scharer, K. ve ark. (2009). A comparison of two types of social support for mothers of mentally ill children. *JCAPN*, 22: 86-98.

Sen, E., Yurtsever, S. (2007). Difficulties experienced by families with disabled children. *JSPN*, 12: 238-252.

Serdaroglu A, Cansu A, Ozkan S, Tezcan S. Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48: 413-6.

Silver JH, Wellman N. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:831-836.

Stetz, K., Brown, A. M. (1997) Taking care: caregiving to persons with cancer and AIDS, *Cancer nursing*, 20(1): 12-22.

Stone R, Cafferata GL, Sangl J. Caregivers of the frail elderly: A national profile. *Gerontologist* 1987; 27:616-626

Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE)*. (2000). *Dev Med Child Neurol*;42:816-24.

Şengül S, Baykan H. Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2013;14(1):30-39.

Şimşek İ, Serebral Palsi İn: Beyazova M, Kutsal YG (eds); *Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Cilt 2*; Güneş Kitabevi; Ankara, 2000; 2395- 439

Taanila, A., Syrjala, L., Kokkonen, J., Jarvelin, M. R. (2002). Coping of parents with physically and/or intellectually disabled children. *Child: Care, Health ve Development*, 28: 73-86.

Tabak, N. (2007). İlköğretim 1. kademedeki davranış sorunları olan çocukların anne-baba tutumları. Yüksek lisans tezi, Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Afyonkarahisar.

Taub, A., andreoli S.B. and Bertolucci, P.H. (2004) Dementia Caregiver Burden: Reliability of The Brazilian Version of The Zarit Caregiver Burden Interview. *Cad.Saúde Pública*.20(2): 372-376.

Toseland, R. W., Smith, G., Mccallion, P. (2001) Family Caregivers of The Frail Elderly, *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*, (Gitterman, A. Editor) Columbia University Press., 548s.

Tsai, S. M., Wang, H. H. (2009). The relationship between caregiver's strain and social supprt among mothers with intellectually disabled children. *J Clin Nurs*, 18: 539-48.

Tuzcu M. Nelson Essentials of Pediatrics. 4. Basım. İstanbul, Tavaslı Matbaacılık, 2003;50-52.

Uygur R. Hemiplejik serebral palsili çocukların antrppometrik ölçümler kullanılarak değerlendirilmesi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Yüksek lisans Tezi, 2007.

Ümit, K. (2011). Hemiplejik Serebral Palsi Bulunan 6-12 Yaş Arası Çocuklarda Antropometrik Farklılıkların Değerlendirilmesi Ve Normal Çocuklarla Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Üneri Ö., Karadavut K. : Ebeveyn Değerlendirmesine Dayalı, Serebral Palsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Bir Ön Çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 127-32.

Walstab, J., Bell, R., Reddihough, D., Brennecke, S., Bessell, C. ve Beischer, (2002). Antenatal And İntrapartum Antecedents Of Cerebral Palsy: A Case-Control Study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 42(2), 138-146.

Wichers, M.J., Van der Schouw, Y.T., Moons, K.G.M., Stam, H.J. ve Van Nieuwenhuizen, O. (2001). Prevalence of cerebral palsy in The Netherlands (1977–1988). *European Journal of Epidemiology*, 17, 527–532.

Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end stage renal disease. ANNA J 1997; 24:531-538.

Wijesinghe, C.J., Cunningham, N., Fonseka, P. ve ark. (2015). Factors Associated With Caregiver Burden Among Caregivers of Children With Cerebral Palsy in Sri Lanka. Asia Pac J Public Health January 2015 vol. 27 no. 1 85-95.

Yakut A. (2005). Çocuk Nörolojisi (1. baskı) Ankara: Alp Ofset Matbaacılık 72.  
Blair, E. (2010). Epidemiology of the Cerebral Palsies. Orthop Clin N Am, 41,441–455.

Yavuz, B. (2006). Serebral Palsili Çocukların Öz Bakım Becerilerini Geliştirme Düzeyleri ve Etki Eden Etmenlerin Belirlenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi.

Yaycı L. Spastik Çocukların Özellikleri ve Gelisimi. Kulaksızoglu A. Editör. Farklı Gelisen Çocuklar. İstanbul, Epsilon Yayınları, 2003;131-142

Yoon, E., Robinson, M. (2005) Psychometric Properties of The Korean Version of The Zarit Burden Interview (K-ZBI): Preliminary Analyses. Journal of Social Work Research ve Evaluation, 6(1), 75-86.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-655.

Zarit, S.H., Zarit, J.M. (1990) The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview”, University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.



## 8. EKLER

### Ek 1. Bakım Verici Birey İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

Anket No: .....

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

### BAKIM VERİCİ BİREY İÇİN TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyetiniz:  
 Kadın                       Erkek
3. Yakınlık derecesi:
  - a. Anne
  - b. Baba
  - c. Diğer.....
4. Medeni Durumunuz:
  - a. Evli
  - b. Bekar
5. Çocuk sayınız? (varsa).....
6. Eğitim durumunuz:
  - a. Okur-yazar değil
  - b. Okur Yazar
  - c. İlkokul
  - d. Ortaokul
  - e. Lise
  - f. Üniversite
  - g. Diğer:.....
7. Mesleğiniz: .....
8. İş durumunuz:
  - a. Emekli
  - b. Tam gün
  - c. Yarım gün

d. Diğer:.....

9. Sosyal güvencesi:

a. Yeşil Kart

b. SSK

c. Bağ-kur

d. Emekli Sandığı

e. Diğer.....

10. Herhangi bir hastalığınız/sağlık sorunuz var mı? Varsa lütfen ne olduğunu Açıklayınız

Evet .....

Hayır

11. Gelir düzeyiniz:

a. Gelir giderden düşük

b. Gelir ve Gider eşit

c. Geliri giderden yüksek

12. Alışkanlıklarınız

Sigara

Alkol

Diğer (açıklayınız)

13. Öz-bakım yeteneği: (0= Bağımsız 1= Yardımcı araçlarla 2= Başkalarının yardımı ile 3= Başka kişinin ve araçların yardımı ile 4= Tamamen bağımlı)

Yeme/içme

Banyo-yıkanma

Giyinme/çeki düzen

Tuvalete girme

Yürüme-gezinme

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

- Evet  Hayır

## Ek 2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

### BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ

**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. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

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

2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

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

3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

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

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

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

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

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

**6.** Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

**7.** Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

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

**8.** Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

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

**9.** Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

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

**10.** Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

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

**11.** Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

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

**12.** Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

**13.** Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

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

**14.** Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

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

**15.** Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

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

**16.** Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

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

**17.** Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

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

**18.** Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

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

**19.** Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

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

**20.** Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

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

**21.** Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

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

**22.** Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

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

### **EK-3. Aydınlatılmış Onam**

#### **AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Öğrencisi Gizemnür Artan tarafından “Serebral Palsili Çocuklara Bakım Verenlerin Yüküne Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi” konusunda yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmada katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız her hangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

#### **ÇALIŞMANIN ADI: SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARA BAKIM VERENLERİN YÜKÜNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

##### **ÇALIŞMANIN AMACI**

Araştırmada, SP tanısı almış çocukların bakım veren yüküne etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

##### **PROSEDÜRLER**

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir;

Bu araştırmada size, SP tanılı çocuğunuza bakım verme esnasında yaşadığınız yükü etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla bakım veren yükü ölçeği ve anket formu olmak üzere 2 adet veri toplama formu bulunmaktadır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir.

##### **OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR**

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler, SP tanılı çocuğunuza bakım verme esnasında yaşadığınız yükün belirlenmesinde, önlenmesinde ve çözümünde kaynak olarak kullanılacaktır.

##### **GİZLİLİK**

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz veya kanunun

gerektirdiği ölçüde ifşa edilecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacıyla sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veritabanında tutulacaktır.

### **KATILIM VE AYRILMA**

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamı ile bağımsız ve etki altında kalmadan karar verebilirsiniz. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaya karar vermeniz halinde dahi, sahip olduğunuz her hangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir cezaya maruz kalmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Çalışmadan çekilmek isterseniz bir cezası yoktur ve sahip olduğunuz faydaları kaybetmezsiniz.

Araştırma süresince sizin ve çocuğunuzun üzerinde olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmak istemezseniz klinikten aldığınız hizmette hiçbir değişiklik ve aksaklık olmayacaktır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşılamayacaktır.

### **ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ**

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Gizemnur ARTAN

Koç Üniversitesi

Hemşirelik Yüksekokulu

T: 507 795 74 71

E: gartan@ku.edu.tr

Yukarıda açıklanan prosedürleri anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı ve dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

---

Katılımcı Adı-Soyadı

---

Katılımcı İmzası Tarih

---

Araştırmacının İmzası Tarih

---

Şahit İmzası Tarih





## EK 4. Etik Kurul İzni

Rumelifeneri Yolu Sanyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**

### ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	27.01.2016
Karar No:	2016.009.IRB3.006
Sorumlu Araştırmacı:	Gizemnur Artan
Araştırma Başlığı:	Serebral palsili çocukların bakım veren yüküne etki eden faktörlerin belirlenmesi
Başlangıç tarihi:	12.02.2016
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak )

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvurduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

#### **Notlar:**

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurula başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer  
Başkan

## EK 5. Kurum İzni 1

Rumelifenari Yolu Sarayir 34450 İstaribul T: 0012 552 10100 F: 0012 338 10 00 www.ku.edu.tr



07.06.2016

Konu: Araştırma İzni  
Sayı: 81917885-302.14-605.99-61

### Mavi Pusula Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'ne

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda öğrenim gören Gizem Nur Artan'ın HSGN 599 Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında "Serebral Palsili Çocuklarda Bakım Veren Yüküne Etki eden Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı araştırmayı gerçekleştirme planlanmaktadır. Araştırma projesi ile ilgili etik kurul izni ilişiktedir. Prof. Dr. Zühal Bahar'ın danışmanlığında yürütülecek söz konusu araştırma projesinin kurumunuzda yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini görüş ve onayımıza sunarım.

Saygılarımla,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'İhsan Solaroğlu'.

Prof. Dr. İHSAN SOLAROĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Müdür



## EK 6. Kurum İzni 2

Formülasyon Yolu Sayısı 34460 İstanbul T: 0212 398 10 00 F: 0212 398 10 06 www.kocuniv.edu.tr



07.06.2016

Konu: Araştırma İzni  
Sayı: 81917885-302.14-605.99-60

### Özel Zeytin Dalı Fizyolojik Rehabilitasyon Merkezi'ne

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda öğrenim gören Gizem Nur Artan'ın HSGN 599 Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında "**Serebral Palsili Çocuklarda Bakım Veren Yüküne Etki eden Faktörlerin Belirlenmesi**" başlıklı araştırmayı gerçekleştirmesi planlanmaktadır. Araştırma projesi ile ilgili etik kurul izni ilişiktir. Prof. Dr. Zuhal Bahar'ın danışmanlığında yürütülecek söz konusu araştırma projesinin kurumunuzda yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini görüş ve onayınıza sunarım.

Saygılarımla,

Prof. Dr. İHSAN SOLAROĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Müdür

Üzüm SOLAROĞLU  
Özel Zeytin Dalı  
Fizyolojik Rehabilitasyon Merkezi  
Kurum Müdürü

## EK 6. Özgeçmiş Formu

### 1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı:	Gizemnur ARTAN
Akademik Unvanı/Pozisyonu:	Yüksek Lisans Öğrencisi
Fakülte/Bölüm:	Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Departman/Ünite:	Hemşirelik Yüksekokulu
Ev telefonu:	-
İş telefonu ve Cep telefonu:	0850 250 8 250
E-posta adresi:	gartan@ku.edu.tr

### 2. EĞİTİM (Mezun olduğu üniversite ve sonrası)

YIL	BÖLÜM	KURUM	DERECE (Doktora, Uzmanlık, vb)
2009-2013	Hemşirelik Yüksekokulu	Koç Üniversitesi	-
2014-2016	Hemşirelik Yüksekokulu	Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Yüksek Lisans ( Halk Sağlığı Hemşireliği)

### 3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	KURUM

### 4. VARSA İNSAN ARAŞTIRMALARI KONUSUNDA ALDIĞI EĞİTİM VE SERTİFİKALAR

TARİH	TAMAMLANAN EĞİTİM PROGRAMI

**Aldığınız eğitime dair bir sertifika varsa lütfen bir kopyasını ekleyiniz.**

**5. VARSA ARAŞTIRMACI OLARAK KATILDIĞI İNSAN ARAŞTIRMALARI (Klinik, Sosyal, vb)**

TARİH	ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI
Haziran 2015	MS Hastalarının Bakım Veren Yüküne Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi (poster sunumu)

**6. VARSA SON 5 YIL İÇİNDE HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER**

TARİH	MAKALENİN BAŞLIĞI

**Yukarıda sunduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu taahhüt ederim.**

İmza \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_