

T.C
DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**EVE BAĞIMLI HASTALARA BAKIM VERENLERİN GENEL SAĞLIK
ALGISI İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
ARAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Altuğ KORALTAN

2016824030

DanıŐmanı

Prof Dr. Ülker Meral Çulha

İSTANBUL, Mayıs 2017

T.C.

DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

EVE BAĞIMLI HASTALARA BAKIM VERENLERİN GENEL SAĞLIK
ALGISI İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
ARAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Altuğ KORALTAN

2016824030

Jüri

Prof Dr. Ülker Meral Çulha (Danışman)

Prof.Dr. Fatoő Erkman

Yrd.Doç.Dr Uzay Dural ŐenoĐuz

İSTANBUL, Mayıs 2017

ÖNSÖZ

Tez yazmanın, yalnızca ölçek uygulayıp literatür tarayarak yapılan bir araştırma aktivitesi olarak düşünürdüm. Bu düşüncem zaman içinde tamamen değişti; zira tez çalışması bir hayat dersi oldu benim için. Tüm bu süreç boyunca bana rehberlik eden ve yeni hayat felsefemi simgeleyen bir cümle vardı; “su yolunu bulur”.

Günlük yaşamın getirdiği onca sorumluluk ve yüke rağmen bana yardımcı olmaya gayret eden hocalarım oldu. Bir çocuğun gelişimi için ona rehberlik etmek, bazen de keşifler yapması için tek başına bırakmak, ona alan açmak gerek. Tez danışmanım Prof.Dr. Ülker Meral Çulha’ya ve arkadaşım, hocam Prof. Dr. Gülru Pemra Cöbek’e teşekkür ederim.

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrenimim sırasında bana büyük bir tolerans ve destek gösteren değerli yöneticim, TAV Holding CEO’su Sayın Dr. Mustafa Sani Şener’e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doğuş Üniversitesine kayıt yaptırdığım günden itibaren güler yüzleri, yardımcı tavırları ile bana destek olan tüm hocalarıma, Sosyal Bilimler Enstitüsü Öğrenci İşlerine, özellikle Gülhan Yalçınkaya’ya müteşekkir olduğumu belirtmek isterim.

Teşekkürler Can, teşekkürler Nilgün.

Ve ailem... 4 yıl süren bu yorucu süreci rahat ve huzurlu geçirmemde en büyük katkısı olan, fikirleri ve huzur verici davranışları ile motivasyonumu hep yüksek tutmamı sağlayan ailem... Sensiz ve sızsiz olmazdı.

Altuğ KORALTAN

İstanbul 2017

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kayıtlarında bulunan ve evde bakım hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin kişilik özellikleri ile genel sağlık algıları arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırmaya 2017 yılı Şubat, Mart ayları içerisinde İstanbul ilinde Pendik bölgesinde ve Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kayıtlarında bulunan 600 evde bakım hastası arasından oranlı küme örnekleme yaklaşımına göre seçilen 86 kişinin katılmıştır. Araştırmada evde bakıma ihtiyacı olan hastaların bakım verenlerinin kendileri ve bakım verdikleri kişiler ile ilgili verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu ile bağımsız değişkenlere yönelik bilgiler toplanmıştır. Ayrıca TIPI-10 (On Maddeli Kişilik Envanteri) ve Sağlık Algısı Ölçeği (Perception of Health) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Betimsel ve ilişkisel tarama modelinin analizinde SPSS 23.0 programından yararlanılmıştır. Araştırmada, verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma, min-max değerler, Pearson Kolerasyon, bağımsız t testi ve varyans analizi (ANOVA testi) kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada bakım verenlerin yaş ortalaması 42,3±11,3 yıl (min:25, max:58) olurken, %74,4'ü kadın ve %25,6'sının erkek olduğu saptandı. Bakım veren kişilerin %51,9'u 36-51 yaş arasında ve %54,7'si ilköğretim mezundur. Bakım verenlerin %79,8'i evli ve %72,6'sı çalışmamaktadır. Hasta ve yaşlılara bakım veren kişilerin, %61,4'nün bir sosyal güvencesi olduğu, %45,7'sinin 801-1500 TL arasında aylık kazancı olduğu belirlendi. Bakım verenlerin %87,2'si 3 ya da daha fazla kişi ile beraber oturmaktadır. Bakım veren kişilerin %57,0'sinin herhangi bir sağlık problemi olduğu ve bu kişilerin 49 tanesinde bir ve birden çok rahatsızlık saptandı. Ayrıca bu kişilerin %44,2'si sürekli olarak bir ilaç kullandığını belirtti. Bakım veren kişilerin %27,9'u hastanın kızıydı, %69,8'i 6 saat ve üzerinde bakım verdiğini belirtirken, %38,4'ünün bakım vermesine yardımcı bir kişinin olmadığı tespit edildi. Bakım alan kişilerin %72,1'i kadın, %93,6'sı 50 yaş ve üzeri ve %74,4'nün yatağa bağımlılığı olduğu saptandı. OMKÖ ölçeği alt boyutları arasında "Duygusal dengelilik" ortalama puanı 5,96 ile en yüksek kişilik özelliği iken "Dışadönüklük" 4,28 ile en düşük olan ortalama puandır. Sağlık algısı ölçeği alt boyutları arasında "sağlığın önemi" ve "öz farkındalık" en yüksek ortalama puan alan kısımlar iken en düşük sağlık algısı ölçeği alt boyutu "kesinlik" olarak saptandı. Kişilik özellikleri alt boyutlarından sorumluluk, yumuşak başlı olma ve duygusal dengelilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından kontrol merkezi ile kesinlik ve sağlığın önemi arasında zayıf ve pozitif yönlü; öz farkındalık ve sağlığın önemi arasında ise zayıf ve pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

Sonuç: Bakım verme, hem bakım veren hem de hasta için oldukça zor ve sıkıntılı bir süreçtir. Bakım verenlerin sağlık durumlarının, bakım alanların ruhsal ve fiziksel iyi oluşlarına da etkisi olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunun kadın olduğu, bakım verme yükünün çok az paylaşıldığı ve bakım verenlerin kendi kronik hastalıkları olduğu gibi, bakım verme işinden ötürü ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları yaşadıkları da görülmüştür. Çalışmamız sonucunda bazı bakım verenlerin psikolojik destek almaya istekli oldukları görülmüştür. Bu nedenle aile bakımının güçlendirilmesini sağlayacak biyolojik ve psikolojik sağlık hizmetlerinin oluşturulması çok önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Eve Bağımlı Hasta, Bakım Verme, Sağlık Algısı, Kişilik

ABSTRACT

Objective: The aim of this research is to determine whether there is a relationship between the personality traits of the caregivers of the Marmara University Training and Research Hospital Registers and general health perceptions.

Methods: The study was selected among 600 Eve dependent patients in the Pendik region of Istanbul and in Marmara University Training and Research Hospital registry in February and March of 2017. 86 people selected according to the survey-based cluster sampling approach. In the study, personal information form developed by the researcher was collected to gather information about the caregivers of the patients who need care at home and the people they care, as well as information about independent variables. TIPI-10 (Ten Person Inventory of Personality) and Perception of Health were used as data collection tool in the study. SPSS 23.0 program was used in the analysis of the descriptive and relational screening model. In the study, frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, min-max values, Pearson's correlation, Independent t test and ANOVA test were used in the analysis of the data.

Findings: The average age of the caregivers in the survey was 42.3 ± 11.3 years (min: 25, max: 58), 74.4% were female and 25.6% were male. 51.9 % of the caregivers were between the ages of 36-51 and 54.7% of them were primary school graduates. 79.8% of the caregivers were married and 72.6% were unemployed. 61.4% of the caregivers had social security and 45.7% of them had a monthly income of 801-1500 TL. 87.2% of the caregivers live with 3 or more people. 57.0% of the caregivers had health problems and 49 of them had multiple complaints. In addition, 44.2% of these people stated that they were using drugs continuously. 27.9% of the caregivers were the patient's daughter. 69.8% of caregivers were taking medication and 38.4% caregivers were not receiving any support during caregiving. 72.1% caretakers were women, 93.6% were over 50 years old and 74.4% were bed dependent. OMKÖ subscale averages ranged from 4.28 to 5.96. "Emotional Stability" was the highest personality score with an average score of 5.96, while the "Extraversion" was the lowest with an average of 4.28. The mean score of the subscale of health perception scale ranged from 3,05 to 3,67. While the highest health perception subscale was "importance of health" and "self-awareness", the lowest health perception scale subscale was "certainty". There was a statistically significant positive correlation between conscientiousness, agreeableness and emotional stability in the subscales of personality traits ($p < 0,05$). There was also a positive correlation between extraversion and openness ($p < 0,05$). Among "center of control", "certainty" and "importance of health" dimensions of health perception subscales positive but weak correlation was found. ($p < 0,05$).

Conclusion: Care is a difficult and distressing process for both the caregiver and the patient. It is also thought that caregivers' health status affect caretakers' mental and physical well-being. It was observed that family caregivers suffer psychological and physical health problems due to the care work. Majority of caregivers are found women It's been observed that some caregivers were willing to receive psychological support. It is very important to establish services that will strengthen family care.

Key Words: Home Dependent Patient, Caregiving, Perception of Health,

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bakım Verme	4
2.1.1. Bakım Verme ve Bakım Veren Kişi Tanımı.....	4
2.1.2. Bakım Yüğü Tanımı.....	7
2.1.3. Bakım Verenlerin Özellikleri ve Bakım Verme Yüğü'nün Sağlıklarına Etkileri.....	9
2.2. Sağlık Algısı.....	10
2.2.1. Tanımı	10
2.2.2. Sağlık Algısının Davranışa Etkileri	11
2.3. Kişilik Kavramı ve Kapsamı.....	12
2.3.1. Kişilik Tanımı	12
2.3.2. Kişilik Özellikleri.....	14
2.3.3. Kişiliği Belirleyen Faktörler	14
2.3.4. Kişiliğin Ölçümlenmesi.....	18
2.3.5. Kişilik ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişki	20
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Modeli	23
3.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi:	23
3.3. Veri Toplama Araçları:	24
3.3.1. TIPI-10 (On Maddeli Kişilik Envanteri).....	24
3.3.2. Sağlık Algısı Ölçeği (Health Perception Scale)	25
3.3.3. Kişisel Bilgi Formu	25
3.3.4. Araştırmanın Hipotezleri:.....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Bakım Veren Kişinin Özellikleri:	27
4.2. Bakım Alan Kişinin Özellikleri:	32
4.3. Ölçekler	33
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ	49
KAYNAKLAR	53
EKLER.....	65
EK I: On-Maddeli Kişilik Ölçeği-(OMKÖ)	65
EK II: Sağlık Algısı Ölçeği.....	66
EK III. Kişisel Bilgi Formu	67
ÖZGEÇMİŞ	69

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1: Bakım Veren Kişilerin Demografik Özellikleri	27
Tablo 4.2: Bakım Veren Kişilerin Özellikleri	28
Tablo 4.3: Bakım Veren Kişilerin Hastalık Durumu (N=49)	29
Tablo 4.4: Bakım Veren Hastaların İlaç Kullanma Durumu	29
Tablo 4.5: Bakım Veren Kişiyeye ilişkin Özellikler	30
Tablo 4.6: Bakım Veren Kişinin Hastaya Sağladığı Destek.....	31
Tablo 4.7: Bakım Alan Kişinin Demografik Özellikleri	32
Tablo 4.8: Bakım Alan Kişilerin Hastalıkları	32
Tablo 4.9 : Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Tanımsal İstatistikler	33
Tablo 4.10: Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Arasında İlişki	34
Tablo 4.11: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenine Yaşına Grubuna Göre Değişimi.....	35
Tablo 4.12: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenine Cinsiyetine Göre Değişimi.....	36
Tablo 4.13: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenine Eğitim Durumuna Göre Değişimi	37
Tablo 4.14: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenine Medeni Durumuna Göre Değişimi.....	38
Tablo 4.15: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenine Sosyal Güvence Durumuna Göre Değişimi.....	39
Tablo 4.16: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenine Rahatsızlık durumuna Göre Değişimi.....	40

1. GİRİŞ

Bakım kelime anlamıyla ‘ bireylerin temel gereksinimlerini gidermelerine, kabiliyetlerini geliştirme ve devam ettirmelerine, yaşamlarını devam ettirebilmek ve en azından minimum seviyede işlev görebilmek için olabildiğince acılardan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek için özenli ve seviyeli bir şekilde dolaysız olarak yaptığımız her şeydir ’ (Dinç, 2010).

Dünya genelinde nüfus yaşlanması, engellilik ve süreğen hastalıkların Türkiye’de ve dünyada çoğalması, sağlık hizmetlerine gösterilen talebin yükselmesine ve bunların sonucunda hastanelerde yığılma meydana gelmesine sebep olmuştur. Hastanelerde olan bu yığılmalar, özel hastanelerde hizmet bedelinin yüksek olması, hasta ve hasta yakınlarının ev ortamını rahat bulması ve erken taburculuk gibi nedenlerden dolayı, evde bakım hizmetlerine ve bu bakımları sağlayanlara olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır (Oğlak, 2007).

Aile üyelerinin hasta olan yakınlarına bakım vermesi genel bir norm olarak kabul edilmektedir. Ancak artan nüfus nedeniyle hastane kapasitelerinin yeterli olmaması ve uzun süreli bakımlarda maliyetlerin yüksek olması sebebiyle evde bakım verme bir zaruret halini almaktadır. Bunun yanı sıra kadınların iş yaşamına katılımlarının artması, ailelerin küçülmesi ve ekonomik kısıtlılıklar bakım vermeyi daha zor hale getirmektedir (Taşdelen, ve ark., 2012). Evde bakım veren kişi (informal bakım veren), bakım verme hizmetini para karşılığı olmaksızın yerine getiren; eş, her hangi bir aile üyesi, akraba, arkadaş veya komşu olarak tanımlanmaktadır (FCA, 2017). Evde bakım hizmetleri genel olarak, kişinin sağlığını stabil tutmak, sağlık kalitesini yükseltmek, tekrardan sağlıklı duruma getirmek amacıyla sosyal ve sağlık hizmetlerinin profesyonel seviyede ya da aile fertlerince kişinin kendi evinde ya da hayatını devam ettirdiği ortamda sunulmasını içerir.

Bakım verme, yüksek seviyede yakınlık hissi ve sevgisinin çoğalması, bakım verme tecrübesinden dolayı anlam bulma, bireysel gelişim, farklı kişilerden destek alma, özsaygı, kişisel doyuma ulaşma gibi pozitif özellikleriyle beraber çok fazla zorluğunda meydana gelmesine sebep olabilmektedir (Mignor, 2000). Bakım verme işi bakım verene yüklediği stres nedeni ile bakım verenlerin sağlığı ve iyi oluş algıları üzerinde birçok olumsuz yan etkiler yaratmaktadır. Bakım verenler için kaygı, uyku bozukluğu ve depresyon gibi rahatsızlıklar önemli risk unsurlarıdır. Bu etkiler arasında sıkça rastlanan bir durum olan depresyonun prevalansı bazı araştırmalarda %22-33 arasında ölçümlenmiştir (Heid, 2016).

Sağlığın algılanma şekli, bireylerin genel anlamda şahsi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, bireyin psikolojik, biyolojik ve sosyal durumunu kendi kendilerine değerlendirmelerine olanak sağlayan basit fakat kuvvetli bir göstergedir (Tuğut, 2008). Araştırmalar inançlar, tutumlar ve algılar arasında bağlantılar olduğunu öne sürmektedir. Sağlık algısı düşük olan bakım verenlerde tutumlar ve davranışlar olumsuz olabilmekte yani bireyler daha az fiziksel aktivitede bulunabilmektedir. Bu döngü içinde bakım verenlerin fiziksel ve / veya ruhsal rahatsızlıklar geliştirmesi ihtimali artmaktadır (Kadıoğlu ve ark., 2012; Slocum 2005).

Kişilik, “bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve psikolojik özelliklerin tümü, şahsiyet” olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr). Kişilik sözcüğü, Yunan tiyatrolarında drama oyuncularının kullandığı maskelere verilen “persona” isminden adını almıştır. Bu maskeler gerçek kişiliği ifade etmezken oyuncuların oynadığı tiptemeyi temsil etmekteydi. Bunu yanı sıra bu kavram, zaman içerisinde kişinin gerçek hal ve davranışlarının tamamını anlatmak için kullanılmaya başlanmıştır (Aslan, 2008).

Sosyal yaşantının bir parçası olan kişilik, uzun yıllar boyunca gördüğü yoğun ilgiye rağmen bilimsel gelişimini ancak, 1930’lu senelerde kişilik psikolojisinin sosyal bilim alanlarından ayrılıp farklı bilim dalı olarak kurulmasıyla başlamıştır (Yelboğa, 2006). Kişilik diğer bir ifadeyle; insanların tutum, düşünme ve his gibi ruhsal reaksiyonlarındaki farklılıkları belirleyen, yalnızca yaşanan an içinde olduğu biyolojik durum ya da toplumsal ortamla açıklanamayan şekilde devamlılık gösteren özellikler ve eğilimler olarak açıklanabilir (Taymur ve ark., 2012; Çetin, 2008; Çetin, 2013).

Kişilik, bir insanın hem fiziksel hareketlerini hem de psiko-sosyal davranış (duyma, düşünme, davranma) şekillerine etkisi olan faktörlerin kendine has yansımasıdır. Sürekli olarak içten ve dıştan gelen uyarıcıların tesirinde kalan kişilik, kişinin biyolojik ve ruhsal, genetik ve kazanılmış tüm kabiliyetlerini, güdülerini, hislerini, taleplerini, alışkanlıklarını ve tüm davranışlarının tümünü kapsamaktadır (Yelboğa, 2006; Çetin, 2006). Kişilik, geçmiş ile gelecek arasında kalan bir bütündür. Psikolojide ise kişiliğin ortaya çıkması ve gelişimi, bebeklik döneminde başlayıp ergenlik dönemi sonunda tamamlandığı betimlenmiştir. Ancak hayatının ileriki zamanlarında da değişiklik ve gelişmelerin ortaya çıkması görülebilmektedir. Yetişkinlik döneminde de bütünüyle aynı kalması veya tamamen değişmesi mümkün değildir. Bunun yanı sıra kişilik genetik faktörler, aile, eğitim ve

toplumsal çevre gibi faktörler ve bu faktörlerin birleşimiyle oluşmakta ve şekillenmektedir (Soysal, 2008; Eren 2000).

Bu araştırmanın amacı, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kayıtlarında bulunan ve evde bakıma ihtiyacı olan hastaların bakım verenlerinin kişilik özellikleri ile genel sağlık algıları arasında bir ilişki olup olmadığını incelemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım Verme

2.1.1. Bakım Verme ve Bakım Veren Kişi Tanımı

Bakım, hasta, özürlü veya günlük faaliyetlerle ilgili yardıma ihtiyacı olan başka bir kişiye yardım sağlanması anlamına gelir. Bakım veren kişilerin ve bakım gerektiren yaşlı kişilerin fiziksel, zihinsel, sosyal ve psikolojik gereksinimlerine ve refahlarına genellikle dikkat gerektirir. Bakım, bugün toplumlarımızda birçok insanın yüzleştiği bir "gerçek"dir. Tüm dünyada 22.4 milyondan fazla resmi olmayan bakıcı, toplumda yaşayan yaşlı insanlara ücretsiz yardım sağlamaktadır. Bu bakıcılar arasında eşler, yetişkin çocuklar (çoğunlukla en büyük kız çocuk), hastanın diğer yakınları ve arkadaşları bulunur. Aile büyüklüğü, coğrafi hareketlilik, kadınların işgücüne katılımı ve benzeri diğer faktörlere rağmen, kişisel ve tıbbi bakımın halen % 80-90'ını aile bakıcıları sağlamaktadır. Yaşlı insanların sayısı arttıkça, sürekli bakım süresince resmi ve gayri resmi desteklere yönelik talepler artmaktadır. Birçok kişi için bakım hizmetinin zorlukları genellikle yeni deneyimlerdir. Bakım verenlere ve bakıma muhtaç kişilere, karşılaştıkları özel zorluklarla başa çıkmalarında yardımcı olması amacıyla sunulması gereken bilgi kaynaklarında ve toplumsal yardımlarda yetersizlikler görülmektedir. (Clarck ve ark., 2002).

Bir başka tanıma göre bakım; bir kerelik yardım ile sürekli bakım arasında kapsamlı bir dönemi içeren, aile desteklerinden profesyonel yardıma kadar uzanan çok yönlü faaliyettir (Cingil, 2003).

Joan Tronto'ya göre bakım, dünyamızı olabildiği kadar iyi yaşayabilmek için korumak, devam ettirmek ve düzeltmek üzere yaptığımız her şeyi kapsayan özel bir davranış şeklidir. Bu dünya bizim bedenlerimizi, kendiliğimizi (benlik) ve çevremizi içerir (Dinç, 2010).

Günümüzde nüfusun yaşlanması, hem dünyada hem de ülkemizde kronik hastalıkların çoğalması, evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın giderek artmasına neden olmuştur. Bakıma muhtaç kişi, gündelik hayat fonksiyonları ve yardımcı hayat fonksiyonlarından en az birini yardım almadan yerine getiremeyen kişidir. Hastane ortamında sürekli bakım her zaman mümkün olmamaktadır. Bunun nedenlerinden biri fiziksel yetersizlikler bir diğeri de yüksek maliyetler olarak görülmektedir. Bu nedenle ülkemizde uzun süreli evde bakım

hizmetleri evde sağlık birimleri tarafından verilebilmektedir. Bu hizmetler, hem bakım vericilere hem de bakım alanlara periyodik ve düzenli tıbbi destek sağlamak, hastalık ve günlük aktiviteler hakkında eğitici bilgiler vermeyi de içermektedir (Yılmaz ve ark., 2010).

Dünya genelinde nüfus yaşlanması, engellilik ve süreğen hastalıkların Türkiye’de ve dünyada çoğalması, sağlık hizmetine gösterilen talebin yükselmesine ve bunların sonucunda hastanelerde yığılma meydana gelmesine sebep olmuştur. Hastanelerde olan bu yığılmalar, özel hastanelerde hizmet bedelinin yüksek olması, hasta ve hasta yakınlarının ev ortamını rahat bulması ve erken taburculuk gibi nedenlerden dolayı evde bakım hizmeti ve bu bakımları sağlayanlara olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır (Oğlak, 2007).

Evde bakım ihtiyacı olan hastanın hastaneler ve ev ortamındaki bakımının aile fertlerince giderilmesi doğal bakım biçimi olarak kabul görülmektedir. Bakım verme süreci bakım alanlar ve hastasının gereksinimini gideren bakım veren kişiler için zorlu bir süreçtir (Pinquart ve ark., 2003; Shank-Mcelroy ve Strobino, 2001; Şahin, Polat ve Ergüney 2009). Bakım verme bir tek yardım şeklini kapsamamakta, duygusal destek ile birlikte fiziksel veya maddi desteği de kapsamakta ve bakım veren kişiler bakımından çok boyutlu olarak algılanmaktadır (Kasuya, Polgar-Bailey ve Takeuchi 2000; Lidell, 2002). Toselanad ve arkadaşlarına (2001) göre bakım verme, yüksek ölçüde samimiyetin ve sevginin çoğalması, bakım verme tecrübesinden dolayı anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, başka kişilerden sosyal destek alma, öz saygınlık, bireysel tatmin sağlama gibi pozitif özellikleriyle beraber çok fazla zorluğunda meydana gelmesine sebep olabilmektedir (Şahin, Polat ve Ergüney 2009; Tuğut, 2008).

T.C Sağlık Bakanlığına ait Aile Hekimliği Evde Bakım Hizmetleri tarafından ücretsiz olarak verilmekte olan bakım hizmetleri ayrıca özel bakım hizmeti sunan şirketleri tarafından da yerine getirilebilmektedir. Ancak bu bakım hizmetlerinden tüm ihtiyaç sahiplerinin yeterince yararlanamadığı da bilinmektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak aile bireylerinin özellikle yaşlıya bakım vermede daha aktif olması durumu ortaya çıkmaktadır.

Bakım, kronik bir stres deneyiminin tüm özelliklerine sahiptir. Uzun süreler boyunca fiziksel ve psikolojik gerginlik oluşturur, yüksek seviyede tahmin edilemezlik ve kontrol edilemezlik eşlik eder, iş gibi çoklu yaşam alanlarında ikincil stres yaratma kapasitesine sahiptir ve aile ilişkilerinde çoğunlukla yüksek düzeyde gerginlikler yaratır (Yılmaz, 2001).

Son yıllarda tıbbi olanakların genişlemesi hastaların yaşama sürelerinin ve insanın ömrünün uzamasına neden olmuş ve bunun sonucunda bakıma muhtaç kişi sayısının artmasına neden olmuştur. Bu gelişmeler neticesinde bakım veren kişi tabiri ortaya çıkmış ve önem kazanmıştır (Özlu ve ark., 2009; Atagün ve ark., 2011). Genellikle sosyo-kültürel şartlara göre farklılıklar göstermekle birlikte eve bağımlı hasta bireylerin bakımını çoğunlukla ailedeki kişilerden biri ya da karı-kocadan birisi üstlenip yapmaktadır (Adak, 2003; Zarit, 2004; Öztop ve ark., 2008). Ailelerin çekirdekleşmesi, artan ekonomik sıkıntılar, boşanmalarla bölünen ailelere rağmen aile bağlarının sağlam kaldığı ve bakım verme işini üstlenebildiği görülmektedir. Bireyler bakım verme işini yüklenirken kişisel olarak fedakârlıkta bulunmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda doğal olarak bakım yükü ve bakım stresi konuları araştırma konuları olarak öne çıkmaya başlamıştır. Bakım verenlere bu zor ve meşakkatli işte nasıl destek olunabileceği konusu giderek artan bir araştırma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır (Smyke ve ark., 2007).

Bakım hizmeti birçok yardım çeşidini içermektedir. Bunlar, bireysel bakım (yıkamak, beslenmek, tuvalete gitmek, giyinmek vb.) ve sağlık bakımının (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), yanı sıra hastaların almış olduğu sosyal hizmetleri koordine etme, küçük ev işlerini yapma, para idaresi ve maddi yardımlara ilaveten çoğunlukla aynı evde beraber yaşamayı da içermektedir (Zarit, 2004; Özlu ve ark., 2009). Kültürümüzde çoğunlukla aile fertlerince verilen bakım hizmeti, hastalarla duygusal iletişimin çoğalması, bireysel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, farklı kişilerden sosyal destek almak, öz saygınlığı ve şahsi psikososyal tatmin sağlama gibi pozitif yönde katkılarla beraber pek fazla problemi ve güçlüğü de yanında getirmektedir (Sarı, 2007; Atagün ve ark., 2011; Dökmen, 2012).

Bakım verme bakıma ihtiyacı olan bireylere, sosyal bakım hizmeti formal ve informal olarak iki şekilde sunulabilir. *Formal bakım verme*; hizmet sistemi ile ilişkili gönüllüler veya ücretli bakım sağlayıcılar tarafından yapılan bakımdır. Hizmet sistemleri, kâr amacı gütmeyen bakım evleri veya huzurevleri, ara bakım tesisleri, yardımcı yaşlılar, evde bakım ajansları, toplum hizmetleri, özel hastaneler, kilise ve hayır yardım grupları, yetişkinlere yönelik günlük bakım ve deneyimli bakım sağlayan merkezler, dernek hizmetleri, devlet yaşlanma hizmetleri vb. içerebilir (Karahana ve ark., 2002). Evde formal bakım hizmeti çoğunlukla hemşireler, terapistler, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler ve evde bakım yardımcıları tarafından yapılmaktadır (Allender ve ark., 2001).

Yaşlı bakımının asıl sorumluluğunu üstlenen kişi, bakımın primer sorumluluk taşıyan kişisidir. Sekonder bakım veren kişi, arkadaşları, akrabaları veya dışarıdan birisi olabileceği gibi çoğunlukla aile üyesi olup, primer bakım vereni destekleyendir. Şayet primer bakım veren kişi kızıysa çoğunlukla sekonder bakım veren, damadı ya da torunlarıdır. Yaşlıların şahsi bakımı yönetmede, sekonder bakım veren kişinin etkisi belirli olup; genellikle taşımaları, alışverişleri ve ev tamiratları gibi işleri yapmaktadır (Clark ve ark., 2002).

İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; fiziksel, bilişsel veya zihinsel koşullardan dolayı destek almak isteyen hastalara ücret almadan aile bireyleri ve arkadaşları tarafından devamlı bakım ve yardım sağlanmasıdır. İnformal bakım vericiler birincil veya ikincil bakıcı olabilir veya bir ebeveyn için bakım sorumluluklarını paylaşan kardeşler gibi, çok sayıda gayri resmi bakıcının bakım verme ağının bir parçası olabilirler (Kasuya ve ark., 2000; Clark ve ark., 2002; Allender ve ark., 2001; Karahan ve ark., 2002). Bakım alan yaşlı, yaşadığı evde, bakım veren kişinin yaşadığı evde ya da bir kurumda hayatını devam ettiriyor olabilir. Bakım verme bir tek yardımla kısıtla kalmayıp, fiziksel, hissi ve maddi destek vermeyi içermektedir (Toseland ve ark., 2001). Bakım ihtiyacı olan yaşlıların takribi yarısından fazlasının aile fertleri veya başka bireylere belirli bir bedel ödemediği evde bakım hizmeti aldığı tahmin edilmektedir (Allender ve ark., 2001).

2.1.2. Bakım Yükü Tanımı

Bakım veren bireylere yönelik yapılan çalışmalar sonucunda, Bakım Veren Yükü (BVY), bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, ruhsal, emosyonel, toplumsal ve iktisadi problemler gibi birçok faktörden etkilenen geniş spekturumlu bir tepki olmaktadır (Kasuya ve ark. 2000). Bu araştırmalarda uzun zamanlı bakım verme sürecinin sonrasında BVY'nin ciddi boyutlara varabilen ruhsal bunalım, anksiyete, fiziksel sağlıkta kötüye gitme, sosyal izolasyon, tükenmişlik ve benzeri durumlara neden olabildiği tespit edilmiştir (Sarı, 2007; Dökmen, 2012; Karahan 2013).

Aile fertlerinin geneli bakım verici olmayla birlikte kendi mesleki ve toplumsal sorumluluklarını sürdürebilmek mecburiyetinde de bulduklarından bakım vericilerin sorumluluk alanları genişlemekte (Cain ve ark., 2000; Langa ve ark., 2002) yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte (Cain ve ark., 2000; Davenport, 2007) boş süreler ve iş ile ilgili etkinliklerdeki değişikliklerden ötürü tükenmişlik yaşamaktadırlar (Skilbeck ve ark., 1998;

Kasuya ve ark., 2000; Tel ve ark., 2012). Tüm bu nedenlerle evde bakım gerektiren hastalara bakım veren kişilerin yaşamış oldukları güçlükleri ve bakım verme yüklerini tayin etmek yapılacak girişimleri planlamak bakımından önemlidir.

Hoenig ve Hamilton ilk kez aile yükünü, aileler tarafından akıl hastalığı taşıyan bir aile yükü olarak tanımlamışlardır. İngilizcede yük terimi, hasta kişilerin bakımı ile ilgili olumsuz yönleri tanımlamak için sıklıkla kullanılır ve bunlar, sorumluluk, etki, yük ve müdahale gibi ifadelerle eşdeğerdir (Hoenig ve ark., 1966).

Bir aile bireyinde aileler için akıl hastalığının olumsuz sonuçları sistematik olarak belgelenmiştir ve aile işlevselliğinin tüm alanlarının akıl hastalığının varlığından etkilendiğine işaret etmektedir. Zihinsel sağlık bakımıyla ilgili yükün kolayca algılanabilen bir olgu olduğunu ve hastanın yenilikçi ve etkili tedavilere olumlu tepki gösterdiğinde de devam ettiğini belirtmek önemlidir (Hoerger ve ark., 2016).

Bakım yükünün iki yönü vardır: nesnel ve öznel. Nesnel yönü, zihinsel olarak hasta olan bir kişinin ailenin varlığının olumsuz sonuçlarıyla ilgilidir: Örneğin, görevlerin birikimi, mali masrafların artması, günlük faaliyetlerin kısıtlanması, aile üyeleri arasındaki ilişkilerin zayıflamasıdır. Öznel yük, zihinsel rahatsızlığı olan hastayla yaşama deneyiminin aileye ait kişisel algısı, hastanın sağlık durumuna bakmakta sorumluluk ve endişelerle ilgili duygularıyla ilgilidir. Bu açıdan, zihinsel rahatsızlığı olan kişinin özerkliği eksikliği, aile üyesini duygusal olarak etkileyen, stres ve endişe yaratan olumsuz bir unsur olarak görülür. Öznel yük, destek eksikliği, hüznün ve suçluluk duygusu ile ilgilidir

Özellikle inmeli hastaların bakıcıları ile yapılan çalışmalarda, bakım verenin yükünün ağırlığını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. En etkili faktörler bakım verenin bireysel kişilikleri ve mizaçları, bakım için ayrılan günlük zaman, hastaların günlük faaliyetler için bakıcıya bağımlılığı düzeyleri, gerçekleştirilen bakım görevleri, bakım için yardımcıların bulunup bulunmadığı ve bakıcı ve hastanın ekonomik durumunu içerir. Uzun süreli bakım, bakıcıların fiziksel ve zihinsel yorgunluğuna ve depresyon belirtilerinin artmasına neden olur. Morimoto ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin %50'sinde en az bir kronik varken, bir başka çalışmada bakıcıların %73'ünde en az bir kronik hastalığa rastlanmıştır. Araştırmada en sık rastlanan sağlık sorunları; baş ağrısı, hipertansiyon, romatolojik hastalıklar ve kalp hastalıklarıdır. Daha önceki çalışmalar, inme hastalarının

bakıcılarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin en yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Bakıcılarla yapılan bir başka araştırmada bakıcıların % 44.7'sinde depresyon görülmüştür. McCullagh ve arkadaşları, inmelerden etkilenen aile bireylerine bakım veren yakınlarının maruz kaldıkları bakım yükünü belirlemek için yapılan bir çalışmada, bakıcıların %62'sinin sosyal yalıtım deneyimlediğini bulmuşlardır (Fasion ve ark., 1999; Bilgili, 2000; Sisk, 2000; Remennick, 2001; Türel, 2001; Akbayrak, 2002; Lidell, 2002; Erdem, 2005).

2.1.3. Bakım Verenlerin Özellikleri ve Bakım Verme Yükünün Sağlıklarına Etkileri

Bakım verme, yüksek seviyede yakınlık hissi ve sevginin çoğalması, bakım verme tecrübesi aracılığıyla anlam bulma, bireysel gelişim, başka kişilerden sosyal destek alma, öz saygınlık, bireysel tatmin sağlama gibi pozitif özellikleriyle birlikte çok fazla zorluğunda yaşanmasına neden olabilmektedir.

Bakım veren yükü, bakım sunarken olabilen fiziksel, ruhsal, sosyal ya da finansal tepkileri ifade etmede kullanılır (Atagün, 2011). Bakım vermenin aile tarafında üstlenildiği durumlarda bakım verenlerde ruhsal ve fiziksel rahatsızlıkların ortaya çıktığı tespit edilmektedir (Çatak ve ark., 2012).

Bakım veren bireylerde bakım verme nedeniyle fiziksel ve psikolojik sağlıklarını etkilediği gösterilmiştir. Özellikle resmi olmayan bakıcılar, psikolojik yönden formal bakıcılara göre daha zayıflardır (Schultz ve ark., 2008). Bunun yanı sıra bakım veren kişinin fiziksel sağlığının kötüleşmesi bakım vermeyi bırakmanın bir nedeni olabilmektedir. Özellikle Kas iskelet sistemi sağlığı, fiziksel sağlığın önemli bir parçasıdır. Mevcut araştırmalar bakıcıların belki de bakım verme görevlerinin bir sonucu olarak artmış kas iskelet sistemi semptomları ve yaralanma riski altında olabileceğini bildirmişlerdir. Yapılan bir çalışmada “multipl skleroz’lu” erişkinlerin informal bakıcıları arasında bakım hizmetlerinden dolayı % 1'lik bir fiziksel yaralanma ve %49'u fiziksel yorulma yaşandığını saptamışlardır. Bakıcılardaki bu fiziksel rahatsızlıkları, bakım yüküyle ilişkilendirmişlerdir (NAC, 1997). 2009'da ABD'deki resmi olmayan bakıcıların %32'si "yüksek bir bakım" yükü yaşadığı tespit edilmiştir (NAC, 2009). Yüksek derecede devamlı ağır bakım veren kişilerin %28'i bakım verici faaliyetlerle ilişkili olarak ileri derecede fiziksel zorlanma yaşadıkları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (NAC, 2009). Hayes ve ark. (2009) , bakım düzeyinin bakım verenin yaralanmasının önemli bir öngörücüsü olduğunu bulmuştur. Ayrıca bu kişilerde iştahta değişim, baş ağrısı,

süreğen yorgunluk hissi, vücut ağırlık bakımından yükseliş veya azalış, kas ağrıları, giyim ve kıyafetlerinde dağınıklık, odaklanma zorluğu gibi fiziksel zorluklar, huzursuz olma, uykusuz kalma, kendisine olan saygısında azalış, toplumsal izolasyon, kırıncı tutumlar, ilaç ya da alkol kullanımında yükselişle birlikte kendini gösteren emosyonel belirtiler görülebilmektedir (Kasuya ve ark., 2000; Zaybak ve ark., 2012).

Birinci derecede bakım veren birey, hastanın gündelik hayatının merkezinde bulunduğundan genellikle hastalık ile ilgili olarak hastanın toplumsal iletişim kurduğu kişilerle temas halindedir. Bakım veren yükü ve sağlıklı ilgili durumlar, bakım veren kişinin hastaya olan destek verme kabiliyetini açık bir şekilde etkilemektedir (Snyder, 2015).

Bakım verme işinin zor ve meşakkatli olduğu ve farklı durumlara göre bakım verene yük yüklediği değişik araştırmalarda ortaya konmaktadır. Özellikle aile bireylerinin bakım üstlendiği durumlarda bakım süresinin hastalığın kronik olup olmamasına bağlı olarak uzaması, bakım verenlerin kendi alışkanlıklarını, yaşam tarzını, sosyal çevresini değiştirmek zorunda kalması daha fazla yük yüklemektedir. Araştırmalar bakım vermenin bakım verenlerin akıl sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Bakım verenler ile bakım verme işini üstlenmemiş kişiler arasında yapılan çalışmalarda, bakım veren grubun diğerlerine göre daha yüksek riske maruz kaldığı, depresif oldukları, duygusal sorunlar yaşadıkları ve bilişsel sıkıntılara sahip oldukları ortaya konmuştur (Brehaut ve ark., 2004; Douglas ve ark., 2003; Elmore, 2014). Yapılan başka araştırmalar bakım verenlerin zaman içinde öznel iyi oluş ve öz yeterlilik alanlarında da zorluk çektiklerini ortaya koymaktadır (Pinquart ve ark., 2003; Elmore, 2014). Bakım verme işi zaman zaman banyo yaptırma, yemek yedirme ve bakım gören kişiyi taşıma gibi fiziksel aktivitler de içerebilmekte bu nedenle uzun vadede bakım verenin fiziksel sağlığına olumsuz etki edebilmektedir (Elmore, 2014).

2.2. Sağlık Algısı

2.2.1. Tanımı

Sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir (Çapık, 2006). Sağlık algısının değerlendirilmesi; sağlıktaki değişikliklere karşı duyarlı olması, klinik değerlendirmeler yapılmadan ve belirtileri görülmeden önce hastalığın varlığını haber vermesi, hastaların

sağlık sorunlarına yönelik yaklaşımlarını, davranışlarını ve bu sorunları anlama biçimlerini etkilemesi sebebiyle önemli olmaktadır (Çapık, 2006). Bireylerin sağlık durumlarını belirlemede yaygın olarak kullanılmaktadır (Doğanay ve ark., 2012).

Bireylerin sağlıklarına ilişkin inançları, yani sağlık algıları; sağlık sorunlarına yönelik yaklaşımlarını, davranışlarını ve bu sorunları anlama biçimlerini etkilemesi sebebiyle oldukça önemlidir (Ostwald ve ark., 1999). Bir bireye sağlıklı diyebilmek için ya da bireyin “iyi sağlığa” sahip olduğunu söylemek için, bireyin kendisini sübjektif olarak sağlıklı hissetmesi kadar objektif olarak da sağlıklı olması gerekmektedir. Bu çerçevede, hemşirelerin, hasta bireyleri değerlendirme ve girişim planlama sürecinde, hastalığın objektif verileriyle birlikte sübjektif sağlık algısını da değerlendirmesi gerekmektedir (Çapık, 2006).

Hasta bireylerin, bireysel olarak ifade ettikleri hastalık durumlarının çoğunlukla yapılan sağlık tetkikleri sonucunda da doğrulandığı görülmekte; dolayısıyla bireysel sağlık algısının diğer yöntemlere göre daha bütüncül bir sağlık göstergesi olabildiği görülmektedir (Miilunpalo ve ark., 1997; Goldberg ve ark., 2001; Çapık, 2006).

Sağlık algıları (veya algılanan sağlık durumu), etkilenen kişinin kendi sağlık durumuna göre öznel değerlendirmeleridir. Bazı insanlar, bir veya daha fazla kronik hastalığa yakalanmış olsalar da kendilerini sağlıklı olarak algırlarken, bazıları, hiçbir objektif hastalık bulgusu bulunamadığında bile kendilerini hasta gibi algırlar. Sağlık algısı, sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ama güçlü bir göstergedir (Tuğut, 2008).

2.2.2.Sağlık Algısının Davranışa Etkileri

Bireylerin kendi sağlıklarına ve iyi oluşlarına belirli sağlık davranışlarını adapte ederek ya da bazı davranışlardan kaçınarak katkıda bulunabilecekleri gerçeği giderek artan bir şekilde kabul görmektedir. Sağlık davranışları sağlıklı olmayı hedefleyen; egzersiz yapma, sağlıklı beslenme, düzenli sağlık kontrollerinden geçme, hastalığa karşı aşı olma, cinsel hastalıklara karşı koruyucu önlem alma gibi ve sigara içme, alkol tüketimi gibi sağlık bozucu davranışlardan kaçınmayı içermektedir. Bu davranışlar çok kısa ve veya uzun vadede bireyin sağlık yaşantısına etki etmektedir ve kısmen de olsa bireyin kontrolü altındadır. Epidemiyolojik araştırmalar kimlerin hangi tür sağlık davranışı gösterdiğine ilişkin

farklılıkların varlığını göstermektedir. Davranışların sebebinin içsel ve dışsal etmenler olarak ele almak mümkündür. İçsel etmenler olarak bireye ait sosyo-demografik faktörler, kişilik ve bilişsel durum, dışsal etmenler olarak teşvikler ve yasal sınırlamalar kastedilmektedir. Psikologlar daha çok içsel faktörlerle ilgilenmiş ve özellikle bilişselliği önde gelen faktör olarak ele almışlardır (Wortman ve ark., 2012).

Bireylerin ne tür bir sağlık davranışı içine girebileceği tahmin edilebilir mi? Sağlık davranışı bireyden bireye birçok etmen nedeniyle farklılık gösterebilir. Bu farklılıkların nedenleri demografik faktörler, sosyal faktörler, duygusal faktörler, algılanan belirtiler, kişilik ve bilişsel faktörler olarak düşünülebilir. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik ve etnik kimlik sağlık davranışı ile güvenilir ilişkiler göstermektedir. Genel olarak, genç, varlıklı, iyi eğitilmiş, düşük stres seviyesinde yaşayan ve yüksek sosyal destek alan bireyler daha fazla sağlıklı yaşam aktivitelerinde bulunmaktadır. Bunun tersine durumlarda alkol ve tütün tüketimi artmaktadır. Kişilik teorisi kişilik yapısının ya da kişilik yapılarının bileşimlerinin davranışların belirlenmesinde etkili olduğunu ileri sürmektedir (Conner, Norman 2005).

2.3. Kişilik Kavramı ve Kapsamı

2.3.1. Kişilik Tanımı

Kişilik kavramının alan yazında ve normal yaşamda çok fazla tanımları bulunmaktadır. Batı dillerinde personality-personnalite olarak kullanılan kişilik kelimesi, Latince'deki "personalitas" anlamına gelmektedir (Colman, 2001). "Personalis" kavramı ise "persona" tabirinden türetilmiştir. Bir tanıma göre kişilik bir bireyi başka bireylerden ayırt eden bedensel, zihni ve psikolojik özelliklerin tümünü, bir başka tanıma göre bir bireyi nesnel ve öznel yanları ile başkalarından ayıran duygu, düşünce, tutum ve davranış özelliklerinin bütünüdür (Ewen, 2009; Köknel, 1985).

Psikanalitik yazına göre kişilik, kişinin alışkanlıklarına ve egosuna uyumlu içsel arzularına ilişkin taleplerinin, onun ahlaki duyguları ve dış dünya talepleri arasında sürdürdüğü müzakere çabalarının sonucudur. Kişilik, bireyin doğuştan getirdiği genetik özelliklerle onun gerçek ya da hayali olarak ebeveynleri ile deneyimlediği etkileşimi yoluyla oluşur (Akhtar, 2009; Dabos, 2004).

Kişilik tanımı ile özelliklere bakıldığında başlıca 3 unsur göze çarpar. Bunlar; bireyi diğerlerinden ayıran bir özellik olması, benzer koşul ve durumlarda benzer davranış özellikleri göstermesi, son olarak da kişiliğin bir bütünlük arz etmesidir (Şimşek, 2003).

Psikoloji bilimine göre ise kişilik, kişilerin kendilerine has ve ayırt edici davranışlarının tümü olarak açıklanmaktadır (Şimşek ve ark., 2003). Robert E. Park ve Earnest W. Burgess'e göre, kişilik "bireyin grubun içindeki rolünü belirleyen özelliklerin toplamı ve organizasyonu" dır. Arnold W. Rose, "kişilik, bir kişinin değerlerinin (fikirleri, prestij, güç ve cinsiyet gibi gayretlerinin nesnelere) yanı sıra onun fiziksel olmayan özelliklerinin toplamıdır (Alışlagelmiş hareket etme ve tepki verme biçimleri) "şeklinde bir tanımlama yapmaktadır. (Robert ve ark., 2015; Arnold ve ark., 1953).

Anderson ve Parker'a göre "Kişilik, sosyalleşmeden kaynaklanan ve başkalarıyla olan ilişkilerimizde bizi karakterize eden alışkanlık, tutum ve özelliklerin toplamıdır. Morton Prince'e göre, "Kişilik, tüm biyolojik doğuştan hâkim olanların, dürtülerin toplamıdır" (Eroğlu, 2004).

Bu tanımlara dayanarak kişiliğin araştırılmasına yönelik iki ana yaklaşım olduğu söylenebilir:

(1) Psikolojik ve

(2) Sosyolojik.

Psikolojik yaklaşım kişisel olarak kişiye özgü belirli bir stil olarak düşünülmektedir. Bu stil zihinsel eğilimlerin, komplekslerin, duyguların ve duyguların karakteristik organizasyonu tarafından belirlenir. Psikolojik yaklaşım, kişisel olarak dağınıklık olgusunu ve zihinsel çatışmayı, kişiliğin büyümesinde baskı ve süblimasyonun olgularını anlamamızı sağlar (Eroğlu, 2004).

Sosyolojik yaklaşım, kişiliğini gruptaki bireyin statüsü açısından, kendi üyesi olduğu gruptaki rolüyle ilgili kendi anlayışı açısından değerlendirmektedir. Başkalarının bizim için ne düşündüğü kişiliğimizin oluşumunda büyük rol oynamaktadır. Dolayısıyla kişilik, toplumdaki rolünü belirleyen ve karakterinin ayrılmaz bir parçasını oluşturan bir kişinin fikir, tutum ve değerlerinin toplamıdır. Kişilik, grup hayatına katılımının bir sonucu olarak kazanılır. Grubun bir üyesi olarak, fikirleri, tutumları ve toplumsal değerleri belirleyen belirli davranış sistemleri ve sembolik becerileri öğrenir (Eroğlu, 2004).

2.3.2. Kişilik Özellikleri

Kişilik özellikleri kavramı insanlığın dil kullanımı kadar eskilere dayanır. Aristotle M.Ö 4. Yüzyılda etik konusunda yazarken kibir, tevazu ve korkaklık gibi kavramların ahlaki ve gayri ahlaki davranışları tanımlanmasında anahtar belirleyiciler olduklarını öne sürmüştü. Yine aynı dönemlerde öğrencisi olan Teophrastus 30 karakter ve kişilik tipinin yer aldığı bir kitap yazmıştı (Whitehead, 2005).

Günlük hayatta karşılaşılan kişilik özellikleri ile ilgili 2 temel varsayımda bulunmaktadır. Birincisi özelliklerin sabit olduğu, ikincisi ise kişilik özelliklerinin davranışları etkilediğidir. 1968 yılında Amerikalı üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrenciler; samimi, namuslu, anlayışlı, sadık ve minnettar gibi özelliklere olumlu anlam yüklerken, namuslu olmayan, acımasız, kaba, yalancı ve sahtekar gibi özellikleri olumsuz özellikler olarak değerlendirmiştir. Aristotle önermesinde daha ince bir yaklaşım göstermiş ve davranışların tutumları, tutumların da yine davranışları etkileyen bir karşılıklılık içinde olduğunu öne sürmüştür. Kişilik kavramından bahsedilecekse onu belirleyen özgün karakteristik ise kişilik özelliğidir. Kişiliği anlama ve ölçmenin yolu kişilik özelliklerini ölçmekle mümkün olacaktır (Matthews ve ark., 2003).

2.3.3. Kişiliği Belirleyen Faktörler

Kişilik, belli bir süre çerçevesindeki davranış biçimi değil; mevcut olan zamanla birlikte geçmiş ve geleceğin meydana getirdiği bir bütün olarak açıklanmaktadır. 'Kişilik' terimi, maske anlamına gelen Latince 'persona' kelimesinden türemiştir. Young'a göre, "Kişilik, davranışları, tutum ve düşünceleri, rolleri ve statüleri içine alan, dışardan düzenlenebilen, kendiliğinden geliştirilebilen, motivasyon, hedefler ve kendine özgü yönleriyle

ilişkilendirilen, kişinin vücut şekillerini, özelliklerini, tutumlarını ve fikirlerini ifade eder. Robert E. Park ve Earnest W. Burgess'e göre, kişilik "bireyin grubun içindeki rolünü belirleyen özelliklerin toplamı ve organizasyonu" dır. Anderson ve Parker'a göre, "Kişilik, sosyalleşmeden kaynaklanan ve bizi başkalarıyla olan ilişkilerimizde karakterize eden alışkanlıkların, tutumların ve özelliklerin toplamıdır (Soysal, 2008).

2.3.3.1 Kalıtım ve Bedensel Yapı Faktörleri

Kalıtım, insan kişiliğini belirleyen bir diğer faktördür. İnsanoğlunun kişilik içindeki benzerliklerinden bazılarının ortak kalıtımından kaynaklandığı söylenir. Her insan grubu aynı genel biyolojik ihtiyaç ve kapasiteleri devralır. Bu ortak ihtiyaçlar ve kapasiteler, kişilikteki bazı benzerliklerimizi açıklamaktadır. İnsan, erkek ve dişi germ hücrelerinin, gebelik oluştuğunda oluşan tek bir hücrede birleşmesinden kaynaklanır.

Fiziksel yapısı ve sağlığı iyi olan bir adam genellikle cazip bir kişiliğe sahiptir. Kişiliğinin büyümesi kontrol edilebilir. Sinir sistemi bireyin zekasını ve yeteneklerini etkilemektedir. Hormonlar kişiliğin büyümesini tetiklemektedir. Çok fazla veya çok az hormon zararlıdır. Bazı erkekler aşırı sabırlı, aşırı duygusal, aşırı aktif ve fazla kızgınken diğerleri tembel, pasif ve zayıf. Nedeni, ilk vakada daha fazla hormonun salgılanması ve son durumda daha az hormonun salgılanması olabilir. Normal bir kişilik için dengeli bir hormon salgısı olmalıdır (Köknel, 1995).

Kromozomlarda gizli bulunan soyaçekim unsurlarına "belirtici" anlamında "genler" denmektedir (Cüceloğlu, 1997: 89-90). Kalıtım ve yahut soyaçekim diğer bir ifadeyle, 'kısaca dışarıdan bir etki ile köklü değişiklik olmayan özelliklerin anne ve babanın kromozomlarıyla kuşaktan kuşağa aktarılması olup, kişinin bütün yaşantısına şekil veren önemli bir faktördür' (Köknel, 1995; Eroğlu, 1998).

Kalıtım sadece tecrübenin kişiliği şekillendireceği materyalleri sağlar. Deneyim, bu materyallerin nasıl kullanılacağını belirler. Bir birey, kalıtımından dolayı enerjik olabilir, fakat kendi inancıyla veya başkaları adına aktif olup olmadığı onun eğitiminin bir meselesidir. Kişilik, kalıtım eğilimlerinin veya özelliklerin doğrudan bir sonucuysa, aynı ebeveynlerin aynı ortamda yetişen tüm oğulları ve kız çocukları, aynı kişiliklere veya en azından çok benzer özelliklere sahip olmalıdırlar.

2.3.2.2 Sosyo-Kültürel Faktörler

Kişilik, kültürün subjektif yönüdür. Kişiliği ve kültürünü aynı madalyonun iki yüzü olarak görülmektedir. Spiro, "Kişiliğin gelişimi ve kültür kazanımı farklı işlemler değil, aynı öğrenme süreci" olarak görmektedir.

Kişi ailesinden, bulunduğu çevreden uygarlığa kadar olan bir çevreden etkilenmektedir. Kişinin içinde olduğu grubun üyesi durumuna olmasına "toplumsallaşma" süreci denilmektedir (Soysal, 2008: 7). Toplumsallaşma sürecinde bulunan birey, bir taraftan uyum içerisinde yaşamaya devam edebilme gayretiyle sosyal kuralları benimseyerek diğer kişiler ile benzeşirken, öteki yandan doğumdan gelen özellikle diğer kişilerden ayrılmaktadır. Çoğunlukla kişinin idealleri ve ilgi alanları bu katıldığı kültürel ortamda şekillenmektedir (Köknel, 1995: 69; Zel, 2001: 412).

Belli bir grupta çoğunlukla baskın olacak kişilik türünü kültürün büyük ölçüde belirlediğinden şüphe edilemez. Bazı düşünürlere göre kişilik, kültürün subjektif yönüdür ve onlar kişiliği ve kültürü aynı madalyonun iki yüzü olarak görmektedirler. Spiro, "Kişiliğin gelişimi ve kültür kazanımı farklı işlemler olmadığına, aynı öğrenme sürecinde şekillendiğini" savunmaktadır (Bateman, 2004; Goldstein, 1981; Bland, 2007).

2.3.3.3 Sosyal Sınıf Faktörü

Kişiliğin oluşmasında, önemli bir faktörde kişinin tabi olduğu sosyal sınıftır. Kişinin içinde bulunduğu sosyal sınıf, "eğitim imkânları, yaşam şekli, fikir ve yönelimlerle birlikte değişik kişisel özelliklerini" şekillendirebilmektedir (Eroğlu, 1998; Soysal, 2008).

Bireyin, sosyal gruplara bağlılık derecesi kişiliğinin şekillenmesinde önemli bir faktördür. Örneğin sosyo-ekonomik yönden iyi bir ailede doğan çocuk, genellikle geliri, yaşam şekli, sosyal statüsü yüksek bir meslek sahibi olacak ve konumuna göre davranışlar sergileyecektir. Sosyo-ekonomik açıdan alt sınıfta doğan bir bireyde sahip olduğu imkânlarla yaşamını sürdürecektir (Hulme, 1996).

2.3.3.4 Coğrafi ve Fiziki Faktörler

Mevsimlerin değişmesi, bireylerin birtakım ve davranışlarında değişikliklere sebep olmaktadır. İnsan yaşadığı fiziksel çevreye göre fikir ve tutumlar oluşmaktadır. Fiziksel

çevrenin kültürel gelişmeyi belirlediği ölçüde ve bu kültüre göre kişilik, kişiliği belirlemekte, kişilik ve çevre arasındaki ilişki belirginleşmektedir.

On sekizinci yüzyılda Montesquieu, soğuk iklim tarafından kutsanmış olanların cesaretinin özgürlüklerini korumalarını sağladığını iddia etmiştir. Soğuk algınlığı vücudun ve aklın belirli bir kuvvetine neden olurken, büyük ısı cesareti arttırır. Yüksek sıcaklıklarda çalışmanın bozulmaya neden olduğu söylenir ve bu nedenle sıcaklıkların ortalama değerlerin altında ya da optimum olduğu yerlerde medeniyetler büyümüştür.

Dağ insanların yanı sıra çöller genellikle cesur, sert ve güçlüdür. Huntington'un fiziksel ortamın insanın tutumlarına ve zihinsel yapısına etkisi tartışması çok kapsamlıdır. Bununla birlikte, daha önce belirtildiği gibi, fiziksel koşullar nedensel faktörlerden ziyade daha izin verici ve sınırlayıcı faktörlerdir. Kişiliğin gelişebileceği sınırları belirlerler.

Bu nedenle, iklim ve topoğrafya büyük ölçüde bir insanın fiziksel ve zihinsel özelliklerini belirlemektedir, ancak insan davranışlarını tek başlarına belirledikleri söylenemez. Çoğu kişilik türü her kültürde bulunur. Aslında, uygarlıkların iklimi ve topografik açıdan çok farklı bölgelerde ortaya çıktığı gerçeği devam ediyor (Larsen 2008).

Akla gelebilecek herhangi bir coğrafik değişiklik olmadığında bile, erkeklerin tutum ve düşünceleri değişmektedir. Coğrafik determinizmin savunucuları, insan kişiliğini aşırı basitleştirir ve bu yüzden yorumları yalnızca yakından incelendikten sonra kabul edilir (Eroğlu, 2004).

2.3.3.5 Diğer Faktörler

Kişiliği etkileyen diğer faktörler kitle iletişim araçları, yetişkinler grubu ve doğum sırası olarak üç grupta toplamak mümkündür. Kitle iletişim araçları, kişiliğin belirlenmesinde belirli bir etkiye sahiptir. Kitle iletişim araçlarını etkin bir şekilde kullanan bireylerle, kullanmayan bireyler arasında bir farklılık olmaktadır. Kitaplar, dergiler ve televizyon gibi kitle iletişim araçlarının, çocukların gelişiminde ve yetişkinlerin yeni davranış kalıpları kazanmalarında etkileri fazladır. Bireylerin içinde buldukları sosyal grupların içindeki yetişkinler grubu da, kişiliğin oluşumunda etkili faktörlerdendir. Çünkü bireyler, bazı ideallerini belirlerken veya davranışlarını düzenlerken sosyal gruplarca benimsenen yetişkin grubunun üyelerinden bazılarını kendilerine örnek olarak alacaklardır. Bu örnekler kişilerde,

kişiliğin oluşumunda önemli birer faktör olarak görülecektir (Zel, 2001; Erdoğan, 1991; Eroğlu, 2004).

2.3.4. Kişiliğin Ölçülmesi

İnsan ve insan davranışları karmaşık bir yapıya sahiptir. İnsanın bu karmaşık yapısını anlamak için birçok bilim insanı, psikologlar çalışmalar yapmıştır. Farklı kuramcılar kişiliği ve onun gelişimini farklı yollardan açıklamaya çalışmışlar bu nedenle de farklı kuramlar geliştirmişlerdir. Bilim insanları kuramlarının ortaya koyduğu önermeleri hem kişiliği değerlendirebilmek hem de bireyin gelecekteki davranışların tahmin etmek amacıyla farklı yöntemler ile ölçümleme çabası içine girmişlerdir. Kişilik testleri duyguları, duygu durumlarını, motivasyonu, tutumları ve kişilerarası ilişkileri ölçmeye yaramaktadırlar. (Anabrittanica)

Birçok kuramcı kişiliği tanımlarken onun kolay değişmez olduğuna vurgu yapmaktadırlar. Freud kuramında kişilik gelişim sürecini 5 dönemden oluştuğunu ve 18 yaş itibariyle nihai şeklini bulduğunu öne sürerken, Erik Erikson kişilik gelişiminin bireyin tüm yaşamı boyunca değişebildiğini öne sürmektedir ve bireyin yaşamını 8 dönemden geçtiğini belirtmektedir (Caspi ve Roberts, 2001).

Yapılan araştırmalara göre kişilik özellikleri çocukluktan ergenliğe doğru giderken makul bir devamlılık göstermektedir ve yetişkinlikte belli bir yaşta sabitlenmemektedir. Hatta yaşlılık dönemlerinde bile değişim göstermektedir. Buna karşın zaman ve yaşlanma ile bireyler sosyal çevreleri ile daha fazla uyum ve etkileşim içinde olabilmekte ve kişilik sürekliliği daha fazla gözlemlenebilmektedir, yani yaşlılık dönemlerindeki değişim önceki dönemlere nazaran daha yavaş ve az olabilmektedir. Sonuçta, kişilik gelişimi çocukluk döneminde sona ermez, dahası kişilik erken yetişkinlik döneminde yaşa bağlı olarak gelişir (Caspi ve Roberts, 2001).

Bazı insanların neden diğerlerinden daha sağlıklı olduklarını açıklamak için çok çeşitli kişilik kavramları ve bunların sağlık sonuçlarıyla olan ilişkileri incelenmiştir(Costa, 1995). Bununla birlikte, kişilik-sağlık ilişkisini inceleyen çalışmalar çeşitli problemlerle sınırlandırılmıştır. 5 faktörlü kişilik özelliklerinin (dışa dönüklük, hoşgörü, vicdanlılık, duygusal dengelilik ve açıklık) ve daha üst düzey 3 sağlıkla ilgili kişilik yapılarının (olumsuz

deneyim, iyimser kontrol ve pasiflik) öznel sağlığın kendine özgü raporlarıyla nasıl ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda incelenmiştir.

Carl Rogers (2007) kişiliğin, belirli şartlara bağlı olarak psikoterapi süreci içinde yapıcı bir şekilde değişebileceğini öne sürmektedir.

Avustralya'da yapılan bir araştırmada 5 faktör kişilik özelliklerinin yaş gruplarına ve yaşam boyunca göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır (Wortman ve ark., 2012).

Duygusal dengelilik, kendisini duygusallıktan ziyade davranışlarda gösteren bir kişilik özelliğidir. Duygusal dengelilik açısından yüksek puan alan kişiler sakin, rahatlamış, kendisi ile tatmin olan, objektif olarak kendisi ile gurur duyan kişilerken; düşük puan alan kişiler kolay incinen, kaygılı, kolaylıkla uyarılabilen ve suçluluk duygusuna açık kişilerdir.

Dışa dönük bireylerin 3 farklı kişiler arası ve karakter özellikleri vardır. Bunlar, sıcaklık ve bağlanma, sıcaklık ve birlikte olma, hakkını arayan, zorlayan (assertive). Dışa dönüklük puanları düşük olan bireyler duygusal olarak yumuşak, yakın ilişkilerden kaçınan, dürtülerini aşırı kontrol eden ve teslimiyetçi kişilerdir. Buna mukabil yüksek puan alanlar konuşkan, birlikte olmaktan hoşlanan, hakkını arayan sosyal ortamda sakin olan kişilerdir.

Deneyime açıklık, fantezilere açıklık, estetik deneyimlere açıklık, fikirlere ve değerlere açıklık, aksiyonlara açıklık olarak düşünölmektedir. Bu alanda düşük puan alanlar daha ziyade tutucu değerleri olan, karmaşıklıktan kaçınan, ahlaki değerleri önde tutan bireyler olup, yüksek puan alanlar ise entelektüel değerlere önem veren, kaşı çıkan, genelin dışında düşünebilen kişilerdir (McCrae ve ark., 2001).

Yumuşak başlılık açısından düşük puan eleştiren, limitleri zorlayan ve düşmanca hislerini direk olarak ifade eden kişilerdir. Bunun tersi olarak yüksek skor alanlar sempatik, sıcak, merhametli, verici kişilerdir (Passer, 2010).

Sorumluluk puanlarında düşüklük, hazzı ertelemeyen, gündüz düşleri gören, fantezilerle yaşayan ve durumları erotize eden kişiler olarak anlaşılır. Buna karşın yüksek skorlar etik davranabilen, güvenilir, üretken, sorumluluk duygusu olan kişileri tarifler (McCrae ve ark., 2003).

Yapılan bir çalışmada yüksek derecede dışa dönük üniversite öğrencilerinin daha fazla sigara ve alkol tükettikleri, tıknırcasına içme davranışı gösterdikleri, birden fazla cinsel partner sahibi oldukları, cinsel hastalıklardan korunmada yetersiz oldukları ve yeterli uyku uyumadıkları görülmüştür (Raynor ve ark., 2009).

Buna karşın dışa dönüklük, bakım verme işi açısından farklı bir anlam ifade etmektedir. Dışa dönük insanlar daha iyimser olup, başkalarıyla beraber oldukları durumlarda kendilerini rahat hissederler. Bilhassa orta yaş dönemlerinde bireylerin sağlıklarının bozulması beklenebilir bir durum olmaktadır. Bakım verenler bu açıdan da risk altındadır. Dışa dönüklük puanı düşük olan bakım verenler durumları hakkında daha doğru analizlerde bulunurken buna karşın dışa dönüklük puanı yüksek olanlar önemli belirti ve işaretleri görmezden gelebilirler. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmeti sunan profesyoneller dışa dönük bakım verenlere daha şüphe ile yaklaşmalıdır (Hoerger ve ark., 2016).

2.3.5. Kişilik ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişki

Karakter profilleri ile bireylerarası sağlık farkları arasında (iyi oluş gibi afektif olmayan) ve (mutluluk gibi afektif olan) güçlü bir ilişki vardır. Cloninger ve Zohar (2011) yaptıkları çalışmada karakterin sağlık algısı üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu öne sürmektedir. Nörotisizm (duygusal dengesizlik) ve iyimserliğin akıl sağlığı üzerinde, bakım verenlerin mevcut stresi algılama farklılığı nedeniyle etkisi olduğu öne sürülmektedir. Bununla birlikte nörotisizmin algılanan stresten bağımsız olarak da psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olduğu ileri sürülmektedir. Costa ve McCrae (1980) de öne sürdüğü psikolojik iyi oluş modelinde yüksek seviyedeki olumlu duygulanımı yüksek seviyede dışa dönüklük (extraversion), yüksek seviyede olumsuz duygulanımı yüksek seviye nörotisizm ve genel mutluluğu da bu iki özelliğe ait puanlarla ilişkilendirmiştir. Costa ve McCrae 1980'de önerdiği psikolojik iyi oluş modelinde olumlu duygulanımın dışa dönüklüğe eşlik ettiğini, olumsuz duygulanımın ise nörotisizm ile ilintili olduğunu ve mutluluğun ise bu iki skorla ilintili olduğunu ileri sürmüştür (Cloninger ve ark., 2011).

Sağlık inanç modeli (HBM), özellikle sağlık hizmetlerinin alınmasına ilişkin olarak, sağlıkla ilgili davranışları açıklamak ve tahmin etmek için geliştirilen bir psikolojik sağlık davranış değişiklik modelidir. Sağlık inanç modeli, insanların sağlık sorunları, eylemin faydaları ve engellerle ilgili inançları ile öz yeterlik kavramlarının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine

yönelik davranışta katılımı (veya katılım eksikliğini) açıkladığını göstermektedir. Sağlık teşvik edici davranışı tetiklemek için bir teşvik veya eyleme ipucu da mevcut olmalıdır.

Algılanan şiddet, bir sağlık sorununun ciddiyetinin subjektif değerlendirilmesine ve bunun potansiyel sonuçlarına atıfta bulunmaktadır. Sağlık inanç modeli, belirli bir sağlık problemini ciddiye algılayan bireylerin, sağlık sorununun oluşmasını önlemek (veya ciddiyetini azaltmak) için davranışlarda bulunma eğiliminde olduğunu önermektedir. Algılanan ciddiyet, hastalığın kendisi ile ilgili inançları (örneğin yaşamı tehdit eden veya özürüllüğe veya ağrıya neden olabilir) yanı sıra, hastalığın iş ve sosyal roller üzerinde daha geniş etkileri kapsar.

Algılanan duyarlılık, bir sağlık sorunu geliştirme riskinin öznel değerlendirmesi anlamına gelir. Sağlık inanç modeli, belirli bir sağlık problemine duyarlı olduklarını düşünen kişilerin, sağlık sorununun gelişme riskini azaltmak için davranışlara girmesini öngörür. Algılanan duyarlılığı düşük olan kişiler belirli bir hastalıkla mücadele riskinin bulunduğunu inkâr edebilirler. Bir hastalığa yakalanma riskinin düşük olduğuna inanan kişiler, sağlıksız veya riskli davranışlarla meşgul olma olasılıkları daha yüksektir. Belirli bir sağlık probleminden kişisel olarak etkilenme riski yüksek olan kişiler, durum geliştirme riskini azaltmak için davranışlara girme eğilimi gösterirler.

Sağlıkla ilgili davranışlar, harekete geçmenin algılanan faydalarından etkilenir. Algılanan fayda, hastalığın riskini azaltmak için bir sağlık teşvik edici davranışa girmenin değerini veya etkinliğini değerlendiren bireyin değerlendirmesidir. Bir kişi belirli bir eylemin bir sağlık sorununun duyarlılığını azaltacağı veya ciddiyetini azaltacağına inanıyorsa, o zaman etkinliğin etkinliği ile ilgili objektif olgulara bakmaksızın bu davranışa girme olasılığı vardır (Cloninger ve ark., 2011).

Sağlıkla ilgili davranışlar, harekete geçme konusunda algılanan engellerin bir fonksiyonudur. Algılanan engeller, bir bireyin davranış değişikliği engellerini değerlendirmesidir. Bir sağlık durumu bir tehdit olarak algılar ve belirli bir eylemin tehdidi etkili bir şekilde azaltacağına inanıyor olsa bile, engeller sağlık teşvik edici davranışta yer almayı engelleyebilir. Başka bir deyişle, algılanan faydalar, davranış değişikliğinin oluşması için algılanan engellerin üstünde olmalıdır. (Kurtzberg, 2005).

Demografik, psikososyal ve yapısal değişkenler de dahil olmak üzere bireysel özellikler, sağlıkla ilgili davranışların algılarını (yani algılanan ciddiliği, yatkınlığı, faydaları ve engelleri) etkileyebilir. Demografik değişkenler arasında yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken ve eğitim bulunmaktadır. Psikososyal değişkenler arasında kişilik, sosyal sınıf ve akran ve referans grubu baskısı bulunmaktadır. Yapısal değişkenler arasında, belirli faktörlerin yanı sıra diğer faktörlerin yanı sıra hastalığa ilişkin önceden bilgi de vardır. Sağlık inanç modeli, değişkenlerin değiştirilmesinin, algılanan ciddiliği, duyarlılığı, yararları ve engelleri etkileyerek sağlıkla ilişkili davranışları dolaylı olarak etkilediğini önermektedir (Marshall, 1994).



3. MATERYAL VE METOT

Aşağıda sırasıyla, araştırmanın modeline, araştırma grubuna, araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarına, verilerin toplanmasında izlenecek işlem yoluna ve elde edilecek verilerin istatistiksel analizine yönelik bilgiler sunulmuştur.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi kayıtlarında bulunan ve evde bakıma ihtiyacı olan hastaların bakım verenlerinin kişilik özellikleri ile genel sağlık algıları arasında bir ilişki olup olmadığının incelenmesi amacıyla düzenlenmiş betimsel ve ilişkisel tarama modeline göre modellenmiş bir çalışmadır. Nedensel karşılaştırmalı modele göre (Fraenkel ve Norman, 2006) var olan bir durum içinde araştırmanın müdahalesi olmadan değişkenler arasındaki ilişkiler neden-sonuç etki bağlamında incelenmektedir. Araştırmada öncelikle evde bakıma ihtiyacı olan hastaların bakım verenlerinin kişilik özellikleri belirlenmiş, ardından, bu kişilerin genel sağlık algıları ile bu kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler saptanmış olan değişkenler ile karşılaştırılarak yapısal çeşitlik modeli çerçevesinde test edilmiştir.

3.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, 2017 yılının Şubat ve Nisan ayları içerisinde İstanbul ilinde Pendik bölgesinde ve Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kayıtlarında bulunan 600 eve bağımlı hastadır. Araştırmaya hipotezin derinlemesine sınanabilmesi amacıyla “Amaçlı Örneklem (Purposive Sampling)” yöntemiyle 86 hastanın bakım vereni dahil edilmiştir. Amaçlı örneklem; çalışmanın amacı bağlamında bilgi açısından zengin durumların seçilmesidir. Birbirinden farklı amaçlı örneklem yöntemleri vardır. Bu katılımcılara amaçlı örneklem yöntemlerinden biri olan “Benzeşik Örneklem” yöntemiyle ulaşılmıştır. Benzeşik örneklem; araştırmanın problemiyle ilgili olarak evrende yer alan benzeşik bir alt grup ya da durumu karşılayan katılımcılardan oluşturulur. Bizim çalışmamızın örnekleme de eve bağımlı hastaya bakım veren ve Marmara Üniversitesi Pendik EAH Evde Sağlık hizmetlerine başvurmuş olan hasta yakını olmak kriterlerini karşılayan kişilerden oluşturulmuştur. Şubat-Nisan ayları boyunca bu kriterleri karşılayan ve bu birime yeni başvuran ya da ziyaret edilen eve bağımlı hastaların ardışık bakım

vericileri arasından çalışmaya katılmayı kabul edenler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul etme oranı %60'dır. Bakım vericilerle yapılacak veri toplama amaçlı görüşme taleplerinin hizmet sunumunun hemen ardından teklif edilmesi hem bakım vericinin yorgunluğu hem de evde sağlık ekibinin zaman kısıtlılığı nedeniyle ancak bu oranda gerçekleşmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada evde bakıma ihtiyacı olan hastaların bakım verenlerinin kendileri ve bakım verdikleri kişiler ile ilgili verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen ve hem kapalı hem de açık uçlu soruları içeren 19'u bakım verene 7'si bakım alana yönelik toplam 26 soruluk kişisel bilgi formu ile bağımsız değişkenlere yönelik bilgiler toplanmıştır. Araştırmada bağımsız değişkenlere yönelik bilgi veri toplama aracı olarak TIPI-10 (On Maddeli Kişilik Envanteri) ve Sağlık Algısı Ölçeği ile (Perception of Health) toplanmıştır.

3.3.1. TIPI-10 (On Maddeli Kişilik Envanteri)

Ölçek, on maddeden oluşmaktadır ve her bir maddede benzer anlama gelen iki kişilik özelliği bulunmaktadır. 5 faktörlü kişilik özelliklerinin (dışa dönüklük, hoşgörü, vicdanlılık, nevroitiklik ve açıklık) ve 3 faktörlü daha üst düzey sağlıkla ilgili kişilik yapıların (olumsuz deneyim, optimistik kontrol ve pasiflik) öznel sağlığın kendine özgü özellikleri nasıl bağlı olduğunu (Pozitif ve negatif duygudurum, fiziksel belirtiler ve genel sağlık konuları) ve objektif sağlık koşulları (kronik hastalıklar, ciddi hastalıklar ve fiziksel yaralanmalar) incelemektir. 7'li likert türü bir ölçektir. Her bir madde Cevaplaması ortalama 10 dakika sürmektedir. TIPI-10 Gosling ver arkadaşları tarafından geliştirilmiş daha sonra Dr Hasan Atak tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İfadeler 1 = Tamamen katılmıyorum: 2 = Kısmen katılmıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4 = Kararsızım 5 = Biraz Katılıyorum 6 = Kısmen katılıyorum 7 = Tamamen katılıyorum şeklinde verilmektedir. Ölçeğin güvenilirlik çalışması için iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alpha değerlerine bakılmıştır. Bu çalışmada iç tutarlılık değeri 0,787 olarak bulunmuştur. OMKÖ'nün orijinal versiyonunda iç tutarlılık katsayılarının 0,40 ile 0,73 arasında değiştiği bulunmuştur (Gosling, 2003). Ölçeğin diğer versiyonlarına bakıldığında, düşük iç tutarlılık katsayılarının ortaya çıktığı görülmektedir. Denissen ve arkadaşları (Denissen, 2008), ölçeğin Hollanda versiyonunda iç tutarlılık katsayılarının 0,10 ile 0,61 arasında değiştiğini,

Ehrhart ve arkadaşları (Ehrhart, 2009) ölçeğin İngilizce versiyonunda 0,49 ile 0,76 arasında değiştiğini, Holmes (Holmes, 2010) Amerikan versiyonunda 0,36 ile 0,73 arasında değiştiğini ve Muck ve arkadaşları (Muck, 2007) ölçeğin Almanca versiyonunda 0,43 ile 0,67 arasında değiştiğini bulmuştur.

3.3.2. Sağlık Algısı Ölçeği (Health Perception Scale)

Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Ölçekler, önceki sağlık, mevcut sağlık, sağlık görünümü, hastalıklara karşı direnç / duyarlılık, sağlık endişesi / endişesi, hastalık yönelimi, hasta rolünün reddini ve doktora gitme konusundaki tutumlarını ölçmektedir. Türkçe'ye uyarlanması Yrd.Doç Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır. 15 maddeden oluşan 5'li likert türü bir ölçektir. 1,5,9,10,11 ve 14. Maddeler olumlu tutum, 2,3,4,6,7,8,12,13 ise olumsuz tutum ifadeleridir. Olumlu ifadeler için “çok katılıyorum=5”, “katılıyorum=4”, “kararsızım=3”, “katılmıyorum=2”, “hiç katılmıyorum=1” olarak puanlama yapılmaktadır. Olumsuz tutumlar ters olarak puanlamaya tabi tutulmaktadır. Puanlama 15-75 arasına değişmektedir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri 0,897 olarak bulunmuştur. Diamond ve ark. geliştirdikleri bu ölçeği yetişkin bir gruba (n= 322) uygulamışlar ve alt grupların Cronbach Alpha Değerlerini: Kontrol merkezi için 0,90; Öz farkındalık için 0,91; Kesinlik için 0,91; Sağlığın önemi için 0,82 bulmuşlardır (Diamond, 2007). Kadioğlu ve ark. (2012), ölçeğin Türkçe versiyonunda ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha değerleri hemşirelik öğrencilerinde 0,60 ile 0,76 arasında değişirken (Kontrol merkezi 0,76; Öz farkındalık 0,63; Kesinlik 0,71; Sağlığın önemi 0,60), öğrencilerin ailelerinde 0,53 ile 0,73 (Kontrol merkezi 0,67; Öz farkındalık 0,53; Kesinlik 0,73; Sağlığın önemi 0,54) arasında değiştiği bulunmuştur.

3.3.3. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bakım veren ve bakım alan kişilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular ile bu kişilerin bakım verme sürecinin özelliklerini sorgulayan açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Bakım alanın hastalığı, hastalık süresi, bağımlılık durumu, yaşı sorgulanırken bakım verenin de yaş, eğitim durumu, sosyal güvencesi, var olan kronik hastalıkları, ilaç kullanma durumu değerlendirilmiştir. Bakım verme sürecinin niteliğini öğrenmek amacıyla bakım verenin tek başına ya da paylaşımlı

olup olmadığı, bakım verme süresi, hastaya yakınlığı ve günlük bakım verme süresi ile ilgili hazırlanmış olan sorulardan oluşmaktadır.

3.3.4.Araştırmanın Hipotezleri:

Araştırmada sınanacak olan hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

3.3.4.1 Dışadönüklük ile sağlık algısı arasında ilişki var mıdır?

3.3.4.2 Sorumluluk ile sağlık algısı arasında ilişki var mıdır?

3.3.4.3 Uyumluluk ile sağlık algısı arasında ilişki var mıdır?

3.3.4.4 Deneyime açıklık ile sağlık algısı arasında ilişki var mıdır?

3.3.4.5 Duygusal dengelilik ile sağlık algısı arasında ilişki var mıdır?

3.3.4.6 Bakım verenlerin kişilik özellikleri ile sağlık algıları alt boyutları yaş gruplarına göre farklılık göstermekte midir?

3.3.4.7 Bakım verenlerin kişilik özellikleri ile sağlık algıları alt boyutları cinsiyetlere göre farklılık göstermekte midir?

3.3.4.8 Bakım verenlerin kişilik özellikleri ile sağlık algıları alt boyutları eğitim durumlarına göre farklılık göstermekte midir?

3.3.4.9 Bakım verenlerin kişilik özellikleri ile sağlık algıları alt boyutları medeni durumlarına göre farklılık göstermekte midir?

3.3.4.10 Bakım verenlerin kişilik özellikleri ile sağlık algıları alt boyutları sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre farklılık göstermekte midir?

3.3.4.11 Bakım verenlerin kişilik özellikleri ile sağlık algıları alt boyutları bakım verenin rahatsız olup olmama durumuna göre farklılık göstermekte midir?

3.3.5. Verilerin Değerlendirilmesi:

İstatiksel analiz için SPSS 23.0 for Windows programı kullanılmıştır. Çalışmada bağımsız değişkenlere verilen yanıtların dağılımına ilişkin tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma ve ortanca olarak sunuldu. Sayısal değişkenler için çoklu bağımsız grup karşılaştırmalarında parametrik testlerden bağımsız t testi ve varyans analizi (ANOVA testi) uygulanmıştır. Sayısal veriler arasındaki ilişkide Pearson Kolerasyon istatistiği kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p değerinin 0,05 ten küçük olması durumu olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bulguların ve yorumların verilişinde alt problemlerin sırası izlenmiş ve sonuçlar tablolar halinde sunulmuştur.

4.1. Bakım Veren Kişinin Özellikleri:

Tablo 4.1: Bakım Veren Kişilerin Demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde %
Cinsiyet	Kadın	64	74,4
	Erkek	22	25,6
	Toplam	86	100,0
Yaş	20-35	10	12,7
	36-51	41	51,9
	52 yaş ve üzeri	28	35,4
	Toplam	86	100,0
	Ort±Std	86	42,3±11,3 (min:25, max:58)
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	7	8,1
	İlkokul	47	54,7
	Ortaokul	5	5,8
	Lise	19	22,1
	Üniversite ve üzeri	7	8,1
	Okur-yazar	1	1,2
	Toplam	86	100,0
Medeni Durumu	Evli	67	79,8
	Bekar	12	14,3
	Dul	5	6,0
	Toplam	84	100,0
Meslek	Memur	4	4,8
	İşçi	4	4,8
	Özel Sektör	6	7,1
	Emekli	8	9,5
	Çalışmıyor	61	72,6
	Serbest Meslek	1	1,2
	Toplam	84	100,0

- N=86, Toplam değeri 86 ulaşmayan değişkenlerde kayıp değişken mevcuttur.

Tablo 4.1’de bakım veren kişilere ait demografik özellikler gösterilmiştir. Araştırmada toplamda 86 bakım veren kişi yer almıştır. Bakım veren kişilerin yaş ortalaması $42,3 \pm 11,3$ yıl (min:25, max:58) olurken, %74,4’ü kadın ve %25,6’sının erkek olduğu saptanmıştır. Bakım veren kişilerin %51,9’u 36-51 yaş arasında ve %54,7’si ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Yaşlılara ve hastalara bakım veren kişilerin %79,8’i evli olduğu ve %72,6’sının çalışmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2: Bakım Veren Kişilerin Özellikleri

		Sayı	Yüzde %
Sosyal Güvence	Var	27	61,4
	Yok	17	38,6
	Toplam	44	100,0
Aylık Gelir	0-800	7	20,0
	801-1500	16	45,7
	1501-2500	10	28,6
	2501 ve üzeri	2	5,7
	Toplam	35	100,0
Evdeki Kişi Sayısı	1,00	1	1,2
	2,00	10	11,6
	3,00	19	22,1
	4,00	16	18,6
	5,00	19	22,1
	6,00	13	15,1
	7,00	5	5,8
	8,00	3	3,5
	Toplam	86	100,0
Rahatsızlık Durumu	Evet	49	57,0
	Hayır	37	43,0
	Toplam	86	100,0

Hasta ve yaşlılara bakım veren kişilerin, %61,4’nün bir sosyal güvenceye sahip olduğu, %45,7’sinin 801-1500 TL arasında aylık kazancı olduğu belirlenmiştir. Bakım yapan kişilerin %87,2’si 3 ya da daha fazla kişi ile beraber oturmaktadır. Bakım veren kişilerin %57,0’sinin herhangi bir sağlık problemi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Bakım Veren Kişilerin Hastalık Durumu (N=49)

	Sayı	Yüzde %
Kas İskelet Rahatsızlığı	12	24,4
Diyabet	11	22,4
Kalp-Damar	16	32,6
Diğer	10	20,6

Bakım veren kişilerin 49 tanesinde bir ve birden çok rahatsızlık saptanmıştır. Genel olarak bakım veren kişilerin %32,6'sında kalp-damar rahatsızlığı, %24,4'ünde kas iskelet rahatsızlığı ve %22,4'ünde diyabet görülmüştür (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Bakım Veren Hastaların İlaç Kullanma Durumu

		Sayı	Yüzde %
Sürekli İlaç	Evet	38	44,2
	Hayır	48	55,8
İlaç Varsa Günde Kaç Adet	1,00	13	34,2
	2,00	12	31,6
	3,00	5	13,2
	4,00	2	5,3
	5,00	2	5,3
	6,00	1	2,6
	7,00	1	2,6
	8,00	2	5,3
	Toplam	38	100,0

Bakım veren kişilerin %44,2'si sürekli olarak bir ilaç kullandığını belirtmiştir, ilaç kullanan kişilerin %65,8'i günde 1 dozdan daha fazla ilaç aldığını belirtmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Bakım Veren Kişiyne İlişkin Özellikler

		Sayı	Yüzde %
Hastaya Yakınlık	Eşi	9	10,5
	Kızı	24	27,9
	Gelini	21	24,4
	Oğlu	13	15,1
	Torunu	3	3,5
	Diğer	16	18,6
	Toplam	86	100,0
Bakıma Yardımcı Biri	Evet	53	61,6
	Hayır	33	38,4
	Toplam	86	100,0
Bakım Verme Saati/Gün	0-3 saat	16	18,6
	4-6 saat	10	11,6
	6 saat +	60	69,8
	Toplam	86	100,0

Bakım veren kişilerin %27,9'u hastanın kızı, %24,4'nün hastanın gelini, %15,1'i hastanın oğlu ve %10,5'nin hastanın eşi olduğu saptanmıştır. Bakım veren kişilerin %69,8'i 6 saat ve üzerinde bakım verdiğini belirtirken, %38,4'ünün bakım vermesine yardımcı bir kişi yoktur (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Bakım Veren Kişinin Hastaya Sağladığı Destek

		Sayı	Yüzde %
Hastanın Beslenmesi	Evet	49	57,0
	Hayır	37	43,0
	Toplam	86	100,0
Hastanın Temizliği ve Banyosu	Evet	49	57,0
	Hayır	37	43,0
	Toplam	86	100,0
Hastanın Tuvalet İhtiyacı	Evet	46	53,5
	Hayır	40	46,5
	Toplam	86	100,0
Hastaya Psikolojik Destek	Evet	50	58,1
	Hayır	36	41,9
	Toplam	86	100,0
Hastaya İlaçlarını Verme	Evet	48	55,8
	Hayır	38	44,2
	Toplam	86	100,0
Hastaya Tıbbi Girişim	Evet	17	19,8
	Hayır	69	80,2
	Toplam	86	100,0
Hastaya Pasif Egzersiz	Evet	29	33,7
	Hayır	57	66,3
	Toplam	86	100,0

Tablo 4.6’da araştırmaya katılan bakım veren kişilerin, hastaya hangi konularda destek verdiğini göstermektedir. Buna göre bakım verenlerin en çok hastanın beslenmesi, temizlik ve banyosu, tuvalet ihtiyacı ve psikolojik destek vermeye zaman harcamış oldukları saptanmıştır.

4.2. Bakım Alan Kişinin Özellikleri:

Tablo 4.7: Bakım Alan Kişinin Demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde %
Cinsiyet	Kadın	62	72,1
	Erkek	24	27,9
	Toplam	86	100
Yaş	<20	3	6,4
	50>	44	93,6
	Toplam	47	100
Bağımlılık Durumu	Yatak	64	74,4
	Ev	7	23,6
	Toplam	71	100

Tablo 4.7’de bakıma ihtiyacı olan kişilerin demografik özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. Buna göre bakım alan kişilerin %72,1’i kadın, %93,6’sı 50 yaş ve üzeri ve %74,4’nün yatağa bağımlılığı olduğu saptandı.

Tablo 4.8: Bakım Alan Kişilerin Hastalıkları

	Sayı	Yüzde %
Felç	23	24,0
Alzheimer	17	17,7
Diabetes Mellitus	11	11,5
Kalp-Damar	31	32,3
Kırık	2	2,1
Parkinson	4	4,2
Astım	4	4,2
KOAH	4	4,2

Tablo 4.8’de Bakım alan kişilerin rahatsızlıklarının dağılımı gösterilmiştir. Çoğu hastada birden fazla rahatsızlığı olduğu saptanmıştır. Bakım alan kişilerin %32,3’nün kalp-damar, %24,0’nın felç ve %17,7’sinin Alzheimer olduğu saptanmıştır.

4.3. Ölçekler

Tablo 4.9 : Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Tanımsal İstatistikler

		N	Ort.	S.S	Mak.	Min.
On-Maddeli Kişilik Ölçeği-(OMKÖ)	Deneyime Açıklık	86	4,41	1,25	7,00	1,00
	Yumuşak başlılık	86	5,61	1,39	7,00	1,00
	Duygusal Dengelilik	86	5,96	1,19	7,00	1,00
	Sorumluluk	86	4,80	1,57	7,00	1,00
	Dışadönüklük	86	4,28	1,68	7,00	1,00
Sağlık Algısı Ölçeği	Kontrol Merkezi	86	3,07	1,05	5,00	1,00
	Kesinlik	86	3,05	1,04	5,00	1,00
	Sağlığın Önemi	86	3,67	1,03	5,00	1,00
	Öz Farkındalık	86	3,62	1,00	5,00	1,00

Tablo 4.9’da araştırmaya katılan bakım veren kişilere uygulanan iki ölçek sonucu saptanmış alt boyut puan ortalamaları ve standart sapmaları gösterilmiştir. OMKÖ ölçeği alt boyut puan ortalamaları 4,28 ile 5,96 arasında değişmektedir. “Duygusal dengelilik” ortalama puanı 5,96 ile en yüksek kişilik özelliği iken “Dışadönüklük” kişilik özelliği ortalaması 4,28 ile en düşük olan ortalama puandır. Sağlık algısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları 3,05 ile 3,67 arasında değişmektedir. En yüksek sağlık algısı ölçeği alt boyutu “sağlığın önemi” ve “öz farkındalık” iken en düşük sağlık algısı ölçeği alt boyutu ise “kesinlik” olarak saptanmıştır.

Tablo 4.10: Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Arasında İlişki

		Deneyime Açıklık	Yumuşak başlılık	Duygusal Dengelik	Sorumluluk	Dışadönüklük	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Öz Farkındalık
Deneyime Açıklık	r	1								
	p									
	N	86								
Yumuşak başlılık	r	,067	1							
	p	,538								
	N	86	86							
Duygusal Dengelik	r	,184	,174	1						
	p	,090	,108							
	N	86	86	86						
Sorumluluk	r	-,118	,288**	,417**	1					
	p	,278	,007	,000						
	N	86	86	86	86					
Dışadönüklük	r	,266*	,070	-,102	,105	1				
	p	,013	,521	,350	,336					
	N	86	86	86	86	86				
Kontrol Merkezi	r	,097	,136	,091	,141	-,026	1			
	p	,372	,212	,405	,194	,812				
	N	86	86	86	86	86	86			
Kesinlik	r	-,027	,004	-,116	-,081	-,024	,397**	1		
	p	,806	,973	,288	,457	,824	,000			
	N	86	86	86	86	86	86	86		
Sağlığın Önemi	r	,116	,106	,098	,132	-,008	,272*	,153	1	
	p	,289	,330	,370	,225	,942	,011	,158		
	N	86	86	86	86	86	86	86	86	
Öz Farkındalık	r	,074	,093	,109	,091	,005	,021	,122	,472**	1
	p	,501	,394	,319	,403	,965	,851	,263	,000	
	N	86	86	86	86	86	86	86	86	86

*. 0.05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı

**0.01düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.10’da kişilik ölçeği ve sağlık algısı ölçeği alt boyutlarına arasında ilişki pearson korelasyon analizi ile araştırılmıştır. Buna göre genel olarak iki ölçeğin alt boyut puanlarının birbirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Fakat ölçeklerin kendi içlerinde alt boyutlarının birbirleriyle anlamlı ilişkileri olduğu saptanmıştır. Bu da ölçeklerin katılımcılar tarafından tutarlı biçimde işaretlenmiş olduklarını düşündürülebilir. Kişilik özellikleri alt boyutlarından sorumluluk, yumuşak başlı olma ve duygusal dengelilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca dışadönüklük ile deneyime açıklık arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,05$).

Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından kontrol merkezi ile kesinlik ve sağlığın önemi arasında zayıf ve pozitif yönlü; öz farkındalık ve sağlığın önemi arasında ise zayıf ve pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamında 86 kişi ile yapılan çalışmada iç tutarlık katsayısı olarak cronbach alfa değeri TIPI-10 (On Maddeli Kişilik Envanteri) Ölçeğinde 0,787, Sağlık Algısı Ölçeğinde ortalama 0,897 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.11: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenlerin Yaşına Grubuna Göre Değişimi

	Yaş						ANOVA	
	20-35		36-51		52 yaş ve üzeri		F	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Deneyime Açıklık	4,75	1,11	4,51	1,30	4,36	1,19	0,385	,681
Yumuşak başlılık	5,65	1,18	5,55	1,38	5,91	1,23	0,636	,532
Duygusal Dengelilik	5,90	1,20	6,07	,99	6,00	1,16	0,115	,891
Sorumluluk	5,05	1,12	4,78	1,63	4,91	1,60	0,140	,869
Dışadönüklük	4,35	1,73	4,41	1,66	3,91	1,76	0,756	,473
Kontrol Merkezi	2,68	1,04	3,04	,91	3,26	1,00	1,378	,258
Kesinlik	3,03	,74	3,00	1,02	3,28	,89	0,750	,476
Sağlığın Önemi	3,63	,71	3,39	,96	3,73	,92	1,172	,315
Öz Farkındalık	4,30	,84	3,55	,90	3,67	,88	2,875	,063

Tablo 4,11’de araştırmaya katılan bakım veren kişilerin OMKÖ ve SAÖ alt boyut puan ortalamalarının yaş grubuna göre farklılık gösterip göstermediği parametrik testlerden ANOVA testi ile araştırılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre OMKÖ ve SAÖ ölçeği alt boyutlarından hiçbir tanesi bakım verenlerin yaş gruplarına göre farklılık göstermemiştir

($p>0,05$). Diğer bir söylem ile bakım verenlerin yaş grubundaki farklılaşma OMKÖ ve SAÖ alt boyutlarını etkileyen bir faktör olmamıştır.

Tablo 4.12: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Veren Cinsiyetine Göre Değişimi

	Cinsiyet				T testi	
	Kadın		Erkek		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Deneyime Açıklık	4,45	1,30	4,32	1,11	,409	,684
Yumuşak başlılık	5,77	1,21	5,14	1,76	1,863	,066
Duygusal Dengelilik	5,91	1,10	6,12	1,46	-0,707	,482
Sorumluluk	4,82	1,56	4,73	1,65	0,238	,812
Dışadönüklük	4,17	1,70	4,59	1,64	-1,007	,317
Kontrol Merkezi	3,18	,96	2,84	1,00	0,790	,163
Kesinlik	3,22	,95	2,84	,96	1,620	,109
Sağlığın Önemi	3,52	,92	3,50	1,03	0,089	,929
Öz Farkındalık	3,72	,87	3,48	1,15	1,023	,309

Tablo 4.12’de araştırmaya katılan bakım veren kişilerin OMKÖ ve SAÖ alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet göre farklılık gösterip göstermediği parametrik testlerden bağımsız t testi ile araştırılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre OMKÖ ve SAÖ ölçeği alt boyutlarından hiçbir tanesi bakım verenlerin cinsiyetine göre farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Diğer bir söylem ile bakım verenlerin Cinsiyeti, OMKÖ ve SAÖ alt boyutlarını etkileyen bir faktör olmamıştır.

Tablo 4.13: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenlerin Eğitim Durumuna Göre Değişimi

	Eğitim Durumu										ANOVA	
	Okur-yazar değil		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite ve üzeri		F	p
	Ort	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Deneyime Açıklık	4,79	,57	4,44	1,39	4,30	1,10	4,03	1,11	4,79	1,15	0,941	,459
Yumuşak başlılık	5,71	1,60	5,90	1,26	4,30	1,48	5,66	1,21	4,29	1,63	2,868	,020
Duygusal Dengeliklik	5,57	1,21	5,99	1,06	5,80	,57	5,76	1,66	6,71	,76	0,869	,506
Sorumluluk	4,07	1,21	4,90	1,45	4,60	1,34	4,95	1,91	4,36	1,99	0,604	,697
Dışadönüklük	3,86	1,86	4,14	1,70	3,80	1,96	4,97	1,51	4,07	1,74	0,901	,484
Kontrol Merkezi	3,46	1,59	3,23	,78	2,72	1,36	2,89	1,05	2,63	,93	1,114	,360
Kesinlik	3,43	,83	3,38	,85	3,25	,95	2,57	1,02	2,57	1,11	2,829	,021
Sağlığın Önemi	3,90	1,08	3,48	1,00	3,53	,38	3,51	,91	3,38	,91	0,279	,923
Öz Farkındalık	3,90	1,12	3,39	,84	4,20	,84	3,93	1,03	3,95	,95	2,167	,066

Tablo 4.13’de araştırmaya katılan bakım veren kişilerin OMKÖ ve SAÖ alt boyut puan ortalamalarının yaş grubuna göre farklılık gösterip göstermediği parametrik ANOVA testi ile araştırılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre OMKÖ alt boyutlarından yumuşak başlılık; SAÖ alt boyutlarından kesinlik; bakım verenlerin eğitim seviyelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Yumuşak başlılık puan ortalaması eğitim durumu üniversite ve üzeri olanlarda en düşük, ilkokul ve okur yazar olmayan bakım veren kişilerde en yüksek tespit edilmiştir. Diğer yandan Kesinlik puan ortalaması okur yazar olmayan en yüksek tespit edilmiştir. Geriye kalan alt boyutlar bakım veren kişilerin eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.14: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenin Medeni Durumuna Göre Değişimi

	Medeni Durumu						ANOVA	
	Evli		Bekâr		Dul		F	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Deneyime Açıklık	4,36	1,26	4,54	1,10	4,50	1,62	,128	,880
Yumuşak başlılık	5,79	1,30	4,83	1,56	4,70	1,68	3,643	,031
Duygusal Dengelilik	5,99	1,04	5,92	1,77	5,30	1,60	0,759	,472
Sorumluluk	4,87	1,60	4,63	1,65	4,60	1,47	0,174	,841
Dışadönüklük	4,22	1,68	4,83	1,89	3,90	1,64	0,790	,457
Kontrol Merkezi	3,15	,96	2,62	1,06	3,12	1,12	1,529	,223
Kesinlik	3,17	,90	2,98	1,11	2,90	1,43	0,353	,703
Sağlığın Önemi	3,55	,93	3,44	1,07	3,00	1,00	0,814	,447
Öz Farkındalık	3,64	,89	3,89	1,21	3,53	1,30	0,399	,672

Tablo 4.14’de araştırmaya katılan bakım veren kişilerin OMKÖ ve SAÖ alt boyut puan ortalamalarının medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediği parametrik testlerden ANOVA testi ile araştırılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre OMKÖ alt boyutlarından yumuşak başlılık bakım verenlerin medeni durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Buna göre evli olan bakım verenlerin yumuşak başlılık puan ortalaması bekar ve dul olanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. SAÖ alt boyutlarının tamamı ve OMKÖ alt boyutlarından Deneyime açıklık, duygusal dengelilik, Sorumluluk ve dışa dönüklük bakım verenlerin medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.15: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenlerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Değişimi

	Sosyal Güvence				T test	
	Var		Yok		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Deneyime Açıklık	4,31	1,26	4,56	1,38	-0,602	,551
Yumuşak başlılık	5,22	1,70	5,51	1,11	-0,610	,545
Duygusal Dengelilik	6,13	1,04	5,41	1,06	2,206	,033
Sorumluluk	4,69	1,82	4,35	1,47	0,632	,531
Dışadönüklük	4,41	1,65	3,85	1,63	1,090	,282
Kontrol Merkezi	3,09	1,00	3,41	,77	-1,137	,262
Kesinlik	3,03	,89	3,22	,93	-0,687	,496
Sağlığın Önemi	3,58	,96	3,73	,81	-0,517	,608
Öz Farkındalık	3,69	,88	3,53	,82	0,612	,544

Tablo 4.15’de araştırmaya katılan bakım veren kişilerin OMKÖ ve SAÖ alt boyut puan ortalamalarının sosyal güvencesi olma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği parametrik testlerden bağımsız t testi ile araştırılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre OMKÖ alt boyutlarından duygusal dengelilik bakım verenlerin sosyal güvencesi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Buna göre sosyal güvencesi olanların duygusal dengelilik puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. SAÖ alt boyutlarının tamamı ve OMKÖ alt boyutlarından Deneyime açıklık, yumuşak başlılık, Sorumluluk ve dışa dönüklük bakım verenlerin sosyal güvencesi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.16: On Maddelik Kişilik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Verenlerin Rahatsızlık Durumuna Göre Değişimi

	Rahatsızlık Durumu				T test	
	Evet		Hayır		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Deneyime Açıklık	4,29	1,20	4,54	1,32	-0,907	,367
Yumuşak başlılık	5,54	1,43	5,69	1,37	-0,473	,637
Duygusal Dengelilik	5,80	1,16	6,18	1,24	-1,436	,155
Sorumluluk	4,58	1,70	5,05	1,39	-1,369	,175
Dışadönüklük	3,92	1,64	4,72	1,67	-2,215	,029
Kontrol Merkezi	3,17	,93	2,94	,99	1,102	,274
Kesinlik	3,32	,89	2,85	1,00	2,267	,026
Sağlığın Önemi	3,53	,86	3,45	1,03	0,411	,682
Öz Farkındalık	3,47	,81	3,87	1,06	-1,986	,050

Tablo 4.16’da araştırmaya katılan bakım veren kişilerin OMKÖ ve SAÖ alt boyut puan ortalamalarının rahatsızlık olma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği parametrik testlerden bağımsız t testi ile araştırılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre OMKÖ alt boyutlarından dışadönüklük; SAÖ alt boyutlarından Kesinlik ve Öz farkındalık bakım verenlerin eğitim seviyelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Dışadönüklük puan ortalaması bakım verenlerin rahatsız olmayanlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Kesinlik puan ortalaması rahatsızlık durumu olanlarda, öz farkındalık puan ortalaması ise rahatsızlık sorunu olmayanlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Geriye kalan alt boyutlar bakım veren kişilerin rahatsızlık durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda OMKÖ ölçeği alt boyut puan ortalamaları 4,28 ile 5,96 arasında değişmektedir. Duygusal dengelilik puanları ortalama olarak 5.96 olup en yüksek puanı göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda kişilik ölçeği ve sağlık algısı ölçeği alt boyutlarına arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kişilik özellikleri alt boyutlarından sorumluluk, yumuşak başlı olma ve duygusal dengelilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca dışadönüklük ile deneyime açıklık arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür.

5.1 Dışadönüklük ile Sağlık Algısı Arasında İlişki Var mıdır?

Çalışmamızda 5 faktör kişilik özelliklerinden “dışa dönüklük” ile sağlık algısının her hangi bir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Goodwin ve Engstrom (2002), 4242 kişi ile yapmış olduğu çalışmada dışa dönüklük ile pozitif sağlık algısı arasında anlamlı ilişki saptamıştır.

Dışa dönük kişiler, içe dönüklere göre daha fazla enerjiye, pozitif etkiye ve pozitif olay beklentisine sahiptirler ve ödüle karşı daha fazla duyarlıdırlar (Benet-Martinez ve John, 1998; Somer, Korkmaz ve Tatar, 2002; Tkach ve Lyubomirsky, 2006).

Sağlığın algılanmasında insan gereksinimlerinin karşılanmasında ki başarı; bireysel sağlık durumuna, beklentilere, toplum ve kültüre bağlıdır (Kaya, 2012). Yüksek dışa dönük puanları olan kişiler, çevrelerinde iyimser olmaya ve kendilerini rahat hissetmeye eğilimlidirler. Dış dönük insanlar hayat hakkında daha olumlu bir bakış açısına sahip olma eğilimindedirler.

Marshall ve ark. (1994) yılındaki çalışmasında yaşam sonuçları, kişilerdeki pozitif benlik saygısının, umut ve otokontrol için iyimser beklenti ile karakterize edilen "iyimser kontrol" olarak adlandırılan bir faktörle dışa dönüklük arasında pozitif korelasyon olduğunu saptamıştır (Marshall ve ark. 1994). Buna ek olarak, gelecekle ilgili pozitif düşüncelerin olumsuz etkiden daha fazla olduğu gösterilmiştir (Rusting, 1997; Duberstein ve ark., 2001). Bu durum yüksek dışa dönük puanları olan bireylerin gelecekteki sağlıklarının kötüleşme ihtimalini yargılayış biçimini etkileyebilir. Orta yaşlı ve yaşlı erişkinlerin sağlıklarının

zamanla bozulacağını ve bakım verenlerin bu tür bozulma riskinin artıracığını varsayarsak, dışa dönüklük puanları düşük bakıcıların sağlıkları hakkında daha doğru yargılara varabileceği ön görülebilir. Aksine, bakım veren kişilerde dışa dönüklükten daha yüksek puanları olanlar, hastalığın önemli belirtilerini görmezden gelebilir ve bunları bir doktora bildirmez. Yaşam üzerine olumlu bir bakış açısının birçok fiziksel ve zihinsel sağlık faydası olmasına rağmen (Cloninger, 2004) bazı çalışmalar, sağlık konularına karşı savunmasızlıktan dolayı geleceğe ilişkin gerçekçi olmayan iyimserliğin spesifik risk azaltma davranışlarını zayıflatabileceğini ileri sürmektedir (Weinstein, 1982; Shepperd ve ark., 2013).

Ayrıca dışadönük kişilik özelliğine sahip kişilerin pozitif duygular yaşamaya eğilimli oldukları belirtilmektedir (Fujita, 1991). Lyubomirsky ve arkadaşları(2005), sürdürülebilir mutluluk için önerdikleri modelde, genetik faktörlerin ve yaşam koşullarının ruhsal iyiliği etkileyen dışsal faktörler olduğunu; amaçlı etkinliklerin ise içsel faktörler olduğunu belirtmektedirler. Sürdürülebilir mutluluğun ise temel olarak bu içsel faktörlerle sağlanabileceğini belirtmektedirler.

5.2 Sorumluluk ile Sağlık Algısı Arasında İlişki Var mıdır?

Çalışmamızda 5 faktör kişilik özelliklerinden “sorumluluk” ile sağlık algısının her hangi bir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Goodwin ve Engström (2002) yaptıkları çalışmada sorumluluk boyutunun sağlık algısının olumlu algılanmasında ilişkili olduğunu saptamıştır.

5.3 Uyumluluk ile Sağlık Algısı Arasında İlişki Var mıdır?

Çalışmamızda 5 faktör kişilik özelliklerinden uyumluluk ile sağlık algısının her hangi bir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yumuşak başlılık boyutu merhametli, nezaketli, saygılı, ince, esnek ve güvenli gibi özellikleri içerir. Costa ve McCrea (1995), yumuşak başlılık boyutunun dürüstlük, özgecilik, güven ve itaat, alçakgönüllülük ve merhametli olma gibi özellikler içerdiğini belirtmektedirler.

Goodwin ve Engstrom (2002), A.B.D 'de 4242 kişiyi kapsayan çalışmasında uyumluluk ile sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki saptayamamıştır. Bu açıdan çalışmamız literatürle uyum göstermektedir.

5.4 Deneyime Açıklık ile Sağlık Algısı Arasında İlişki Var mıdır?

Çalışmamızda 5 faktör kişilik özelliklerinden “deneyime açıklık” ile sağlık algısının her hangi bir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Goodwin ve Engstrom (2002) araştırmalarında deneyime açıklığın iyi oluş ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Deneyime açıklık boyutu, cesur, değişikliği seven, meraklı, bağımsız, liberal, analitik, ilgileri geniş ve geleneksel olmayan gibi özellikleri içermektedir (Benet-Martinez ve John, 1998; Costa ve McCrae, 1995; Somer ve ark., 2002, Callaghan, 2003).

5.5 Duygusal Dengelilik ile Sağlık Algısı Arasında İlişki Var mıdır?

Çalışmamızda 5 faktör kişilik özelliklerinden “duygusal dengelilik” ile sağlık algısının her hangi bir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Goodwin ve Engstrom (2002) araştırmalarında duygusal dengelilik ile iyi oluş ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Duberstein (2003) yaşlı birinci basamak hastalar üzerinde yaptığı çalışmada kişilik ile sağlık algısı arasındaki ilişkiyi incelemiş, çalışma sonucunda yüksek duygusal dengelilik puanı olan hastaların daha düşük sağlık algısına sahip olduğunu belirtmiştir.

Duygusal dengelilik sağlık algısı ve sağlık davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Duygusal dengesizliğin temelinde kaygı, bunalım, kızgınlık ve sıkıntı gibi negatif hisler bulunur.

5.6 Bakım Verenlerin Kişilik Özellikleri ile Sağlık Algıları Alt Boyutları Yaş Gruplarına Göre Farklılık Göstermekte midir?

Yapılan analiz sonucuna göre, bakım verenlerin kişilik özellikleri ile sağlık algıları alt boyutlarının yaş gruplarına göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Tel ve arkadaşları, KOAH'lı hastalara bakım verenin yaşının bakım verme yükünü etkilediğini öne sürmüşlerdir. (Tel ve ark., 2012). Henchoz ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin sağlıklarını, oldukça ileri yaşlara kadar olumlu olarak algıladıklarını öne sürmüşlerdir.

Çalışmamızda bakım veren kişilerin %51,9'u 36-51 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Zaybak ve ark. 2011 yılında yaptıkları araştırmada, çalışmaya katılan bakım veren bireylerin %35'inin 38-47 yaş grubunda, olduğunu saptamışlardır.

5.7 Bakım Verenlerin Kişilik Özellikleri ile Sağlık Algıları Alt Boyutları Cinsiyetlere Göre Farklılık Göstermekte midir?

Yapılan analiz sonucuna göre, bakım verenlerin kişilik özellikleri ile sağlık algıları alt boyutlarından hiç birinin bakım verenlerin cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan toplam 86 bakım veren kişilerin %74,4'ü kadın iken %25,6'sının erkek olduğu saptanmıştır. Pek çok toplumda kadın ve erkek farklı bireyler olarak görülmekte olup, her toplum kadın ve erkek cinsiyetine birtakım roller vermiştir. Türkiye'de kadınların daha fazla "bakım veren" rolü ön plana çıkmaktadır (Akın 2007). Kadının sıcak kanlı, şifa verici rolü ve doğasında bulunan fedakarlık özelliğinin yanında, geleneksel rolleri kapsamında bakım verme rolünün de olduğu bilinen bir gerçektir. Hasset ve ark. 2010 yılında yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %76 oranında kadın olduğu; üçte ikisinin hastanın eşi olduğu, haftada ortalama 16 saatini hastasının bakımı için ayırdığı bulunmuştur (Hasset, 2010). Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde bakım veren bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde kadınların oranının yüksek olduğu, sonucun çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Kramer ve ark., 1995; Papastavrou, ve ark., 2007; Arai, ve ark., 2002; Fried, ve ark., 2005; Lin ve ark., 2005; Morimoto, ve ark., 2003; Ostwald, ve ark., 1999; Pinquart ve ark., 2003; Yüksel ve ark.,

2007). Bizim çalışmamızın sonuçlarıyla örtüşmeyen bazı çalışmalarda ise kadın ve erkeklerin bakım verme bakımından fark bulunmadığı bildirilmektedir (Malak ve Dicle, 2008; Şahin, Polat ve Ergüney, 2009; Yüksel, ve ark., 2007)

5.8 Bakım Verenlerin Kişilik Özellikleri ile Sağlık Algıları Alt Boyutları Eğitim Durumlarına Göre Farklılık Göstermekte midir?

Yapılan analiz sonucuna göre, bakım verenlerin kişilik alt boyutlarından yumuşak başlılık, sağlık algısı alt boyutlarından kesinlik; bakım verenlerin eğitim seviyelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Yumuşak başlılık puan ortalaması eğitim durumu üniversite ve üzeri olanlarda en düşük, ilkokul ve okur-yazar olmayan bakım veren kişilerde en yüksek tespit edilmiştir.

Diğer yandan kesinlik puan ortalaması okur yazar olmayan kişilerde en yüksek tespit edilmiştir. Geriye kalan alt boyutlar bakım veren kişilerin eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemiştir.

Chapman ve arkadaşları (2007) bir çalışmada, yüksek öğrenim görmüş yaşlı hastaların sağlık ile ilgili hayat kalitesinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.

5.9 Bakım Verenlerin Kişilik Özellikleri ile Sağlık Algıları Alt Boyutları Medeni Durumlarına Göre Farklılık Göstermekte midir?

Yapılan analiz sonucuna göre OMKÖ alt boyutlarından yumuşak başlılık bakım verenlerin medeni durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Buna göre evli olan bakım verenlerin yumuşak başlılık puan ortalaması bekar ve dul olanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir.

Wright ve Brown (2017) evli olmayan yaşlı bireylerin, evli olanlara nazaran daha düşük bir iyi oluşa sahip olduğunu tespit etmiştir.

5.10 Bakım Verenlerin Kişilik Özellikleri İle Sağlık Algıları Alt Boyutları Sosyal Güvencelerinin Olup Olmamasına Göre Farklılık Göstermekte midir?

Yapılan analiz sonucuna göre OMKÖ alt boyutlarından duygusal dengelilik bakım verenlerin sosyal güvencesi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Buna göre sosyal güvencesi olanların duygusal dengelilik puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir.

Kanserli hastalara bakım veren 704 kişide yapılmış olan bir çalışmada ekonomik durumu yetersiz olan aile fertlerinin, kendi hayat şartlarını hastalık ve tedavi süreçlerine göre değişime uğratmak mecburiyetinde oldukları saptanmıştır. Bu çalışmada hasta yakınlarının %66.8'si bakım vermeleri sebebiyle ya işlerini bırakmışlar ya da işlerinde majör değişiklikler yapmışlardır; yine hastaya bakım verenlerin %68'si hastalarına bakım verdikleri için birikimlerini harcamış, %55'inde ailenin temel geliri azalmış; %20'si daha ucuz bir eve taşınmış, bakım verenlerin %14.5'i hastalığın maliyeti nedeniyle kendi sağlık sorunlarına yönelik tedavilerini geciktirmiş ve %29'u ailenin eğitim planlarını hastalık masrafları nedeniyle değiştirdiklerini bildirmişlerdir (Yun, 2005).

5.11 Bakım Verenlerin Kişilik Özellikleri İle Sağlık Algıları Alt Boyutları Bakım Veren Rahatsız Olup Olmama Durumuna Göre Farklılık Göstermekte midir?

Yapılan analiz sonucuna göre OMKÖ alt boyutlarından dışadönüklük; SAÖ alt boyutlarından kesinlik ve öz farkındalık bakım verenlerin eğitim seviyelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Dışadönüklük puan ortalamasının, herhangi bir rahatsızlığı olmayan bakım verenlerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kesinlik puan ortalaması rahatsızlık durumu olanlarda, öz farkındalık puan ortalaması ise rahatsızlık sorunu olmayanlarda daha yüksek tespit edilmiştir.

Çalışmamızda bakım veren kişilerin 49'unda bir ve birden çok rahatsızlık saptanmıştır. Genel olarak bakım veren kişilerin %32,6'sında kalp-damar rahatsızlığı, %24,4'ünde kas iskelet rahatsızlığı ve %22,4'ünde diyabet görülmüştür. Bakım veren kişilerin %44,2'si sürekli olarak bir ilaç kullandığını belirtmiştir, İlaç kullanan kişilerin %65,8'i günde 1 dozdan daha fazla ilaç aldığını belirtmiştir.

Yapılan çalışmalarda da bakımı üstlenen bireylerin bakımın başlama sürecinden önceki ve sonraki sağlık durumları karşılaştırılmış ve genel sağlık durumlarının bakımın başlama sürecinden önceki dönemlerde daha iyi olduğu görülmüştür (Özdemir, Şahin ve Küçük, 2009; Şahin, Polat ve Ergüney, 2009). Bakıma ihtiyacı olan kişinin bakımlarını üstlenme bakım veren bireyin fiziksel sağlığını negatif olarak etkilemektedir.

İnci ve Erdem'e (2006) göre bakım verme sebebiyle kişilerde iştah oranında değişim, hazımsızlık, baş ağrıları gibi birtakım şikayetler çoğalabilmektedir. Ayrıca, süregelen yorgunluk, vücut kütlelerinde değişim, düzensiz uyku, kas ağrıları, odaklanma güçlüğü, kıyafet ve giyimde dağınık olma ve bakım sunan kişinin kendi bakımlarına yeterli düzeyde süre ayıramaması sebebiyle sağlığında negatif yönde bozulmalar meydana gelmektedir (Kasuya, ve ark., 2000) . Toseland ve arkadaşlarının (2001) bildirdiğine göre bakım verenlerin vermeyenlere göre daha fazla hastalık, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiyovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıkları saptanmıştır (Şahin, Polat ve Ergüney 2009). Kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilere evde bakım verenlerin %40,0'da depresyon 10, bir başka çalışmada %76,0'sında anksiyete, %42,0'sinde depresyon varlığı bildirilmiştir (Sales, 2003).

Çalışma ile İlgili Diğer İstatistiksel Veriler ve Analizler

Bunun yanı sıra çalışmamızda bakım veren kişilerin %27,9'u hastanın kızı, %24,4'nün hastanın gelini, %15,1'i hastanın oğlu ve %10,5'nin hastanın eşi olduğu saptanmıştır. Bakım veren kişilerin %69,8'i 6 saat ve üzerinde bakım verdiğini belirtirken, %38,4'ünün bakım vermesine yardımcı bir kişi yoktur. Fried ve ark. 2005 yılındaki çalışmasında bakım rolünü daha fazla bakım veren kişilerin çocukları olduğu tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş ve bakım rolünü daha çok bakım veren kişilerin çocukları ve eşlerinin üstlendikleri tespit edilmiştir (Morimoto ve ark., 2003; Pinquart ve ark., 2003; Şahin ve ark., 2009; Yüksel ve ark., 2007). Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızla uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda bakım alan kişilerin %72,1'i kadın, %93,6'sı 50 yaş ve üzeri ve %74,4'nün yatağa bağımlılığı olduğu saptandı. Ayrıca çoğu hastada birden fazla rahatsızlığı olduğu saptanmıştır. Bakım alan kişilerin %32,3'nün kalp-damar, %24,0'nın felç ve %17,7'sinin Alzheimer olduğu tespit edildi. Gürol ve ark. 2014 yılında yaptıkları çalışmada Bakım alan

yaşlıların %64,7'si kadın ve %35,3'ü erkek olup bu bakım alan hastaların yaş ortalaması $73,20 \pm 10,30$ yıl olduğunu saptamışlardır.

Akdemir ve arkadaşlarının yatağa bağımlı hastaların evde yaşamış olduğu problemlerinin saptanmasıyla ilgili yapmış oldukları çalışmada; hastaların genelinin hijyenik bakımda yetersizlik (%94.7), psiko-sosyal sorunlar (%78.9) yaşadığı bulunmuştur. Hastaların yaklaşık 2/3'ünün iletişim kurma ve ağrı (%63.2) problemi olduğu belirlenmiş, hastalarda etkin egzersiz yapamama ve egzersiz yapmak istememe gibi problemlerden dolayı kontraktür, deformite ve atrofi geliştiği (%57.9) bulunmuştur. Hastaların yatağa bağımlı olmaları ve bakım aktivitelerinin yetersiz olması sebebiyle yaklaşık 1/3'ünde akciğer, perine, ağız, damar yolu, ayak, göz ve cilt enfeksiyonu (%36.8) ile bası yarası (%28.9) geliştiği saptanmıştır (Akdemir ve ark., 2011).

Ilse, bakım vericinin yaşının ve bakım verme süresinin bakım verme yükünü etkilemediğini bildirmişlerdir (Ilse ve ark., 2008). Atagün ve arkadaşları ise omurilik felçli hastalara bakım verenlerin bakım yükünün bakım süresi ile ilişkili olmadığını belirlemişlerdir (Atagün ve ark., 2012).

6. SONUÇ

Bakım verenler kısa, orta ve uzun vadelerde bakım verme işinden dolayı ruhsal, fiziksel ve sosyal anlamda kayıplara uğrayabilmektedir. Ayrıca bakım verenlerin sağlık durumlarının, bakım alanların ruhsal ve fiziksel iyi oluşlarına da etkisi olduğu düşünülmektedir.

Özellikle ruhsal ve fiziksel rahatsızlıkların oluşmasında etken olan unsurlardan bir tanesi (sağlık inanç modeline göre) bireylerin sağlıklarını korumak için yeterli çabayı gösteremedikleri ya da gösteremedikleri olarak düşünülmüştür.

Sağlık inanç modelinin belirleyici unsurlarından bir tanesi de bireylerin kişilikleri olarak ifade edilmektedir. Bu çalışmada Marmara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi kayıtlarında bulunan eve bağımlı hastaların bakım verenleri ile çalışılmış ve seçilen örneklem üzerinden kişilik özellikleri ile sağlık algıları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Bakım veren ve bakım alanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunması amacı ile yapılacak her türlü bilgilendirme, eğitim ve tıbbi destek çalışmalarında kişilik özelliklerine göre farklı yaklaşımlar saptanması için çalışmalar yapılabilir.

Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında % 74.4'ünün kadın olduğu görülmektedir. Bu da kadının Türk toplumundaki geleneksel rol beklentisi ile tutarlı olarak düşünülmektedir. Ancak yine bu kişilerin %79'unun evli olması nedeniyle (sadece % 10.5'inin eşe bakım verdiği göz önünde bulundurulursa) birden fazla kişi ve işle ilgilenmek durumuna kalıyor olmaları muhtemeldir. Bu durumda bu kişilerin kendi sağlıklarına yönelik aktivitelerde bulunması ihtimali azalacaktır. Nitekim Sağlık Algısı Ölçeğinden görülebileceği gibi "kesinlik" ve "kontrol odaklılık" alt boyutlarında puanlar diğer iki alt boyuta göre düşüktür. Çalışma yapılan grupta bu soruyu yanıtlayanların sayısı 44 olup, bu kişilerin % 61.4'ünün sosyal güvenceye sahip olduğu görülmektedir. Bu konuda daha geniş bir araştırma yapılabilir. Yine araştırma grubundaki kişilerin % 74.3'ünün aylık gelirleri 2.500 TL'nin altındadır. % 45.7'si ise 1.500 TL'nin altında kazanmaktadır. Ancak haneye giren toplam rakam bu çalışmada sorulmamıştır. Gelir seviyesinin düşüklüğü, sağlık algısı ile ilgili kontrol merkezi ve kesinlik puanlarını etkileyebilir. Bakım veren ailelerin yalnızca % 12.8'inin 2 kişi ve az sayıda bireyden oluştuğu görülmüştür. Sayı olarak az olmalarına karşın bu bakım verenlerin daha fazla sosyal desteğe ihtiyaçları olabilir. Ayrıca bakım verenlerin % %7'sinin de sağlık problemleri olduğu görülmüştür. Dini inançların ve kadere

inanmanın yaygın olduğunu gözlemlediğimiz bakım verenlerde kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları ile sağlık problemleri arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılabilir. Bu durum, kişilerin sağlık algılarının (inançlarının) sağlık davranışlarına dönüşmediğini düşündürmektedir.

Bakım verenlerin %61.6'sı bakıma yardımcı birilerinden destek aldığını belirtmiştir. Buna rağmen bu kişilerin %69.6'sının günde 6 saatten fazla bakım verme işi ile uğraştıkları anlaşılmaktadır. Bu durum sağlık aktiviteleri için yeterli zamanlarının olmamasına bir neden olabilir.

Araştırmamızda ilginç noktalardan bir tanesi de bakım verenlerin baktıkları hastalara psikolojik destek verdiklerini beyan etmiş olmalarıdır. Bu desteğin ne olduğu ve ne şekilde verildiğinin araştırılması hem hasta hem bakım verenler açısından önemli ve faydalı olabilir. Anketlerin uygulanması sırasında bazı bakım verenler psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını bazı bakım verenler ise teknik konularda daha fazla yardım almak istediklerini belirtmişlerdir.

Araştırma grubumuzda anketlere katılan bakım verenlerin duygusal dengelilik puanları ortalama olarak 5.96 olup en yüksek puanı göstermektedir. Duygusal dengelilik sağlık algısı ve sağlık davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bununla birlikte dışa dönüklük puanlarının ortalaması da en düşük olan kişilik özelliği olarak görülmektedir. 1.813 kişi ile yapılmış olan norm çalışmalarına kıyasla, duygusal dengelilik ve yumuşak başlılık boyutlarının seçilmiş örnek kütlemizde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmacının Kişisel Gözlem ve Deneyimleri

Bu araştırmada ölçeklerin uygulanmasında bizzat araştırmacının kendisinin yanı sıra, evde sağlık ekiplerinde yer alan doktor ve hemşireler ile tıp fakültesi 2.sınıf öğrencileri de çalışmıştır. Araştırmacı, ziyaret ettiği evlerde ve daha sonrasında hastalara bakım verenlerle yapmış olduğu görüşmelerde, ileride yapılacak çalışmalara ışık tutabilecek ve aynı zamanda mevcut çalışmanın yürütülme şekli ve karşılaşılan zorlukların anlaşılmasını sağlayacağını düşündüğü bir takım gözlemlerini ve öznel düşüncelerini paylaşmak istemiştir.

Ziyaret edilen evlerde genellikle bakım verme işini kadınlar üstlenmişti. İstatistiksel verilerde de görüldüğü üzere gelinlerin oranı oldukça fazlaydı. Kimi zaman aynı evde ya da

binada birden fazla aile yaşamaktaydı. Ziyaretlerde, gelinlerin kayınvalide ya da kayınpederlerine bakım verirken oldukça şefkatli davrandıkları gözlemlenmiştir.

Bakım verenlerde gözlemlenmiş olan rahatsızlıklara ilişkin notlar: Ziyaret edilen evlerin ikisinde, bakım verenlerin en az bakım alan hastalar kadar sağlıklı olduğu görülmüştür. Hatta bu evlerden birindeki bakım verenin daha acil evde bakım ihtiyacı olduğu evde bakım ekipleri tarafından tespit edilmiş ve hastane kayıtlarına girmesi için rapor edilmiştir

Bakım verenlerin yardım talebine ilişkin notlar: Bazı ölçeklerde cevapların eksik olduğu tespit edildikten sonra, araştırmacı bu ölçekleri doldurmuş olan hasta yakınları ile telefonda görüşmeler yapmak suretiyle çalışmayı tamamlamaya gayret etmiştir. Görüşmelerden birinde, bakım veren kişi, KOAH hastası olan annesinin yakın zamanda bir atak yaşadığını ve nasıl müdahale edeceğini bilmediğinden annesinin kaybetme riski ile karşı karşıya kaldığını anlattıktan sonra, ilk müdahale ve tıbbi ekipman kullanımı hakkında eğitim ihtiyacı içinde olduğunu belirtmişti. Bir diğer bakım veren de psikolojik olarak destek ihtiyacı içinde olduğunu ifade etmişti. Araştırmacı ile bakım veren kişi anket bittikten sonra, yaklaşık 20 dakika kadar sohbet etmiştir. Anketi cevaplayan kişi, sohbetin kendisine iyi geldiğini, mümkün olursa ileride psikoterapi görmek istediğini belirtmişti. Psikoterapi talebi yapan bakım verenin ilkokul mezunu olması araştırmacıya, iç görü ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki olmayabileceğini düşündürmüştür.

Ölçeklerin uygulanmasında zorluklar: OMKÖ'nün uygulaması sırasında bazı soruların kolaylıkla anlaşılmadığı görülmüştür. Bazı soruların cevaplanabilmesi için ilave açıklama yapmak durumunda kalınmıştır. Örneğin “yeni yaşantılara açık karmaşık” sorusunda karmaşık kelimesi, “altüst olmuş, dikkatsiz” ikilisinde altüst olmuş kelimesi için açıklama yapma gereği duyulmuştur. “Geleneksel ve yaratıcı olmayan” soru ikilisi için açıklama yapıldıktan sonra, verilmiş olan ilk cevabın değiştiği görülmüştür. Sağlık algısı ölçeğinde ise “benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım” sorusuna verilen cevaplar daha çok maddi çaresizlik ifade etmekteydi. Öyle ki, soru, “eğer yeterli paranız olsaydı nasıl davranırdınız” şeklinde sorulduğunda dahi maddi “imkânımız yeterli değil” cevabının sıkça verildiği görülmüştür. Kimi zaman, bazı bakım verenler için soruları anlamak ve cevap vermek oldukça güç gelmekteydi. Bir seferinde yaşlı bir bakım veren “sen benim yerime cevaplayıver evladım” diyerek anketi cevaplamak istememişti.

Ankete katılmış olan bakım verenlerden bir tanesi Cuma namazına gitmek üzere evden çıkıyordu ve gecikmesi muhtemeldi. Buna rağmen kapı önünde soruları cevaplamayı kabul etmişti. Hatta bunu daha sonra yapabileceğimi, ibadetine geç kalmasına sebep olmak istenmediği belirtilmesine rağmen anketi cevaplamıştı.

Araştırmacının genel izlenimi araştırma sonuçlarını da destekler nitelikte olmuştur. Anketleri cevaplayan bakıcıların hastaların durumuyla yakından ilgilendikleri, sağlık ekiplerine sorular sordukları gözlemlenmiş ancak kısa süreli ziyaretlerde bir yandan hastaları ile ilgilenirken bir yandan da çalışmaya katılmada isteksiz davranmamış oldukları görülmüştür. Genellikle sakin, düşük ses tonu ile konuşan, ilgili, özgeci davranışları ve kalabalık aile yapıları göze çarpan önemli özellikler olmuştur.

Öneriler

Bu çalışmanın amacı evde bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım verme işinden ötürü kısa, orta ve uzun vadede ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları yaşamalarına engel olmak üzere destekleyici faaliyetlerde bulunulabilir.

Yapılan yüz yüze görüşmelerde bazı bakım verenlerin psikolojik destek almaya istekli oldukları görülmüştür. Bu açıdan farklı ölçeklerle psikolojik sorunların tespit edilmesi üzerine çalışmalar yapılması faydalı olabilir. 86 kişi ile yapılmış olan bu çalışmada kişilik özellikleri ile sağlık algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak literatürde bu ilişkinin varlığına dair çalışmalar olduğu bilinmektedir.

Örnekleme dahil olan grupta dışa dönüklük puanı en düşük, duygusal dengelilik puanı en yüksek çıkmıştır. Her ne kadar bu çalışmada ilişki bulunmamış olsa da, literatüre göre bakım verenlerin sağlık algıları açısından dışadönüklüğün düşük ve duygusal dengeliliğin yüksek olması olumlu bir durum olduğunu düşündürmektedir. Bulunan oranların literatürden farklılaşma nedenleri araştırılabilir.

Çalışma farklı ölçekler kullanılarak daha fazla örneklem ile farklı bölgelerde yapılması faydalı olabilir. Yüz yüze yapılan görüşmelerde OMKÖ anketinde bazı cevap verenler tarafından kolay anlaşılmadığı ve ilave açıklama gerektirdiği gözlemlenmiştir. İleriki dönemde bu ölçekten faydalanmayı düşünen araştırmacılar bu durumu göz önünde bulundurmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Adak N. Yaşlıların gayri resmi bakıcıları kadınlar. Aile ve Toplum 2003; Ekim-Aralık:81-87.
2. Akbayrak, N. (2002) Bakım Verenlerin Sorunları”, I. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Ankara, Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., s.160-161.
3. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Sun Kapucu S. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. dicle Tıp dergisi 2011; 38(1):57-65
4. Akhtar, S. Comprehensive dictionary of psychoanalysis. Karnac Books.2009
5. Allender, J.A. and Spradley, B.W. Clients In Home Health, Hospice, and LongTerm Settings”, Community Health Nursing Concepts and Practice, Lippincott, 2001;739-753.
6. Arai Y, Zarit SH, Sugiura M, Washio M. Patterns of Outcome of Caregiving for The Impaired Elderly: A Longitudinal Study İn Rural Japan. Aging & Mental Health 2002; 6:39-46
7. Arnold M. Rose , "Sociology: An Analysis of Life in Modern Society. Arnold W. Green ," American Journal of Sociology 59, no. 2 1953anderson: 171-172.
8. Arpacı, F., Arlı, M. (2001) Aile Ortamında Demanslı Yaşlı Bakımında Karşılaşılan Sorunlar”1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Kalınkara, V. Editör, Ankara, s.332-344.
9. Aslan Ş, Özata M. “Duygusal Zekâ ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin Araştırılması: Sağlık Çalışanları Örneği”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2008;30:77-97
10. Atagün Mİ, Altınok Ü, Balaban ÖD, Atagün Z, Yalçınkaya EY, Öneş K. Omurilik Felçli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler.Klinik Psikiyatri 2012; 15: 92-102
11. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(3): 513-52.
12. Bateman AW, Tyrer P. Psychological Treatment For Personality Disorders. Advances İn Psychiatric Treatment 2004;10:378-388.

13. Benet-Martínez, V., John, O.P. (1998). Los Cinco Grandes Across Cultures And Ethnic Groups: Multitrait Multimethod Analysis Of The Big Five In Spanish And English. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 75, 729-750.
14. Brehaut, J. C., Kohen, D. E., Raina, P., Walter, S. D., Russell, D. J., Swinton, M., et al. The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: How does it compare with that of other Canadian caregivers? *Pediatrics*, 2004;114,182–191.
15. Bilgili, N. (2000) Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 82s.
16. Bilir N. Yaşlanan Toplum, Sağlıklı Ve Başarılı Yaşlanma. Ankara: Gebam Yayınları; 2004.Ss.1-9.
17. Bland AR, Tudor G, Mcneil Whitehouse D. Nursing Care Of İnpatients With Borderline Personality Disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2007;43:204-12
18. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nurs Res* 1996; 45(1): 30-36.
19. Cain CJ, Wicks MN. Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Fam Nurs* 2000; 6: 46-68.
20. Callaghan Gm, Summers Cj, Weidman M. The Treatment Of Histrionic And Narcissistic Personality Disorder Behaviors: A Single-Subject Demonstration Of Clinical Improvement Using Functional Analytic Psychotherapy. *J Of Contemporary Psychotherapy* 2003;33:321-339.
21. Caspi, A., & Roberts, B. W. (2001). Target Article: Personality Development Across the Life Course: The Argument for Change and Continuity. *Psychological Inquiry*, 12(2), 49-66.
22. Chapman, B, Duberstein P, Lyness J.M; Personality Traits, Education, and Health-Related Quality of Life Among Older Adult Primary Care Patients. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62 (6): P343-P352. doi: 10.1093/geronb/62.6.P343
23. Cingil, D. Aile İçi Bakım Vericileri Eğitmenin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2003; 70.
24. Clark, PC., Chia, V. Caring For Disabled Older Adults: Ethnic Differences and Commonalities. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 2002; 6(3):11-16.

25. Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of affective disorders*, 128(1), 24-32.
26. Colman, A.C. *Dictionary Of Psychology*. Oxford, Oxford University Press,2001.
27. Conner, M., & Norman, P. *Predicting health behaviour*. McGraw-Hill Education (UK).2005.
28. Costa, P.T., McCrae, R.R. (1995). Domains And Facets: Hierarchical Personality Assessment Using The Revised Neo Personality Inventory. *Journal Of Personality Assessment*, 64 (1), 21-50
29. Cüceloğlu, D. *İnsan Ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*,İstanbul, Remzi Kitabevi, 1997.191
30. Çapık C. (2006) *Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir,
31. Çatak, B., Öner, C., Kılınç, A. S., Sütlü, S., & Şenbayram, S. (2012). Yaşlılara evde bakım verenlerde ruhsal hastalık belirtisi sıklığı ve etkileyen faktörler. *ed Sci*, 2012; 105-107.
32. Çetin, F. *Kişilerarası İlişkilerde Kendilik Algısı, Kontrol Odağı Ve Kişilik Yapısının Çatışma Çözme Yaklaşımları Üzerine Etkileri: Uygulamalı Bir Araştırma*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Kho Savunma Bilimleri Enstitüsü, 2008.
33. Çetin, F. Basım, H.N. "Örgütte Bireysel Farklılıklar, Kişilik Ve Değerler" , İçinde: Der. Sığırı, Ü. Ve Gürbüz, S. *Örgütsel Davranış*. İstanbul, Beta Yayınları, 2013, 94-135.
34. Çetin, G. *The Relationship O F Pre-Entry Job Choice Variables And Early Work Experiences To Early Employment Organizational Commitment And Intentions To Quit*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,2006.
35. Dabos, G.E Ve Rousseau, D.M. "Mutuality And Reciprocity İn The Psychological Contracts Of Employees And Employers" , *Journal Of Applied Psychology*, Vol. 89, No. 1, 2004, 52-72
36. Davenport L. COPD impact on caregivers revealed. *Respir Med* 2007;101:2402-8.
37. Denissen JJA, Geenen R, Selfhout M, Van Aken MAG. (2008). Single-item Big Five ratings in a Soc network design. *Euro J Pers* 22:37-54

38. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings. *Journal of Community Psychology* 35(5):557-61
39. Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu The Concept of Caring and Its' Moral Component *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010;74-82
40. Doğanay S, Uçku ŞR. Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp hastalığı ve ölümleri belirler mi? *Turkish Journal of Geriatrics*. 2012; 15(4): 396-402
41. Douglas, S. L., & Daly, B. J. (2003). Caregivers of long-term ventilator patients: Physical and psychological outcomes. *Chest*, 123(4), 1073-1081.
42. Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012; 3(1): 3-38
43. Duberstein P. R., Conner K. R., Conwell Y., Cox C. Personality correlates of hopelessness in depressed inpatients 50 years of age and older. *Journal of Personality Assessment*. 2001;77(2):380-390. doi: 10.1207/S15327752JPA7702_16.
44. Duberstein P. R., Sörensen S., Lyness J. M., et al. Personality is associated with perceived health and functional status in older primary care patients. *Psychology and Aging*. 2003;18(1):25-37. doi: 10.1037/0882-7974.18.1.25.
45. Ehrhart MG, Ehrhart KH, Roesch SC. (2009). Testing the latent factor structure and construct validity of the Ten-Item Personality Inventory. *Pers and Ind Differ* 47:900-905.
46. Elmore, D. L. (2014). The impact of caregiving on physical and mental health: Implications for research, practice, education, and policy. In *The Challenges of Mental Health Caregiving 2014*; 15-31. Springer New York.
47. Erdem, M. Yaşlıya Bakım Verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; 8(3):101-106.
48. Erdem, M . (2010). Yaşlıya Bakım Verme. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8 (3), 101-106. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/ataunihem/issue/2631/33859>
49. Erdoğan, İ. İşletmelerde Davranış. İstanbul, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fak. Yayın No:242, 1991.

50. Eren N, Özdemir Ö, Ögünç Ne, Saydam Mb. Borderline Hastalarla Yapılan Dinamik Yönelimli Sanat Psikoterapi Grubunda Sürecin Değerlendirilmesi, 3p Dergisi 2000;8:285-294
51. Eroğlu, F. Davranış Bilimleri. 6.Baskı, İstanbul, Beta Yayınları, 2004
52. Eroğlu, F. Davranış Bilimleri. İstanbul, Beta Basım Yayım, 1998.
53. Ewen RB. An Introduction to Theories of Personality, 7th ed. East Sussex, UK, Psychology Press, 2009
54. Fasion, KJ., Faria, SH. and Frank, D. (1999) Caregivers of Chronically Ill Elderly: Perceived Burden. Journal of Community Health Nursing, 16(4):243-253.
55. FCA. 2017, Women and Caregiving: Facts and Figures. Family Caregiver Alliance (<https://www.caregiver.org/selectedcaregiver-statistics>).
56. Fried TR, Bradley EH, O’Leary JR, Byers AL. Unmet Desire for Caregiver-Patient Communication and Increased Caregiver Burden. Journal of The American Geriatrics Society 2005; 53: 59–65.
57. Fujita, F. (1991). An Investigation Of The Relation Between Extraversion, Neuroticism, Positive Affect, And Negative Affect. Unpublished Master’s Thesis, University Of Illinois, Urbana-Champaign.
58. Gayomali C, Sutherland S, Finkelstein FO. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. Nephrology Dialysis Transplant 2008;23: 3749–3751
59. Goldberg P., Guéguen A., Schmaus A., Nakache J.-P., Goldberg M. (2001) Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. J Epidemiol Community Health, 55(4):233–238.
60. Goldstein, H. Social Learning And Change; A Cognitive Approach To Human Services. New York, Tavistock Publications, 1981
61. Goodwin, R., & Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. Psychological Medicine, 32(2), 325-332.
62. Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB Jr. (2003). A very brief measure of the Big Five personality domains. J Res in Pers 37:504-528
63. Görgülü Ü, Akdemir N. (2010). Evaluation of fatigue and sleep quality of caregivers of advanced stage cancer patients. Genel Tıp Dergisi 20(4):125-32.
64. Gürol A. Çapık C. Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirildiği Bir Araştırma. STED, 2014, cilt 23, sayı 2, 65-72

65. Hayes J, Chapman P, Young LJ, Rittman M. The prevalence of injury for stroke caregivers and associated risk factors. *Top Stroke Rehabil.* 2009 Jul-Aug;16(4):300-7.
66. Heid AR, Zarit SH, Fingerhman KL 2015. My Parent is so Stubborn!"-Perceptions of Aging Parents' Persistence, Insistence, and Resistance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2016 Jul;71(4):602-12.
67. Henchoz, K., Cavalli, S., & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22(3), 282-290.
68. Hoenig J, Hamilton MW. Toplumdaki şizofreni hastası ve evdeki etkisi. *Uluslararası J Soc Psikiyatrisi.* 1966; 12 (3): 165-76.
69. Hoerger, M., Coletta, M., Sørensen, S., Chapman, B. P., Kaukeinen, K., Tu, X., & Duberstein, P. R. (2016). Personality and perceived health in spousal caregivers of patients with lung cancer: the roles of neuroticism and extraversion. *Journal of aging research*, 2016.
70. Hofmans J, Kuppens P, Allik J. (2008). Is short in length short in content? An examination of the domain representation of the Ten Item Inventory scales in Dutch language. *Pers and Ind Differ* 45:750-755
71. Holmes M. (2010). A study to investigate the reliability and validity of the Ten-Item Personality Inventory within a British sample. Unpublished Master Thesis. Manchester Metropolitan University, UK.
72. Hulme Richard D., 1996, "Use of Decision Models in A Diverse Learning Environment", *The Cal Ponama Journal of İnterdisciplinary Studies*, Vol. 9, Fall
73. Ilse IB, Feys H, De Wit L, Putman K, Weerdt WD. Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. *Disability and Rehabilitation* 2008; 30(7): 523 – 530.
74. İnci, F.H. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği' nin Türkçe' ye Uyarlanması. Geçerlilik ve Güvenilirliği (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli
75. İnanç, B. Y., & Yerlikaya, E. (2009). Kişilik kuramları. APEGEM Akademi
76. Kadioğlu, H. Yıldız, A. 2012 Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(1):47-53
77. Karahan AY, İslam S. Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *MÜSBED* 2013;3 (Suppl. 1):1-7.

78. Karahan, A. ve Güven, S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Türk Geriatri Dergisi, 2002; 5 (4): 155–159.
79. Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. Postgraduate Medicine 2000; 108(7): 119-123
80. Kessler, G. Sosyoiojiye Başiangıç. (Çev.Z.F Fmdıkoğlu), 2.Baskı, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayın No:155, 1985.
81. Kitrungröte L, Cohen MZ. Quality of life of family caregivers of patients with cancer: A literature review. Oncol Nurs Forum 2006;33:625-32
82. Köknel Özcan, Kaygıdan Mutluluğa Kişilik, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1995
83. Köknel, Ö. Kişilik, İstanbul: Altın Kitaplar Basımevi.1985
84. Kurtzberg, T. R. ve Mueller, J. S. (2005). The influence of daily conflict on perceptions of creativity: a longitudinal study. The International Journal of Conflict Management, 16 (4), 335-353.
85. Langa KM, Fendrick AM, Flaherty KR, et al. Informal caregiving for chronic lung disease among older Americans. Chest 2002; 122: 2197-203.
86. Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2008). Personality psychology. Jastrebarsko: Naklada Slap, 269-71.
87. Lidell, E. (2002) Family Support-A Burden To Patient and Caregiver. European Journal of Cardiovascular Nursing, 1: 149-152.
88. Lim, Y.M., Ahn Y.,H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. Applied Nursing Research,16, 2, 110-117.
89. Lin PC, Lu CM. Hip Fracture: Family Caregivers' Burden and Related Factors for Older People in Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15: 154 Taiwan. Journal of Clinical Nursing 2005; 14:719–726.
90. Lucas, R.E., Fujita, F. (2000). Factors İnfluencing The Relation Between Extraversion And Pleasant Affect. Journal Of Personality And Social Psychology, 79, 1039-1056
91. Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M., Schkade, D. (2005) Pursuing Happiness: The Architecture Of Sustainable Change. Review Of General Psychology, 9, 111-131.
92. Marshall G. N., Wortman C. B., Vickers R. R., Jr., Kusulas J. W., Hervig L. K. The five-factor model of personality as a framework for personality-health research. Journal

- of Personality and Social Psychology. 1994;67(2):278–286. doi: 10.1037/0022-3514.67.2.278.
93. Malak AT, Dicle A. Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2008; 18(2): 118-121.
94. Matthews, G., Deary, I. J., & Whiteman, M. C. Personality traits. Cambridge University Press.2003
95. McCrae, R. R., Jang, K. L., Livesley, W. J., Riemann, R. ve Angleitner, A. (2001). Sources of structure: Genetic, environmental and artifactual influences on the covariations of personality traits. *Journal of Personality*, 69(4), 511-53
96. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). Personality in adulthood: A five-factor theory perspective. Guilford Press.
97. Mignor, D. Effectiveness of Use of Home Health Nurses To Decrease Burden Depression of Elderly Caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2000; 38 (7): 34-41.
98. Miilunpalo S., Vuori I., Oja P., Pasanen M., Urponen H. (1997) Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol.*, 50(5):517–528.
99. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *DEUHYO ED* 2011;4(3):125-130.
100. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H .Caregiver Burden and Health-Related Quality of Life Among Japanese Stroke Caregivers. *British Geriatrics Society; Age and Ageing* 2003; 32(2): 218-223.
101. Muck PM, Hell B, Gosling SD. (2007). Construct validation of a short Five-Factor model instrument. *Euro J Psychol Assess* 23:166-175.
102. National Alliance for Caregiving & American Association of Retired Persons Caregiving in the US, 2009. 2009 Retrieved from http://www.caregiving.org/pdf/research/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf
103. Oğlak s. Evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası (ülke örnekleriyle Türkiye). İskenderun: İskenderun belediyesi kültür yayınları; 2007
104. Ostwald SK, Hepburn KW, Caron W, Burns T, Mantell R. Reducing Caregiver Burden: A Randomized Psychoeducational Intervention for Caregivers of Persons with Dementia. *The Gerontologist* 1999; 39(3): 299-309

- 105.Özdemir FK, Şahin ZA, Küçük D. Determination of burden cares for mothers having children with cancer. *Yeni Tıp Dergisi* 2009;26:153-58
- 106.Özlu A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46: 38-42
- 107.Öztop H, Sener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008; 1: 39-49
- 108.Passer W.W. Smith R. Atkinson M. MitchellJ, Muir D. 2003. *Psychology. Frontiers and applications* .McGraw-Hill Ryerson: Toronto revealed.html Accessed August 10, 2010.
- 109.Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas S, Tsangari H, Sourtzi P. Caring For A Relative with Dementia: Family Caregiver Burden. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 58(5): 446-457
- 110.Pinquart, M., & Sorensen, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 2003; 18(2), 250–267.
- 111.Raynor, D. A., & Levine, H. (2009). Associations between the five-factor model of personality and health behaviors among college students. *Journal of American College Health*, 58(1), 73-82.
- 112.Remennick, L.I. (2001) All My Life Is One Big Nursing Home: Russian Immigrant Women In Israel Speak About Double Caregiver Stress. *Women’s Studies International Forum*,24(6): 685-700.
- 113.Rusting C. L., Larsen R. J. Extraversion, neuroticism, and susceptibility to positive and negative affect: a test of two theoretical models. *Personality and Individual Differences*. 1997;22(5):607–612. doi: 10.1016/s0191-8869(96)00246-2
- 114.Shepperd J. A., Klein W. M. P., Waters E. A., Weinstein N. D. Taking stock of unrealistic optimism. *Perspectives on Psychological Science*. 2013;8(4):395–411. doi: 10.1177/1745691613485247
- 115.Robert E. Park ve Ernest W. Burgess, Şehir: Kent Ortamındaki İnsan Davranışlarının Araştırılması Üzerine Öneriler ISBN: 9786058446632, Heretik 2015; 22, Sosyoloji Dizisi: 6
- 116.Rogers, C. R., Stevens, B., Gendlin, E. T., Shlien, J. M., & Van Dusen, W. (2007). *Person to person: The problem of being human: A new trend in psychology*. Lafayette, CA: Real People Press.

117. Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.
118. Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res* 2003; 2(1):33-41
119. Sarı HY. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. *C.Ü Hem Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(2): 1-7.
120. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*. 2008; 108 (9):23–27
121. Shank- Mcelroy HA, Strobino J. Male Caregivers Of Spouses With Alzheimer's Disease: Risk Factors And Health Status. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2001;16(3): 167-175.
122. Shieh SC, Tung HS, Liang SY. Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *J Nurs Scholarsh* 2012; 44(3):223-31
123. Sisk, R., (2000) Caregiver Burden and Health Promotion. *International Journal of Nursing Studies* 37:37-43
124. Skilbeck J, Mott L, Page H, et al. Palliative care in chronic obstructive airways disease: a needs assessment. *J Palliat Med* 1998;12:245-54
125. Slocum S. Assessing Unidimensionality of Psychological Scales: Using Criteria from Factor Analysis" Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior Center for Community Health. 2005
126. Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P. J., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007: 48(2), 210-218.
127. Snyder, Christine M., "Dementia Caregiver Personality Traits and Coping Strategies: Association with Care Recipient Outcomes". All Graduate Theses and Dissertations. 2015;4235.
128. Soysal, A. Çalışma Yaşamında Kişilik Tipleri: Bir Literatür Taraması, *Çimento Endüstrisi İşverenleri Sendikası Dergisi*, 2008: 4-19. Erişim Tarihi, 18.4.2017 [Http://www.Ceis.Org.Tr/Dergidocs/Makale129.Pdf](http://www.ceis.org.tr/Dergidocs/Makale129.Pdf)

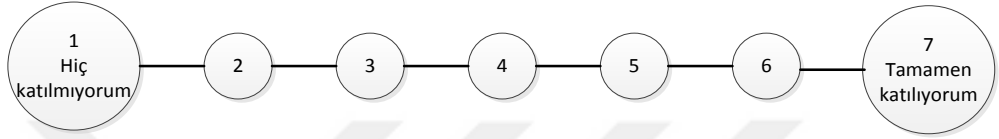
129. Soysal, A. Çalışma Yaşamında Kişilik Tipleri: Bir Literatür Taraması, Çimento Endüstrisi İşverenleri Sendikası Dergisi, 2008; 4-19. Erişim Tarihi, 18.4.2017 <Http://Www.Ceis.Org.Tr/Dergidocs/Makale129.Pdf>.
130. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(2): 1-8
131. Şanlı N., Tokyürek, Ş. (2001) Yaşlıların Gençlerden Beklentileri” I. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Kalınkara, V. Editör, Ankara, s.310-317.
132. Şimşek, M, Ş., Akgemci, T. & Çelik, A. (2003). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. Konya: Adım Matbaacılık
133. Taşdelen, P. Ateş, M. 2012. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2012;9 (3): 22-29
134. Taymur İ. Türkçapar H., 2012 Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(2):154-177
135. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. Care Burden and Quality of Life Among the Caregivers of Patients with COPD. Turk Toraks Derg 2012; 13: 87-92.
136. The National Alliance For Caregiving (NAC), 1997 <http://www.caregiving.org/research/general-caregiving/> Erişim:10-05-2017
137. The National Alliance For Caregiving (NAC), 2009 <http://www.caregiving.org/research/general-caregiving/> Erişim:10-05-2017
138. Tkach, C., Lyubomirsky, S. (2006). How Do People Pursue Happiness? Relating Personality, Happiness Increasing Strategies And Well-Being. Journal Of Happiness Studies,7,183–225
139. Toseland, R.W., Smith, G., Mccallion, P. Family Caregivers of The Frail Elderly”, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations, (Gitterman, A. Editor) Columbia University Press, 2001.
140. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11: 3
141. Whitehead D. Health promoting hospitals: The role and function of nursing. J Clin Nurs 2005; 14(1): 20-27

142. Wortman, J., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2012). Stability and change in the Big Five personality domains: Evidence from a longitudinal study of Australians. *Psychology and aging*, 27(4), 867
143. Wright, M. R., & Brown, S. L. (2017). Psychological Well-being Among Older Adults: The Role of Partnership Status. *Journal of Marriage and Family*, 79(3), 833-849.
144. Türk Dil Kurumu 2005, www.tdk.gov.tr, Erişim: 20-04-2017
145. Yelboğa, A. Kişilik Özellikleri Ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. “İş, Güç” Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2006; 8(2), 196-211
146. Yılmaz CM. Miyokard Enfarktüsü Tanısı Konan Hastaların Taburculuk Planlaması Ve Evde Bakım Gereksinimleri Yönünden İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: 2001
147. Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S. & Erdem, S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı, 2010
148. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson Hastalığında Bakıcı Yükü. *Parkinson Hastalıkları Hareket Bozukluğu Dergisi* 2007;10(1-2): 26-34.
149. Zarit S. Family care and burden at the end of life. *CMAJ* 2004; 170:1811-1812.
150. Zaybak, A., Güneş, Ü. Y., İsmailoğlu, E. G., & Ülker, E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, 15(1).
151. Zel Uğur, 2001, “Yönetimde Kişilik ve Kişilik Özellikleri”; Yönetim ve Organizasyon (İçinde), Editör: S. Güney, Nobel Yayınları, Ankara.

EKLER

EK I: On-Maddeli Kişilik Ölçeği-(OMKÖ)

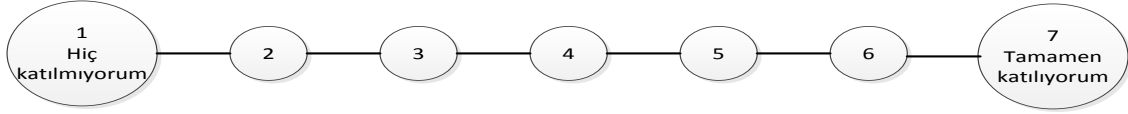
Aşağıda sizi tanımlayan ya da tanımlamayan birçok kişilik özelliği bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadenin yanına, o ifadenin size tanımlama düzeyini dikkate alarak, o ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtmek için 1 ile 7 arasında bir rakam yazın. İfadelerde size en çok tanımlayan özelliği dikkate alarak, uygun gördüğünüz rakamı yazın.



-
1. Dışa dönük, istekli
 2. Eleştirel, kavgacı
 3. Güvenilir, öz-disiplinli
 4. Kaygılı, kolaylıkla hayal kırıklığına uğrayan
 5. Yeni yaşantılara açık, karmaşık
 6. Çekingen, sessiz
 7. Sempatik, sıcak
 8. Altüst olmuş, dikkatsiz
 9. Sakin, duygusal olarak dengeli
 10. Geleneksel, yaratıcı olmayan
-

EK II: Sağlık Algısı Ölçeği

Lütfen her cümleyi okuyun ve sizi en iyi tanımlayan cevabı seçin. Hiç katılmıyorum ile Çok katılıyorum dahil 5 muhtemel cevap vardır. ÇOĞU YERDE ÇOĞU ZAMAN nasıl hissettiğinizi, düşündüğünüzü veya nasıl davrandığınızı belirtin. Her cümle için sadece ve sadece bir tane cevap seçin ve sizin cevabınıza uyan numaranın altını işaretleyin. Bu bir test değildir. "İyi" ve "Kötü" cevaplar yoktur.



		1	2	3	4	5
1	Sağlığımı çok düşünürüm					
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir					
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olur					
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım					
6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler hususunda sık kafam karışıyor					
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12	Sağlıklı olmak şans işidir.					
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.					
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

EK III. Kişisel Bilgi Formu

Bakım Veren Kişinin Özellikleri

- 1) Bakım verenin yaşı:
- 2) Cinsiyet: Kadın Erkek
- 3) Medeni durum: Evli Bekâr
- 4) Hastaya yakınlık durumunuz nedir?
- 5) Eğitim düzeyi: Okur yazar değil Okur yazar İlkokul Lise
Lise üstü
- 6) Çalışma durumu Çalışıyorum Çalışmıyorum Emekli
- 7) Çalışıyor iseniz ne iş yapıyorsunuz?
- 8) Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?
- 9) Sosyal güvenceniz var mı?
- 11) Bakım verdiğiniz kişi ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?
- 12) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?
- 13) Bakım verme işini paylaştığınız başka kişi var mı? .
- 14) Bakım verme işini paylaştığınız kişi bunu ne sıklıkla yapıyor?
- 15) Kaç ay/yıldır bakım veriyorsunuz?
- 16) Bakım için günlük harcadığınız zaman kaç saattir?
- 17) Bilinen ya da tanısı konmuş hastalığınız var mı? Varsa hangileri belirtiniz?
- 18) Sürekli kullandığınız ilaç var mı? Varsa kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz?
- 19) Hastanın bakımını sağlamak için aşağıdaki görevlerden hangilerini yapıyorsunuz?
 - Hastanın beslenmesini sağlama Hastanın temizliği ve banyosunu sağlama
 - Hastanın tuvalet ihtiyaçlarını karşılama Hastaya psikolojik destek verme
 - Hastanın ilaçlarını verme Hastaya tıbbi girişimlerde bulunma
 - Hastaya pasif egzersizler yaptırma
 - Diğer.....

Bakım Alan Kişinin Özellikleri (Bu alan testör tarafından doldurulacaktır)

- 1) Bakım görenin yaşı :
- 2) Cinsiyet : Kadın Erkek
- 3) Medeni durum : Evli Bekar
- 4) Eğitim düzeyi : Okur yazar değil Okur yazar İlkokul Lise
Lise üstü
- 5) Geliri var mı ? : Evet Hayır
- 6) Bakım alan kişinin tanısı konmuş hastalıkları.....
- 7) Kaç yıldır yatağa bağımlı? (Eve bağımlı ise ayrıca belirtiniz)

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Altuğ Koraltan 28.09.1963 İstanbul doğumludur. Lisans eğitimini İstanbul Üniversitesi İşletme fakóltesinde 1986 yılında tamamlamıştır. 2012 senesinde Oxford Üniversitesi, Said Business School’da “Organisational Leadership” diploma programını tamamladıktan sonra Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Bilim Dalında eğitim görmüş, daha sonra 2016 yılında yatay geçiş ile Doğuş Üniversitesi Klinik Psikoloji Bilim Dalında eğitimini tamamlamıştır.

2014-2017 yılları arasında Balıklı Rum Hastanesi Psikiyatri servisinde 2.5 yıl süre ile staj yapmıştır. MMPI ve Rorschach projektif testler eğitimini tamamlayan araştırmacı bir süre Prof. Dr. Peykan Gökalp’ten süpervizyon almıştır. Halen Macaristan Psikanaliz Enstitüsü psikanalistlerinden Agoston Schmelowszky’den süpervizyon almaktadır.