



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**İNME Lİ HASTALARA BAKIM VEREN YAKINLARININ
TÜKENMİŞLİK VE STRESLE BAŞ ETME
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Seda GÜN

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY**

**Samsun
Ağustos- 2017**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Seda GÜN tarafından Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY Danışmanlığında hazırlanan İnmeli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Baş Etme Durumlarının Değerlendirilmesi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından /..... /..... tarihinde yapılan sınav ile Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /.....

(İmza Boşluğu, 2 satır)
Unvanı Adı SOYADI
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince değerli fikirleriyle bana ışık tutan danışmanım değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimin boyunca değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan bana yol gösteren başta Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI hocam olmak üzere diğer hocalarıma,

Lisans ve yüksek lisans eğitimin boyunca her zaman yanımda olan, çevirileriyle çalışmama katkıda bulunan, varlığını her daim hissettiğim sevgili eşim Sayın Dr. Mustafa GÜN'e,

Beni her zaman destekleyen sevgili aileme,
Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

İNME Lİ HASTALARA BAKIM VEREN YAKINLARININ TÜKENMİŞLİK VE STRESLE BAŞ ETME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışma inmeli hastalara bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle baş etme durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ilişki arayıcı özellikte olan çalışmanın evrenini, bir devlet hastanesinde Mart– Ağustos 2016 tarihleri arasında Nöroloji ve Palyatif Bakım Servislerinde yatan, 150 inmeli hasta ve bakım vereni oluşturmaktadır. Veriler, hasta ve bakım verene uygulanan “Hasta ve Bakım Veren Tanıtım Formu”, “Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği”, “Bakım Veren Stres İndeksi”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi, aritmetik ortalama, yüzdelik hesaplama, T Testi, Anova, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Post Hoc, Korelasyon Analizi yöntemleri kullanılarak SPSS 21 paket programında yapılmıştır.

Bulgular: Bakım verenlerin %71,3’ü kadın ve %57,3’ü hastanın çocuğudur. Bakım verenlerin duygusal tükenme puan ortalaması 29,31±8,21, duyarsızlaşma 12,21±4,5, kişisel başarı 18,68±4,03 olarak belirlenmiştir. Bakım verenlerin stresle başa çıkmada en çok kendine güvenli yaklaşım (13,93±3,45), çaresiz yaklaşım (13,46±4,26) ve iyimser yaklaşım (11,16±2,36) alt boyutlarını kullandıkları belirlenmiştir. Duygusal tükenme ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma arasında negatif yönlü, duyarsızlaşma ile çaresiz yaklaşım arasında pozitif yönlü, kişisel başarı ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir.

Sonuç: Bakım verenlerin duygusal tükenme düzeyleri arttıkça stresle etkili baş etme yöntemlerini kullanmalarının azaldığı, duyarsızlaşma düzeyi arttıkça çaresiz yaklaşımı kullanmalarının arttığı ve kişisel başarı arttıkça kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutlarını kullanmalarının anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnme, Bakım Veren, Tükenmişlik, Stresle Başa Çıkma

Seda GÜN, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi- Samsun, Ağustos- 2017

SUMMARY

EVALUATION OF STROKE PATIENTS CAREGIVERS BURNOUT AND STRESS COPING STYLE SITUATIONS

Aim: It is a descriptive study aimed at assessing burnout and stress coping styles of stroke patient caregivers.

Material and Method: The universe of this study constitute the 150 stroke patients who hospitalized in Tokat State Hospital Neurology and Palliative Service from March to August 2016 and their caregivers. The data were obtained from questionnaires "Patient and Caregiver Promoter Form", "Functional Independence Measure (FIM)", "Caregiver Strain Index (CSI1)", "Maslach Burnout Inventory (MBI) " and "Coping Styles Inventory (CSI2)" that were applied to patients and their caregivers. Data were evaluated in Statistical Package for the Social Sciences 21 (SPSS) package program using arithmetic mean, percentile calculation, T test, Anova, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis Post Hoc, Correlation Analysis methods.

Findings: 71.3% of caregivers are women and 57.3% are children of the patients. It was identified that caregivers' mean emotional exhaustion score was 29.31 ± 8.21 , depersonalization was 12.2 ± 4.5 , and personal achievement was 18.68 ± 4.03 . It has been determined that caregivers use the most; self-confident approach (13.93 ± 3.45), helpless approach (13.46 ± 4.26) and optimistic approach (11.16 ± 2.36) sub-dimensions to cope with stress. There was a negative relationship between emotional exhaustion and self-confident approach, optimistic approach and applying for social support, a positive relationship between desensitization and helpless approach, and a negative relationship between personal success and a self-confident and optimistic approach.

Results: It was determined that as the levels of emotional exhaustion of caregivers increased, the rates of using effective coping methods with stress decreased, as the level of desensitization increased, the rates of using desperate approach increased and as the level of personal success increased, the rates of using safe and optimistic approach sub-dimensions significantly decreased.

Key words: Stroke, Caregiver, Burnout, Stress Coping Inventory

Seda GÜN, Master's degree thesis

Ondokuz Mayıs University– Samsun, 2017 August

SİMGELER VE KISALTMALAR

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
BVSİ/CSI	:Bakım Veren Stres İndeksi
DY	:Duyarsızlaşma
DKBY	:Değiştir, Kabul Et, Boş Ver, Yaşam Tarzını Yönet
DM	:Diabetes Mellitus
DT	: Duygusal Tükenme
EKG	: Elektrokardiyografi
HT	: Hipertansiyon
FAST	: Face-Arm-Speech Test
FBÖ/FIM	: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği
GAS	: Genel Adaptasyon Sendromu
IHD	: Ischaemic Heart Disease
KB	: Kişisel Başarı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
NINDS	: The National Institute of Neurological Disorders and Stroke
Ort	: Ortalama
OXVASC	: The Oxford Vascular Study
SBTÖ/CSI	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
USG	:Ultrasonografi

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1. 2. Araştırmanın Amacı	3
1. 3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2. 1. İnme Tanımı	4
2. 2. İnme Epidemiyolojisi	4
2. 3. İnme Risk Faktörleri	5
2. 3. 1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	5
2. 3. 2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri	5
2. 4. İnme Belirti ve Bulgular	6
2. 5. İnmenin Sınıflandırılması	7
2. 5. 1. İskemik İnme	7
2. 5. 2. Hemorojik İnme	8
2. 6. İnme Tanı	8
2. 7. İnmenin Yönetimi ve Tedavi	9
2. 7. 1. İnme Yönetimi	9
2. 7. 2. İnme Esnasında Genel Destekleyici Bakım	9
2. 7. 3. İnme Tedavi	10
2. 8. İnme Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar	10
2. 9. İnmeli Hastanın Bakımı ve Aile	10

2. 10. Tükenmişlik.....	11
2. 10. 1. Tükenmişliğin Tanımı	12
2. 10. 2. Tükenmişliğin Boyutları.....	12
2. 10. 3. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler.....	13
2. 10. 4. Tükenmişliğin Belirtileri	13
2. 10. 5. Tükenmişlik Sendromuyla Başa Çıkma Yöntemleri.....	14
2. 10. 6. Hastaya Bakım Verenlerde Tükenmişlik.....	15
2. 11. Stres.....	16
2. 11. 1. Stres Kavramı Tanımı.....	16
2. 11. 2. Stresle Başa Çıkma Durumu	17
2. 11. 3. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....	17
2. 12. Bakım Verenlerin Stresle Baş Etme Yöntemleri	18
2. 13. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Süreci, Tükenmişlik ve Stresle Baş Etmesinde Hemşirelik	19
3. MATERYAL VE METOD	21
3. 1. Araştırmanın Şekli	21
3. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
3. 4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	21
3. 5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	22
3. 5. 1. Bağımlı Değişken	22
Bakım verenlerin tükenmişlik ve stresle başa çıkma durumlarıdır.	22
3. 5. 2. Bağımsız Değişken.....	22
3. 6. Verilerin Toplama Araçları	22
3. 6. 1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-1)	22
3. 6. 2. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Ek-2).....	23

3. 6. 3. Bakım Veren Tanıtım Formu (Ek-3).....	23
3. 6. 4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory –MBI), (Ek-4)	24
3. 6. 5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek-6).....	25
3. 6. 6. Bakım Veren Stres İndeksi (Caregiver Strain Index), (Ek-4)	26
3. 7. Veri Toplama Yöntemi	27
3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3. 9. Araştırmanın Etik Yönü	27
4. BULGULAR	28
4. 1. İnmeli Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	28
4. 2. Bakım Verenlere İlişkin Bulgular	29
4. 2. Bakım Verenlerin Bakımda Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	30
4. 3. İnmeli Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	33
4. 4. Bakım Vereninin Stres İndeksi Ölçeği Maddelerinin ve Toplam Puanının Dağılımı	34
4. 5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımı	35
4. 6. Bakım Verenlerinin Demografik Özelliklerine Göre MTÖ Puan Dağılımı.....	35
4. 6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Dağılımı	41
4. 7. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Bakım Vereninin Stres İndeksi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Arasındaki Korelasyon	47
4. 8. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon.....	48
TARTIŞMA	50
5. 1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Bulgularının Tartışılması.....	50
5. 2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Tartışması	54
5. 3. FBÖ, BVSİ, MTÖ, SBTÖ Arasındaki Korelasyonun Tartışılması.....	58

5. 4. MTÖ Alt Boyutları ile SBTÖ Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonun Tartışılması.....	58
6. SONUÇLAR.....	61
7. ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR.....	64
EKLER.....	71
ÖZGEÇMİŞ.....	85



1. GİRİŞ

1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnme dünya çapında her zaman önemli bir problem olmuştur; ancak inme alanına çalışmalarıyla katkıda bulunan liderlerin öncülüğünde, küresel, tedavi edilebilir ve önlenebilir bir koşul olarak tanımlanmaktadır.

İnme vasküler olaylara bağlı olarak ani başlayan ve hızla gelişen serebral işlevlerde fokal veya global kayıplara neden olan, bazı durumlarda ölümlle sonuçlanabilen klinik bir sendromdur. İnme, tüm dünyada koroner arter hastalıkları ve kanserden sonra en sık görülen üçüncü ölüm sebebi olup (Dundas ve ark., 2014), gelişmiş ülkelerde ki yetişkin sakatlığının en sık sebepleri arasındadır (Krishnamurthi ve Feigin, 2014).

İnme sonrası yaşamını devam ettiren hastalarda bilinç değişikliği, motor- duyu fonksiyonlarda azalma veya kayıp, iletişimde güçlükler, duyu- durum bozuklukları gibi sorunlar görülebilir. Bu sorunlar zamanla ortadan kalkabilir ya da ömür boyu devam edebilir. Bu durum, bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için bir bakım veren tarafından bakılmasını zorunlu kılar. Yapılan araştırmalar, inme sonrası hastaların büyük çoğunluğunun başka birisinin desteğine ihtiyaç duyarak yaşamını devam ettirdiğini (Tuncay ve Mollaoğlu, 2006; Ferri ve ark., 2011) ve bu bakım desteğinin çoğunlukla aile üyeleri tarafından verildiğini ortaya koymuştur.

İnmeli hastalara bakım verenler, bakım rolünü hemen üstlenmek zorundadır. Çünkü inme ani gelişen bir durumdur ve hastada oluşan çok yönlü fonksiyonel bozukluk, bakım verene ihtiyacı gerekli kılmıştır. Bakım verenlerin bakım sürecine hazır olmayışı, başlangıçta hastanın tamamen iyileşmesini beklemeleri, semptomların aylarca ya da yaşam boyu devam edebileceği gerçeğiyle yüzleşmeleri, tedavi ve bakım sürecinin uzun sürmesi, vakaların çoğunun sakatlıkla sonuçlanması sonucu bakımın fiziksel bir yük getirmesi gibi durumlar bakım verenlerin bu süreçte güçlükler yaşamasına sebep olabilmektedir. Bakım verenler fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (Kapucu ve ark., 2009; Mollaoğlu ve ark., 2011; Aşiret ve Kapucu, 2012; Shahripour ve Donan, 2014). Yaşanan bu problemler bakım verenlerin tükenmişlik yaşamasına sebep olmaktadır.

Tükenmişlik kavramı Freudenberger tarafından “İlk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, enerji kaybı, hayal kırıklığı, güdülenme eksikliği ve işi bırakmayla ilgili bir durum” olarak tanımlanmıştır (Freudenberger, 1974). Tükenmişliğin günümüzde kabul gören ve yaygın olarak kullanılan tanımı ise Maslach tarafından yapılmıştır. Maslach tükenmişliği “İşi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının; yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir sendrom” olarak tanımlamıştır (Maslach ve Jackson, 1981). Bakım verenlerin günlük bakıma ayrılan sürenin fazla olması sonucu kendine zaman ayıramamaları, sosyal hayatta - iş hayatında olumsuzluk yaşamaları ve bakım sürecinde yeterli desteği alamamaları, onları tükenmişlik tablosuyla baş başa bırakmaktadır. Yapılan çalışmalar, kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlerin tükenmişlik yaşama oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Duygun, 2001). İnmeli hastalara bakım verenlerin tükenmişliğinin değerlendirdiği bir çalışmada da bakım verenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı belirlenmiştir (Tuna ve Olgun, 2010). Bakım sürecinde tükenmişlik yaşayan bakım verenlerin, karşılaştığı önemli problemlerden birinin de stres olduğu ve tükenmişlik yaşayan bakım verenlerin stresle baş etmede etkili yöntemleri kullanmadıkları yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (Dileköz, 2003).

Stres günlük yaşantımızda sık karşılaştığımız bir kavram olup, literatürde farklı tanımları bulunmaktadır. Cüceloğlu stresi (2007), “Bireyin, fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayret” olarak tanımlamıştır (Cüceloğlu, 2007). Stres altında olan birey başa çıkma mekanizmalarını kullanarak mevcut duruma tepki gösterir. Bakım verenlerin stresle başa çıkma mekanizmaları incelendiğinde, kullandıkları yöntemlerin farklılık gösterdiği (Ateş, 2011; Erkurun, 2015), tükenmişlik yaşayan bakım verenlerin stresle başa çıkmada etkisiz yöntemleri kullandığı görülmektedir (Dileköz, 2013). Oysa stresle etkili başa çıkabilen bakım verenlerin, yaşadığı tükenmişliğin de azalacağı, böylece bakım sürecinin hem bakım veren hem de hasta açısından daha yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bakımın etkili ve kaliteli olabilmesi hastaların ve onlara bakım verenlerin birlikte değerlendirilmesi ile mümkün olabilir. Özellikle uzun bir tedavi ve bakım süreci gerektiren inme vakalarında bakım verenlerin sorunlarının belirlenmesi, hem bakım veren hem de bakım verdiği hasta açısından oldukça önemli olabilmektedir. Ülkemizde inme vakalarıyla ilgili çok sayıda çalışmaya erişebilme imkanı bulunurken, inmeli hastalara bakım verenlerin problemlerini değerlendiren çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Holistik yaklaşımın ışığında, bakım verenlerin yaşadıkları sorunların tespitinin ve etkili çözüm önerilerinin, bakım verenin bakım rolünde daha etkili ve olumlu olmasını sağlayacağı, bakımın kalitesinin de artacağı düşünülmektedir.

1. 2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, inmeli hastalara bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle baş etme durumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1. 3. Araştırmanın Soruları

1. Bakım verenlerin sosyo- demografik özellikleri bakım verenlerin yaşadığı tükenmişliği etkiliyor mu?
2. Bakım verenlerin sosyo- demografik özellikleri bakım verenlerin stresle başa çıkma durumlarını etkiliyor mu?
3. Bakım verenlerin stres durumu ile tükenmişlik arasında ilişki var mı?
4. Bakım verenlerin tükenmişlik durumu ile stresle başa çıkma durumları arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. İnme Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre inme, vasküler nedenlerin haricinde bir orjini olmaksızın, ani başlayan ve hızlı gelişen, 24 saatten uzun süren serebral (motor kontrol kaybı, denge kaybı, his kaybı, konuşma ve kognitif bozukluk) fonksiyon bozukluğundan komaya kadar gidebilen bir durum olarak tanımlanmıştır (Rudd ve Wolfe, 2002; Dalyan ve Çakçı, 2004; Balkan ve Kumral, 2005).

2. 2. İnme Epidemiyolojisi

İnme, tüm dünyada koroner arter hastalıkları ve kanserden sonra en sık görülen üçüncü ölüm sebebi olmakla birlikte (Dundas ve ark., 2014), gelişmiş ülkelerdeki yetişkin sakatlığının da en sık sebepleri arasındadır (Krishnamurthi ve Feigin, 2014). Aynı zamanda, endüstrileşmiş toplumlarda hastane başvurularında ve sağlık harcamalarında da önemli bir yer tutmaktadır (Balkan ve Kumral, 2005). 2020’li yıllarda inmenin koroner arter hastalıkları ile birlikte, sağlıklı yaşam kaybındaki en önemli neden olacağı düşünülmektedir (Kumral, 2009).

Tarihsel olarak inme insidansı, prevalans, erken vaka- ölümlülüğü hakkında bilgi, ağırlıklı olarak yüksek gelirli ülkelerdeki çalışmalardan gelmektedir. İnme epidemiyolojisindeki en büyük zorluklardan birisi, gelişmekte olan ülkelerde iyi kalitede epidemiyolojik çalışmaların bulunamamasıdır. Dünya çapında inme insidansı ve erken vaka ölüm oranının yakın tarihli bir sistematik incelemesi, son dört dekatta (1970-2008), inme insidans hızlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma (yıllık azalma %1.1), 75 yaşın altındaki insanlarda ve iskemik inme hastalarında da daha belirgin bir azalma olduğunu ortaya koydu (Feigin ve ark., 2009; Krishnamurthi ve Feigin, 2014).

İnme insidans ve prevelası, toplumların yaşadıkları coğrafi özellikler, ırksal özellikler, beslenme alışkanlıkları, gelir düzeyi gibi birçok faktörlere bağlı olarak artmakta veya azalmaktadır. Örneğin, Yeni Zelanda’da Maori ve Pacific kişilerinde ve beyaz nüfusa kıyasla Birleşik Devletlerde ve Birleşik Krallık’ta siyah nüfusta daha yüksek riskler gözlemlenmiştir (Krishnamurthi ve Feigin, 2014). Japonya’da inme insidansı yüksek, Libya’da ise düşük olarak bulunmuştur (Balkan ve Kumral, 2005).

Ayrıca kadınlarda inmenin yaşam boyu riski, erkeklerden daha fazla olarak belirtilmiştir (Seshadri ve ark., 2006).

İnmeye bağlı gelişen mortalite oranlarına baktığımızda ölümlerin üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmaktadır ve bu oranların yaşlı nüfustaki artış ve sigara kullanımına bağlı olarak 2020 yılına kadar iki katına çıkması beklenmektedir (Dundas ve ark., 2014).

Ülkemizde inme insidans ve prevalansına ait sağlıklı bilgiler bulunmamakla birlikte (Balkan ve Kumral, 2005), nöroloji kliniklerinde yatan hastaların tanılarında inme ilk sırada yer almaktadır (Karakurt ve Kaşıkçı, 2008).

2. 3. İnme Risk Faktörleri

İnme vakalarının ortaya çıkmasına sebep olan risk faktörlerini bilmek hem inmeden korunmak hem de mevcut inme tanısı bulunan vakalarda hastalığın yeniden nüks etmesini önlemek adına büyük önem arz etmektedir.

2. 3. 1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş, cinsiyet, ırk ve aile öyküsü değiştirilemeyen risk faktörlerindedir.

2. 3. 2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Mevcut yaşam tarzlarında yapılan değişikliklerle inme riskinin tamamen ortadan kalktığı veya azalabildiği faktörlerdir. Değiştirilebilen risk faktörleri de kesinleşmiş ve kesinleşmemiş risk faktörleri olarak iki grup altında toplanabilmektedir.

Kesinleşmiş faktörler

- Hipertansiyon (HT)
- Diabetes Mellitus (DM)
- Kalp Hastalıkları
- Sigara
- Asemptomatik Karotis stenozu
- Orak Hücreli Anemi
- Hiperlipidemi

Kesinleşmemiş Risk Faktörleri

- Alkol Kullanımı
- Obezite
- Beslenme Alışkanlıkları
- Fiziksel İnaktivite
- Homosistein
- Uyuşturucu Kullanımı
- Hormon Tedavisi
- Enfeksiyon
- Fibrinojen

2. 4. İnme Belirti ve Bulgular

İnme vakalarında nörolojik semptomlar sıklıkla aniden ortaya çıkmaktadır. Bulgular, beynin hangi alanının hasar gördüğüne ve etkilenen alanın boyutuna bağlı olarak farklılık göstermektedir. Ayrıca kişiden kişiye bulguların şiddeti de farklı olabilmektedir. Beynin sol hemisferi etkilendiğinde vücudun sağ tarafında, sağ hemisferi etkilendiğinde de vücudun sol tarafında kayıplar meydana gelir.

Beynin sol hemisferi etkilendiğinde, vücudun sağ tarafında paralizi, sağ görme alanında bozulmalar hatta kayıp, anlama ve konuşma bozukluğu veya kaybı; beynin sağ hemisferi etkilendiğinde, vücudun sol tarafında paralizi, sol görme alanında bozulmalar hatta kayıp, duygulanım bozuklukları görülebilmektedir. Serebellum ve beyin sapı tutulumunda bulantı, kusma, çift görme, dengesizlik, bilinç bozuklukları, hemiparezi, quadriparezi, duyu bozuklukları görülebilmektedir (Özeren, 2004; Karadovan 2010).

İnmenin genel belirtileri (Özeren, 2004; Dundas ve ark., 2014);

- Bilinç değişikliği
- Hemiparezi, monoparezi (vücudunu yarısı veya tamamında kuvvet kaybı)
- Disfaji (yutma güçlüğü)
- Ataksi (dengesizlik)
- Oryantasyon ile ilgili değişiklikler
- Apraksi (kazanılmış becerileri yapma yeteneğini kaybetmek)
- Paraparezi, kuadriparezi
- Konuşma bozuklukları (dizfazi, dizatri ...)

- Görme bozuklukları (diplopi, bilateral görme kaybı, homonim hemianopsi ...)
- Amnezi (unutkanlık), akut hafıza kaybı
- İşitme ile ilgili bozukluklar
- Duygusal değişiklikler
- Hemisenoriyel bozukluk (vücudun bir yarısının tümünün veya bir bölümünün farklı hissedilmesi)

Yapılan çalışmalar, inme belirtileri ve inme durumunda ne yapılması gerektiği hakkında hem toplum hem de inme öyküsü olan kişiler arasında bilginin zayıf olduğunu göstermiştir (Mosley ve ark., 2007). Oysaki inme vakalarında erken tedaviye başlanması ve klinik tanılama oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Erken tedavi hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyebilir. 1998 yılında İngiltere’de bir grup inme hekimi, ambulans personeli ve acil servis hekimi hastane dışı ortamlarda da inme semptomlarının tanımlanabilmesi adına “FAST” testini geliştirdi. Bu teste göre aşağıdaki semptomların varlığı akla inme tablosunun olabileceğini getirmelidir (Feng ve ark., 2017).

Facial drooping: Yüzün bir kısmı, genellikle sadece bir tarafta, sarkmış ve hareket etmesi zor. Bu, eğri bir gülümseme ile fark edilebilir.

Arm weakness: Kolunu tamamen kaldıramama

Speech difficulties: Konuşmayı anlamama veya üretme yetersizliği veya zorluğu

Time: Yukarıdaki belirtilerden herhangi biri gösteriyorsa, zaman önemlidir; Acil servis çağırın veya hemen hastaneye gidin.

2. 5. İnmenin Sınıflandırılması

2. 5. 1. İskemik İnme

Normal şartlar altında serebral kan akımı dakikada 60 ml/100 g’dır. Bu değer altındaki kan akım hızları beynin beslenmesini etkiler. Bazı otoregülasyon mekanizmaları ile beyin, iskemik olaylardan korunur. 30 ml/100g değer altına düştüğünde nörolojik iskemik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. 18 ml/100g’ın altındaki değerlerde beyin dokusuna Na/K pompası için gereken enerjiyi kısmen sağlayamaz hale gelir ve beyin dokusunda hasar oluşmaya başlar. Ancak nöron yapısı hemen bozulmaya başlamaz (Varol, 2007; Dundas ve ark., 2013). Reperfüzyon hızlı ve

etkili bir biçimde sağlanırsa etkilenen beyin hücreleri tekrar işlevine dönebilmektedir (Brodrat, 2004). Serebral perfüzyon üç saat içinde sağlanmadığı takdirde nöron yapısı bozulmaya ve nekroza gitmeye başlar (Dundas ve ark., 2013).

2. 5. 2. Hemorojik İnme

Vasküler bir olay orjinli olan, travmatik olmayan ve merkezi sinir sisteminde hasara sebebiyet veren intrakraniyal kanamalar hemorojik inmeyi oluşturur. Birincil nedeni hipertansiyon olmakla birlikte, serebral amiloid anjiyopati ve antikoagülan tedavi de hemorojik inmeye neden olabilmektedir. Her yıl yeni inme vakalarının %10-15'ini hemorojik inme oluşturmaktadır (Uzuner, 2015).

2. 6. İnme Tanı

İnme çoğunlukla ani olarak ortaya çıkan semptomlar ile kendini belli eder. Ancak; nörolojik kayıplara sebebiyet verebilen subdural hematoma, beyin apsesi, beyin tümörü veya epilepsi (post-iktal dönem) ile karışabileceğinden tedaviye başlamadan önce tanının net bir şekilde konulması gerekmektedir (Erden,2009). Net ve erken konulan tanı tedavinin de erken başlamasını sağlayacaktır. Böylece, inme sonrası oluşacak nörolojik komplikasyonların da önüne geçilecektir. Hastane dışı ortamlarda hastaya uygulanan FAST testi sonrası şüphelenilen inme tanısı (Jauch ve ark., 2013), hastane içi ortamda yapılan rutin ayırıcı testlerle kesinleşir.

Tek başına klinik muayene iskemik inme ile primer intraserebral hemorojiye bağlı inme geçirenler arasında ki ayrımı yapmak için yeterli değildir. Bu ayrımı yapmak oldukça önemlidir çünkü hemorojisi olan bir kişiye verilen tromboliz tedavisi, ölümcül sonuçlar doğurabilmektedir. Bu ayrımı yapmada BT taraması yeterli olabilmektedir. BT'den sonuç alınamadığı durumlar da MRG (magnetik resonance imaging-görüntüleme) özellikle önemlidir. BT'ye kıyasla MRG daha üstün alansal çözünürlük sunmaktadır. İntrakraniyal vasküler sorunların tespit edilmesinde MR Anjiyografi ve Doppler USG kullanılabilir (Dora ve ark., 2015). Ekokardiyografi de kalpteki bir emboli odağını belirlemede kullanılabilir (Whisnant ve ark., 1990).

2. 7. İnmenin Yönetimi ve Tedavi

2. 7. 1. İnme Yönetimi

İNme yönetiminin genel hedefi, hayat kalitesini artırmak ve inme yükünü azaltmaktır. Akut inme yönetiminin genel prensiplerini, beyin hasarını en aza indirmek, erken inme rekürrensini önlemek, nörolojik ve sistemik komplikasyonları tedavi etmek oluşturmaktadır.

2. 7. 2. İnme Esnasında Genel Destekleyici Bakım

-Doku oksijenasyonunun korunması: Oksijen yokluğunda 1-3 dakika içinde nöronal ölüm oluşur. Beyin hasarının ilerlemesini durdurmak için akut dönemde yeterli oksijen ihtiyacını (yani oksijen doygunluğu > % 92) sağlamak esastır (Topcuoğlu ve Ay, 2014).

-Kan basıncı yönetimi: Kan basıncı, ilk ve tekrarlayan inme için önlenebilir tedavi edilebilir bir risk faktörüdür. Yüksek tansiyon, beyin ödemi, hemorajik dönüşüm, erken tekrarlayan inme, hipertansif ensefalopati, akut koroner sendrom ve artan kötüleşme riskini arttırarak kalp yetmezliğine neden olabilir. Fakat kritik stenozu olan veya proksimal arterlerde oklüzyon bulunan, belirgin post-stenotik hipoperfüzyon, vazoplazma, duruşa ya da basınca duyarlı nörolojik semptomlar ve marjinal olarak perfüze edilen doku geniş bölgeleriyle ilişkili infarktlara neden olan hastalarda yüksek kan basıncını düşürmek tehlikeli olabilir (Topcuoğlu ve Ay, 2014).

-Optimum vücut ısısının korunması: İnme geçiren hastalarda ateş kontrolü önemlidir. İlk bir hafta içerisinde yüksek ateşli hastalarda prognoz, ateşi normal sınırlarda olanlara göre daha kötü bulunmuştur (Azzimondi ve ark., 1995).

-Kan glikoz düzeyinin kontrolü: Hiperglisemi anoerobik metabolizma ve laktik asidozu arttırarak iskemik beyin hasarını arttırabilir. Bu sebeple inme geçiren hastalar da glukoz düzeyleri kontrol altına alınmalıdır (Benavente ve Hart, 1999).

-Disfaji değerlendirmesi ve beslenmesi: Disfaji, aspirasyon pnömonisi geliştirmede önemli bir risk faktörüdür. Disfajisi olan hastaların %20'sine yakın bir kısmı ilk inme sırasında aspirasyon pnömonisi sebebiyle ölmektedir. Ayrıca, disfaji ile ilişkili oral alım kısıtlaması yetersiz beslenme, dehidrasyon ve metabolik anormalliklere neden olabilir. Disfajinin erken tedavisi sonuca katkıda bulunmakta ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır (Topcuoğlu ve Ay, 2014).

-İntrakraniyal basıncın izlenmesi ve beyin ödeminin tedavisi: Beyin ödemi, akut inme evresinde inmeye bağlı mortalitenin ana nedenidir. Bu sebeple erken tedavisi prognozda olumlu sonuçlar yaratabilir (Topcuoğlu ve Ay, 2014).

-Kalp fonksiyonlarının izlenmesi: Kardiyak emboli de inmeye sebebiyet verebilmektedir. Bu sebeple kardiyak anomalilikleri erken tanımlamak önemlidir (Topcuoğlu ve Ay, 2014).

2. 7. 3. İnme Tedavi

İnmede Farmakolojik Tedavi

- İntravenöz trombolitik tedavi
- Oral Antiagregan İlaçlar
- Oral Antikoagülanlar

İnmede Cerahi Tedavi

- Karotid Endarterektomi
- Dekompresif kraniektomi

2. 8. İnme Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar

- Disfaji ve Pnömoni
- Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli
- Malnütrisyon
- Basıç Ülseri
- Bağırsak ve Mesane Sorunları
- Duygu-Durum Bozuklukları

2. 9. İnmeli Hastanın Bakımı ve Aile

İnmeye bağlı ölüm oranlarının son yıllarda azalması sonucunda, inmenin kronik bir hastalık olması ve inme sonrasında sakatlıkların görülmesi, motor fonksiyonlarda azalma, yutma güçlüğü, sözel iletişimde bozulma, duygu-durum bozuklukları gibi kayıplar uzun süren bir bakımı da beraberinde getirmektedir (Wolf ve ark., 1992; Pinguart ve Sorensen, 2003; Lui ve ark., 2005). İnme sonrasında yaşanan bu kayıplara bağlı olarak hastaların üçte biri başkalarının desteğine ihtiyaç duyarak yaşamını sürdürmektedir (Tuncay ve Mollaoğlu, 2006). Ferri ve arkadaşlarının yaptığı

araştırmada da hastaların %97,6'sının inme sonrası bakıma ihtiyaçı olduğu ortaya konulmuştur (Ferri ve ark.,2011). Bu desteği ve bakımı üstlenen hastanın eşi, çocukları, yetişkin bir akrabası, arkadaşı ve eski bir tanıdık olabilir (Puymbroeck ve Rittman, 2005). Ülkemizde bu durumu inceleyecek olursak, Türk toplumunda aile bütünlüğü temel bir kavramdır ve hasta bir aile üyesine bakma, bir yük değil bir sorumluluk olarak görölmektedir (Kapucu ve ark., 2009).

Demans gibi nörolojik bir hastalıkta bakım verenler, bakım verme yükünü zamanla yavaş yavaş üstlenirler oysaki inme akut bir olaydır ve bakım verenler bakım verme sorumluluğunu olaydan hemen sonra üstlenmek zorundadırlar (Shahripour ve Donan, 2014). Durumun ani gelişmesi sonucu yaşanan belirsizlikler, hastalarda yaşanan ani fizyolojik kayıplar, bakım sürecinin yavaş ve uzun sürmesi bakım verenleri belirsizlik sürecine sokabilmektedir. Başlangıçta hasta yakınları tamamen iyileşme bekleyebilir ancak semptomların aylarca ya da yaşam süresince devam edebileceğinin farkına vardıklarında kendilerini mutsuz ve yaşamdan izole edilmiş hissedebilirler (Kapucu ve ark., 2009).

Bir bireyde oluşan sakatlık tüm aile sistemini etkilemektedir. Bu sebeple, inmeli hastalara bakım veren ailelerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemler görülebilir. Yapılan çalışmalar da inmeli hastalara bakım verenlerde depresyon olasılığının yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Wyller ve ark., 2003; İnce ve Şahin, 2015). Depresyon dışında bakım verenlerde diğer duygusal sorunlar (ümitsizlik, gelecekte endişeli olmak, uykusuzluk, yorgunluk, kendine zaman ayıramama), maddi sorunlar (bakım masrafları), bedensel sorunlar (sırt ağrısı, bel ağrısı, yorgunluk) da görölmektedir. Sanford ve ark. yaptığı bir araştırmada bakım verenlerin en fazla yorgunluk, baş ve sırt ağrısı çektiği belirtilmiştir (Sanford ve ark., 2005). Bakım verenlerde görölen bu sorunlar, onların bakım sürecinde başarısız olmasına, mevcut durumla baş edebilecek içsel kaynaklarının azalmasına, sosyal yaşamdan kendilerini izole etmelerine ve bunların sonucu olarak tükenmişlik yaşamalarına sebep olmaktadır.

2. 10. Tükenmişlik

İnme sonrası görölen fonksiyonel bağımsızlıktaki azalma, kayıplar yaşamı sürdürme ve etkili bakımın sağlanmasında hastanın ikinci bir kişiye bağımlılığını arttırmaktadır. Bu durum hastaya bakım veren yakınları üzerinde bir bakım yükü

oluşturmakta ve kimi zaman hasta yakınlarını tükenmişlik tablosuyla karşı karşıya getirmektedir.

2. 10. 1. Tükenmişliğin Tanımı

Tükenmişlik kavramı literatüre ilk kez 1974 yılında Herbert J. Freudenberg'in "Personel Tükenmişliği" makalesinde girmiştir (Freudenberger,1974). Freudenberg (1974) tükenmişliği, "Başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tahmin edilemeyen istekler sonucu bireyin iç kaygılarında meydana gelen tükenme durumu" olarak tanımlamıştır (Freudenberger,1974; Dinçerol, 2013). Günümüzde tükenmişliğin kabul gören tanımını ise Maslach 1981 yılında tanımlamıştır. Maslach (1981) tükenmişliği "iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının; yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir sendrom" olarak tanımlamıştır (Maslach ve ark., 1981).

2. 10. 2. Tükenmişliğin Boyutları

Maslach ve Jackson tükenmişliği (1986) duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyutta tanımlamıştır. Duygusal tükenme, tükenmişliğin bireysel ve stres boyutunu belirtmekte, bireyin duygusal ve fiziksel kaynaklarındaki azalmayı ifade etmektedir (Maslach ve ark., 2001; Yıldırım ve ark., 2010). İnsanların psikolojik beklentilerine karşılık veremeyecek duruma gelindiğinde, birey ilk olarak duygusal tükenme yaşamaya başlar (Maslach ve ark., 2001). Beklentilerle başa çıkamayan birey, bir süre sonra hizmet verdiği insanlarla ilişkisini sınırlandırır, onlara karşı mesafe alarak duyarsızlaşır bu tükenmişliğin duyarsızlaşma boyutudur (Ardıncı ve Polatçı, 2008). Duyarsızlaşma boyutunda birey hizmet verdiği insanlara birer nesne gibi davranır, umursamaz ve alaycı bir tavır sergiler (Yıldırım ve ark., 2010). Kişisel başarı boyutunda ise birey, işe başlarken ki hedef istek ve tutumları ile şu anki davranışları arasında oluşan farkı görmeye başlar. Kendini yetersiz hisseder. Bu boyut "Kişinin kendini olumsuz değerlendirme eğiliminde olması" ile de tanımlanır (Maslach ve ark., 2001).

2. 10. 3. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Tükenmişliği etkileyen faktörler bireysel ve örgütsel faktörler olarak iki başlık altında incelenmektedir.

Bireysel faktörler; kişinin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, işi yapma süresi, eğitim...), kişilik özellikleri ve sosyal faktörleri (aile yapısı ve sosyal destek) bireysel faktörleri oluşturmaktadır (Arı Sağlam ve Bal, 2008; Ardınç ve Polatçı, 2008; İnce ve Şahin, 2015). Yapılan çalışmalar da içe dönüklülük ve nevrozizm tükenmişliğin üç boyutuyla da ilişkili bulunmuştur (Arı Sağlam ve Bal, 2008). İçe dönük, dış kontrol odaklı, empati kuramayan, karşılanması güç beklentileri olan, öz yeterliliğe sahip olmayan kişiler daha fazla tükenme riskiyle karşı karşıyadır (Ardınç ve Polatçı, 2008).

İş ve örgüt ile ilgili faktörler; iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet, çalışma arkadaşları ve değerler bireyin iş ve örgüt ile ilgili tükenmişlik yaşamasına sebep olan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Arı Sağlam ve Bal, 2008; Ardınç ve Polatçı, 2008; İnce ve Şahin, 2015).

2. 10. 4. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik birdenbire oluşan bir durum olarak değil yavaş yavaş gelişen ve sürekliliği olan bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu süreçte bireyde meydana gelen belirtiler erken fark edilir, soruna yönelik uygun çözüm önerileri sunulursa, tükenmişlik durumu ortadan kaldırabilir. Tükenmişlik belirtileri kişinin demografik özellikleri ve sosyal çevresindeki yaşantısına göre değişiklik gösterse de genel olarak fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olarak ortaya çıkmaktadır.

Fiziksel belirtiler: Enerji düşüklüğü, baş ağrısı, uyku problemleri, kilo kaybı, sırt ve boyun ağrısı, nefes daralması, cilt hastalıkları, sık tekrarlayan soğuk algınlığı, gastrointestinal sistem hastalıkları gibi belirtilerdir (Duygun ve Sezgin, 2003; İnce ve Şahin, 2015).

Psikolojik/Duygusal belirtiler: Tükenmişlik yaşayan bireylerde psikolojik belirtiler diğer belirtilere göre daha az belirgindir. Kişilerle ilişki kurmak istememe, başarısız olacağını düşünme, eleştirme, depresyon, kaygı, aile ilişkilerinde bozulma, hayata karşı olumsuz düşünceler, enerji kaybı, huzursuzluk gibi belirtiler bu belirtilerdendir (Duygun ve Sezgin, 2003; İnce ve Şahin, 2015).

Tükenmişliğin psikolojik belirtileri baş gösterdiğinde bireyin yapmakta olduğu işte başarısı, kendine güveni ve iş verimi azalmaktadır. Birey engellendiğini düşünür, yaptığı işte takdir görmediğinde kendini işe yaramaz olarak değerlendirir. Bu durumdan sonra tükenmişliğin diğer tüm belirtileri de adım adım kendini göstermeye başlar. Sonuçta onda tükenmişlik yaratan durumu sonlandırmayı düşünür ve davranışsal belirtiler de kendini göstermeye başlar.

Davranışsal belirtiler: Tükenmişliğin davranışsal belirtileri başkaları tarafından da kolaylıkla fark edilebilir. Bireyin iş değiştirmesi, saldırgan davranışlarda bulunması, alkol-sigara gibi zararlı maddelerin kullanımına eğilimin artması, sakinleştirici ilaç kullanımında artış gözlenmesi, işe gelmede devamsızlık yapma gibi belirtiler davranışsal belirtiler olarak karşımıza çıkmaktadır (Maslach ve ark., 2001; Sürgevil, 2014).

2. 10. 5. Tükenmişlik Sendromuyla Başa Çıkma Yöntemleri

Tükenmişlik sendromu ile başa çıkma yöntemlerinden bahsedebilmek için öncelikle tükenmişliğin bireysel mi örgütsel mi olduğu ve birey üzerindeki etkilerini belirlemek gerekir. Bireyi tükenmişliğe iten neden belirlendikten sonra hazırlanan etkili çözüm yollarının uygulanması tükenmişlikle başa çıkmada etkili olacaktır.

Örgütsel düzeyde tükenmişlikle başa çıkma yollarını genel olarak aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Taycan ve ark., 2006; Arduç ve Polatçı, 2008; Öztürk, 2015):

- Görev tanımlarının net bir şekilde yapılması
- İşe yeni başlayanlara oryantasyon eğitiminin verilmesi
- Hizmet içi eğitimlerin yapılması
- Uzun çalışma saatlerinin azaltılması
- Fazla mesailerde ücret veya ücret yerine izinlerin verilmesi
- Başarıyı ödüllendirme
- Çalışanların eleştiri ve görüşlerinin alınabileceği ekip içi toplantıların yapılması
- Sosyal imkanların artırılması
- Kariyer çalışmalarının desteklenmesi
- Açık iletişimin sağlanması

Bireysel düzeyde tükenmişlikle başa çıkma yolları da genel olarak aşağıdaki başlıklar altında ele alınabilir (Taycan ve ark., 2006; Öztürk, 2015):

- Tükenmişlikle ilgili bilgi sahibi olmak belirtileri erkenden tanıyıp, çözüm yollarına yönelmek
- Tükenmişliğe sebep olan iş/bakım vermeye başlamadan önce işin zorluklarının, risklerinin öğrenilmesi
- Danışmanlık hizmetlerinden yararlanılması
- İş dışı rahatlatıcı hobilerin bulunması
- İşte kendine hedeflerin konulması
- Kişinin önce kendini tanıması
- Tatile çıkmak

Tükenmişliği önlemede en önemli çözüm önerilerinden biri de aile desteği ve sosyal destektir. Mutlu bir aile yaşantısı bireyin sevdiği dostlarıyla beraber olması, sıkıntıların paylaşılıp çözüme yönelik iletişimlerin kurulması tükenmişliği azaltmada etkili olmaktadır (Torun,1997).

2. 10. 6. Hastaya Bakım Verenlerde Tükenmişlik

Aile bireylerinden birinin kronik hastalığı, ekonomik ve psiko-sosyal sonuçları tüm aileyi ilgilendirir ve aile üyelerinin yaşam biçimlerini etkiler. Araştırmalar, kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlerin depresyon, kaygı, öfke, umutsuzluk, suçluluk ve utanç duyguları gibi geniş kapsamlı fiziksel ve duygusal sıkıntılar ve psikolojik belirtiler yaşadıklarını göstermektedir (Ghane ve ark., 2016). Kronik hastalığa sahip hastalara bakım verenlerde tükenmişlik görülme oranı önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (Duygun, 2001). İnme sonrası hayatta kalan hastalarda görülen fizyolojik kayıplar, inmenin ani gelişen fakat uzun tedavi ve bakım sürecini beraberinde getiren bir hastalık olması, hastaya bakım verenin bakım vermeyi isteyip istememe durumu, bakım verenle akrabalık ilişkisi, bakım verenin yaşı, bakım verenin eğitim durumu, ekonomik durum, nasıl bakım vereceğini bilememe, elinden geleni yapsa bile hastayı memnun edememe, takdir edilmeme gibi durumlar hastaya bakım verenleri tükenmişlik tablosuyla karşı karşıya getirmektedir. Tuna'nın çalışmasında, inmeli hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı ancak kişisel başarılarının etkilenmediği belirlenmiştir (Tuna, 2010). Bakım verenlerin yaşadığı tükenmişliğin

yanında yüksek düzeyde stres yaşadığı da yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (Post ve ark., 2007).

2. 11. Stres

2. 11. 1. Stres Kavramı Tanımı

Günlük yaşantımızda çok sık karşı karşıya kalınan ve dile getirilen bir kavramdır stres. Peki stres nedir? Literatür incelendiğinde stres kavramının tanımı hakkında araştırmacılar arasında görüş birliği bulunmadığını görülmektedir.

Stres kelimesi Latince “Estrica” ve Fransızca “Estrece” sözcüklerinden gelmektedir. Stres, 17. yy’da felaket, bela, keder, dert, elem gibi anlamlarda; 18. ve 19.yy’da ise güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organa ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır (Yurtsever, 2009).

Stres sözcüğü bilim dünyasına ilk kez fizik bilimci olan Robert Hook tarafından 17.yy’da “elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi” açıklamak üzere kullanılmıştır. Yüzyıl kadar sonra bir başka fizikçi olan Thomus Young stresi “maddenin kendi içinde olan bir güç ya da dirençtir” şeklinde tanımlamıştır (Özbey, 2011). Bu tanımlardan sonra biyolog olan Walter Canon stresi psikolojik yönüyle ele almıştır. Canona göre stres, organizmanın “homeostasisini” tehlikeye sokacak dışarıdan gelen bir uyarana karşı verdiği “savaşma veya kaçma” tepkisidir (Akman, 2004).

Hans Selye (1974) stresi, vücudun çeşitli uyarılara nonspesifik tepkisi olarak tanımlamıştır. Çeşitli stresörler karşısında bedenin benzer biyolojik tepkiler gösterdiğini, bu tepkilerin ströserlere göre değişmediğini sadece derecesinin farklılaştığını belirtmiştir. Strese karşı gösterilen ilk tepkinin fizyolojik olduğunu belirtmiştir. Ve bu tepkileri GAS (Genel Adaptasyon Sendromu) adı altında üç fazda tanımlamıştır (Güneş ve Düzgün, 2004; Dimsdale, 2007; Bardavit, 2007; Cüceloğlu, 2007; Dalyan, 2010):

1. Alarm Tepkisi: Bu dönemde birey dışardan gelen uyarıyı stres olarak algılar. Bu evrede sempatik aktivite artmaktadır. Endokrin sistem uyarılır.
2. Direnç Dönemi: Bu aşamada organizma stresöre tüm başa çıkma mekanizmalarıyla uyum sağlamaya çalışır. Parasempatik sinir sistemi devreye girer. Eğer organizma,

stresöre uyum sağlayabilirse alarm evresindeki tepkiler stabil hale gelir fakat sağlayamazsa tükenme dönemine geçilir.

3. Tükenme Evresi: Bu dönemde vücut artık strese karşı direnme gücünü kaybetmiştir. Stresörle mücadele edemez bedensel savunma gücü azalmıştır ve organizma diğer stresörlere açık hale gelmiştir. Alarm dönemindeki bazı belirtiler yeniden kendini göstermeye başlamıştır. Bu dönem sonunda strese bağlı bazı hastalıklar oluşmaya başlamıştır hatta bazı ileri durumlar ölümle bile sonuçlanabilmektedir.

Selye bu üç dönemi insan hayatına benzetmiştir. Ona göre alarm evresi çocukluk dönemi, direnme evresi yetişkinlik dönemi ve tükenme evresi ise hayatın sona ermesidir Güneş ve Düzgün, 2004; Dimsdale, 2007; Bardavit, 2007; Cüceloğlu, 2007; Dalyan, 2010).

2. 11. 2. Stresle Başa Çıkma Durumu

Stres yaşantımızda yadsıyamadığımız ve her an karşı karşıya kalabileceğimiz bir kavramdır. Başa çıkma ise, stresin organizmada yarattığı uyaranlarla mücadele etme sürecine girmesidir (Deniz ve Yılmaz, 2006).

Stresle başa çıkma Folkman ve Lazarus tarafından (1988) bireyin, stres anında dışarıdan gelen isteklere başa çıkabilmek için ürettiği bilişsel ve davranışsal çaba olarak tanımlanmıştır (Folkman ve Lazarus, 1988). Lazarus stresle baş etmeyi, doğrudan eylemler ve hafifletici eylemler başlığı altında iki grupta ele alınabileceğini belirtmiştir (Lazarus, 1991; Lazarus, 1993; Yöndem, 2002).

-Doğrudan eylemler: Problem merkezli baş etmedir. Strese sebep olan duruma davranışsal olarak mücadele etmeyi içermektedir.

-Hafifletici eylemler: Duygu merkezli baş etmedir. Stresten kaynaklanan rahatsızlığı duygusal olarak azaltma ve duyguların kontrol edilmesini içermektedir (Yöndem, 2002).

2. 11. 3. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Stresle karşılaştığı zaman birey dört farklı yöntemle stresle baş etmeye çalışabilir.

-**Bedenle başa çıkma yolları:** Gevşeme teknikleri, beslenme biçimindeki değişiklikler bu gruba girer.

-**Zihinsel başa çıkma yolları:** Zihinsel düzenleme, sorunların kaynağının belirlenmesi, etkili çözümleri planlamak

-**Davranışsal başa çıkma yolları:** Olumsuz davranışların (sabırsız, kavgacı, tedirgin, bağımlı, rekabet halinde) değiştirilmesini kapsar.

-**İnançla başa çıkma yolları:** Kişinin manevi duygulara yönelerek stresle başa çıkmasıdır.

Stresle başa çıkmada bir diğer tanınmış yöntem de “DKBY” modelidir. Bu model Braham tarafından geliştirilmiştir (1998). Bu modele göre stresi kontrol altına alma dört adımı içerir (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002):

(D) Değiştir: Mümkünse stres yaratan ortam ve kişileri değiştir.

(K) Kabul Et: Değiştirilmesi mümkün olmayan koşulları kabul et.

(B) Boşver: Olaylara yeni ve farklı bir bakışla bak.

(Y) Yaşam Tarzını Yönet: Bu son adımdır. Stres odağını ortadan kaldırmak amaçlanır.

2. 12. Bakım Verenlerin Stresle Baş Etme Yöntemleri

Bakım sürecinde karşılaşılan zorluklar, yeterli desteği alamama, psikolojik ve fizyolojik olarak sürece hazır olmama bakım verenlerin stres yaşamasına sebep olmaktadır. Post ve arkadaşlarının çalışmalarında (2007) inmeli hastalara bakım verenlerin %50'sinin yüksek düzeyde stres yaşadığı belirlenmiştir (Post ve ark., 2007). Dumont ve ark., kanser hastalarına bakım verenlerle ilgili yaptıkları çalışmalarında (2006), bakım verenlerin büyük çoğunluğunun yüksek düzeyde stres yaşadığı ve bu durumun bakım yüküyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Dumont ve ark., 2006). Bakım verenlerin yaşadığı yüksek stres düzeyinin yanında, stresle baş etmede kullandıkları yöntemler incelendiğinde, kullanılan yöntemlerin farklılık gösterdiği görülmektedir. Etkili baş etme yöntemlerini kullanan bakım verenlerin yanında, etkisiz yöntemleri kullananlarda göz ardı edilemeyecek çoğunluktadır (Şener 2009; Erkuran 2015; Tuğrul 2015). Bakım verenleri stresle baş etmede etkili yöntemleri kullanmaya yönlendirmede, hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Etkili yöntemleri kullanmaya yönelik yapılacak girişimler, bakım sürecinde yaşanan sancuların sona ermesine olanak sağlayacaktır.

2. 13. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Süreci, Tükenmişlik ve Stresle Baş Etmesinde Hemşirelik

İnme geçiren hasta ve bakım verenler bakım sürecinde desteklenmelidir. Araştırmalar, hastalar ve aileler için yeterli bilgi sağlamanın uyum sürecini kolaylaştırmaya yardımcı olduğunu göstermektedir (Kapucu ve Kutlu, 2009). Bu bağlamda inme hakkında bilgi sahibi olmak aileler için özellikle önemlidir; çünkü eşler ve diğer aile bireyleri, genellikle inme sonrası yaşama devam eden bireyin acil bakım ihtiyacını karşılayacak olanlardır (Shahripour ve Donan, 2014).

Bakım verenlerin kaygı ve endişe duyduğu, bilgilendirilmesi gereken konu başlıkları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Shahripour ve Donan, 2014):

- İlaç yönetimi
- İnme sonrası hayatta kalan bireyin durumu ve tedavi planları
- Hastanın sahip olabileceği spesifik semptomların veya problemlerin yönetimi
- Hangi sağlık uzmanlarının tavsiye için çağırılması gerektiği
- Yardımcı olabilecek kitapları veya yazılı materyalleri, destek gruplarını ve kuruluşları nerede bulabileceğinin öğretilmesi

Sağlık profesyonelleri olarak hizmet veren hemşireler, bakım sürecinde bakım vereni desteklemede, mevcut sorunu saptamada, soruna yönelik çözümler bulmada ve süreci yönetmede önemli görevlere sahiptirler. Hemşireler, bakım verenlerin bu süreçte kendi fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehlikeye sokmamaları ve daha az bakım yükü yaşamalarını sağlamak için gerekli desteği sağlamalıdır (Aşiret ve Kapucu, 2012). Bakım verenlerin yaşadığı problemler tespit edilmeli, stres ve tükenmişlik tablosuyla karşı karşıya olanlar belirlenip desteklenmeli, stresle etkili baş etmeye yönlendirilmelidir. Bu bağlamda hemşireler,

-Hastaya ve bakım verene yönelik etkili bakım sürecinin planını oluşturmalı, sorunları saptamalı

-Hastalığın tanısından, taburculuk ve evde bakım sürecine kadar, hasta ve hasta yakınlarını desteklemeli

-Bakım verenlerin profesyonel sağlık ekibiyle işbirliği içerisinde olmasını sağlamalı

-Hasta yakınları hastalık, tedavi ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirmeli,

-Bakım verenlerin endişe duyduğu konuları belirleyip etkili çözüm önerilerini sunmalı

-Bakım verenlere etkili bakım becerilerini öğretmeli

-Hastalık sürecinde ve bakımda karşılaşılabileceği olası sorunları önceden anlatmalı, sorunlara yönelik etkili baş etme stratejileri geliştirmeli

-Herhangi bir olumsuzlukta ne yapması gerektiği belirtilmeli

-Bakım verende stres yaratan stresörler belirlenmeli, etkine yönelik çözüm önerileri sunulmalı, süreç yönetilmeli ve stresle etkili baş etme yöntemleri öğretilmeli

-Tükenmişlik belirtilerinin var olduğu gözlenen bakım verenler tespit edilmeli, etkili çözüm önerileri sunulmalı, süreç takip edilmeli

Hemşirelerin, bakım verenleri desteklemesi, sorunlara etkili çözümlerle yaklaşması, hasta ve yakınlarına emosyonel destek sağlaması, hem bakım verenlerin bakım sürecinde yaşadığı sıkıntıları önleyecek hem de verilen bakımın niteliğini artıracaktır.

3. MATERYAL VE METOD

3. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma inmeli hastalara bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle baş etme durumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, bir devlet hastanesinin, Nöroloji ve Palyatif Bakım Servislerinde Mart - Ağustos 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3. 3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, bir devlet hastanesinde Mart - Ağustos 2016 tarihleri arasında Nöroloji ve Palyatif Bakım Servislerinde yatan, inmeli hasta ve bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü minitap 15 programı ile power analizi yapılarak %95 güven aralığında, en az %80 test gücü olacak şekilde, 8 puan standart sapma için minimum 125 kişi olacak şekilde belirlenmiş (Tuna ve Olgun 2010; İnan ve Duman 2013), örnekleme 150 hasta ve hastaya bakım veren yakını alınmış, örneklem gücü %84,8 olarak bulunmuştur.

3. 4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya katılabilmek için seçim kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Hasta ve hastaya bakım veren yakınlarının araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Bakım verenlerin 18 yaşından büyük olması
- Bakım verenlerin okuma yazma bilmesi
- Bakım verenlerin mental ve iletişim sorunun olmaması
- Hastaların en az 1 aydır inme tanısı almış olması

3. 5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3. 5. 1. Bağımlı Değişken

Bakım verenlerin tükenmişlik ve stresle başa çıkma durumlarıdır.

3. 5. 2. Bağımsız Değişken

Bakım verenlerin yaşı, medeni durumu, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, çocuk sayısı, sosyal güvencenin olup olmama durumu, gelir durumu, akrabalık durumu, aile yapısı, hasta dışında bakım verilen başka birinin varlığı ya da yokluğu, hastaya yakınlık derecesi, hastaya verilen bakımın süresi, bakımda bireye yardım eden başka birinin varlığı, günlük bakıma ayrılan süre, özel hayat (roller) olumsuz etkilenme durumu, iş hayatında değişiklik olma durumu, hastaların fonksiyonel bağımsızlığı ve stres indeksidir.

3. 6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler literatür gözden geçirilerek, bakım verenlere “Bakım Veren Tanıtım Formu”, “Bakım Veren Stres İndeksi (BVSİ/ CSI)”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ/ MBI)”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)” uygulanarak, inmeli hastalara “Hasta Tanıtım Formu” ve “Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ/ FIM)” uygulanarak elde edilmiştir.

3. 6. 1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-1)

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleği, çocuk sayısı, sosyal güvencesi, gelir durumu gibi sosyo- demografik özelliklerini değerlendiren 7 soru,

Hastanın bakım verenler ilişkisini değerlendiren 1 soru yer almaktadır.

3. 6. 2. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Ek-2)

Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği, kişinin günlük yaşamda fiziksel ve kognitif aktivitelerini gerçekleştirirken ki bağımlılık ve bağımsızlık düzeyini gösterir. Türkçe uyarlaması Yavuzer tarafından yapılmıştır (Yavuzer, 1996). FBÖ, Motor-FBÖ (13 madde) ve Bilişsel-FBÖ (5 madde) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Her bölüm de kendi içerisinde 6 ana madde altında (kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite ve transfer, hareket edebilme ve yürüme, iletişim ve sosyal algılama) toplanan 18 alt boyut içermektedir. Her madde de bağımlılık ve bağımsızlık durumuna göre 7 puanlı likert skalasında değerlendirilir. 1-2 puan bağımlı, 3-5 puan yarı bağımlı, 6-7 puan bağımsız olarak değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 18, maximum puan ise 126'dır (Soyuer ve ark., 2007; Altuğ ve ark., 2009). Yavuzer'in çalışmasında FBÖ'nün Cronbach's Alfa katsayısı 0,81 olarak belirlenmiş olup (Yavuzer 1996), bu araştırmada FBÖ Cronbach's Alfa katsayısı 0,982 olarak bulunmuştur.

3. 6. 3. Bakım Veren Tanıtım Formu (Ek-3)

Araştırmacı tarafından literatür gözden geçirilerek oluşturulan 23 soru içermektedir.

İnmeli hastalara bakım veren yakınlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, çalışmama nedeni, sosyal güvence, gelir durumu, aile tipi gibi sosyo-demografik özelliklerini değerlendiren 10 soru,

Hastaya yakınlık derecesi, hasta dışında bakım verilen başka birinin olup olmama durumu, verilen bakımın süresi, bakımda yardım eden başka biri olup olmama durumu, günlük bakıma ayrılan süre, bakım sürecinde karşılaşılan zorluklar, özel hayatın ve sahip olunan diğer rollerin etkilenme durumu, iş hayatında değişiklik olup olmama durumu, sosyal yaşamda olumsuzluk yaşayıp yaşamama durumu, kendine zaman ayırabilme durumu, bakım sürecinde psikolojik bir sorun yaşayıp yaşamama durumu, psikolojik sorun yaşandıysa sorunun ne olduğu, hastanın başka biri veya bir kurum tarafından bakılmasını isteyip istememe durumunu değerlendiren toplamda 13 soru bakım veren tanıtım formunda yer almaktadır.

3. 6. 4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory –MBI), (Ek-4)

Maslach ve Jackson tarafından (1981) geliştirilmiş olup (Maslach ve ark., 1981), Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çapri tarafından yapılmıştır (Çapri, 2006). Toplam da 22 maddeden oluşmakta ve tükenmişlik üç alt boyutta değerlendirilmektedir. Duygusal tükenme boyutu 9 madde (1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16., ve 20. maddeler), duyarsızlaşma boyutu 5 madde (5., 10., 11.,15., 22. maddeler) ve kişisel başarı alt boyutu ise 8 maddeden (4., 7., 9., 12., 17., 18., 19., 21 maddeler) oluşmaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları olumsuz, kişisel başarı boyutu ise diğerlerinin aksine olumlu ifadeleri içermektedir.

Maslach tükenmişlik ölçeğinin değerlendirilmesi

Ölçeğin her boyutunda tüm maddeler için 0–4 arasında puan verilmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutunda “hiçbir zaman= 0, çok nadir= 1, bazen= 2, çoğu zaman= 3, her zaman= 4” olarak puanlanırken, kişisel başarı alt boyutunda ters puanlama yapılır. Yani “her zaman = 0, çoğu zaman= 1, bazen= 2, çok nadir= 3, hiçbir zaman= 4” olacak şekilde puanlanır (Maslach ve ark., 1981).

Ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda tükenmişlik tek bir ifadeyle var ya da yok diye değerlendirilmez. Puanlama sonucunda toplam puan ve her boyut için ayrı bir puanlama yapılır. Puanlama sonucunda, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutundan toplamda alınan yüksek puan ile kişisel başarı boyutundan toplamda alınan düşük puan kişinin tükenmişlik yaşadığını göstermektedir (Çam,1992).

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin güvenilirliğini Çapri, Cronbach’s Alfa (iç tutarlık) ve test tekrar test (kararlılık) güvenilirlik katsayısı yöntemiyle hesaplamıştır. Ölçeğin Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısını 0,93 olarak bulmuştur (Çapri, 2006). Bu çalışma da Maslach tükenmişlik ölçeğinin güvenilirliği Cronbach’s Alfa ile değerlendirilmiştir. Cronbach’s Alfa= 0,841 olarak bulunmuştur. Çapri, üç alt boyuta ait Cronbach’s Alfa değerlerini sırasıyla 0,83, 0,75, 0,88 olarak bulmuştur (Çapri, 2006). Bu çalışmada alt boyutların Cronbach’s Alfa değerleri sırasıyla 0,894, 0,771 ve 0,589 olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Tükenmişlik ölçeği alt boyutlardan alınan ortalama puanların yorumu (Ardınç ve ark.’dan, 2008)

Tükenmişlik Düzeyleri			
	Düşük	Normal	Yüksek
Duygusal Tükenme – DT	0-16	17-26	27 ve üzeri
Duyarsızlaşma – DY	0-6	7-12	13 ve üzeri
Kişisel Başarı – KB	39 ve üzeri	32-38	0-31

3. 6. 5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek-6)

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Folkman ve Lazarus tarafından bireylerin stresle başa çıkma durumlarını belirlemek için geliştirdikleri Başa Çıkma Yolları Envanteri'nin (Ways of Coping) Şahin ve Durak tarafından sadeleştirilmesiyle Türkçe'ye uyarlanmıştır. Şahin ve Durak tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (1995). SBTÖ beş alt boyuttan oluşmaktadır. “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Sosyal Desteğe Başvurma” stresle baş etmede etkili olan alt boyutlar olup, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” ise etkisiz olan alt boyutlardır (Folkman ve ark., 1980; Şahin ve ark., 1995) .

Ölçeğinin Değerlendirilmesi

SBTÖ stres varlığında bireyin kullandığı baş etme yöntemlerini, 4'lü likert tipte (0=%0, 1=%30, 2=%70, 3=%100) 0-3 arası bir derecelendirme ile ölçmektedir. Ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. 1. ve 9. maddeler ters şekilde puanlanır (3=%0, 2=%30, 1=%70, 0=%100). Kendine güvenli yaklaşımı 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26. maddeler, iyimser yaklaşımı 2, 4, 6, 12, 18. maddeler, sosyal desteğe başvurmayı 1, 9, 29, 30. maddeler, çaresiz yaklaşım 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27,28. maddeler, boyun eğici yaklaşımı 5, 13, 15, 17, 21, 24. maddelere verilen cevaplarla değerlendirilmektedir. Her alt ölçek birbirinden bağımsız ayrı ayrı puanlanmaktadır. Alt ölçek toplam puanı her alt ölçekteki maddelerin toplanmasıyla elde edilir. Her alt ölçeğe ait toplam puanın, madde sayısına bölünmesiyle de alt ölçek puanları hesaplanmaktadır (Folkman ve ark., 1980; Şahin ve ark., 1995; Büyüksahin ve ark., 2007).

Ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayıları şöyledir;

- İyimser Yaklaşım : $\alpha=0,49$ ile $\alpha=0,68$
- Kendine Güvenli Yaklaşım: $\alpha=0,62$ ile $\alpha=0,80$ arasında
- Çaresiz Yaklaşım : $\alpha=0,64$ ile $\alpha=0,73$ arasında
- Boyun Eğici Yaklaşım : $\alpha=0,47$ ile $\alpha=0,72$ arasında
- Sosyal Desteğe Başvurma : $\alpha=0,45$ ile $\alpha=0,47$ arasındadır.

Ölçeğin bütününe yönelik güvenilirlik katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur (Şahin ve ark., 1995). Bu çalışma da SBTÖ'nün alt boyutlarının iç tutarlık katsayıları iyimser yaklaşım için 0,561, kendine güvenli yaklaşım için 0,668, çaresiz yaklaşım için 0,608, boyun eğici yaklaşım için 0,316, sosyal desteğe başvurma için 0,586, ölçeğin bütününe yönelik güvenilirlik katsayısı 0,628 olarak bulunmuştur.

Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar

- Kendine Güvenli Yaklaşım için 0-21 puan,
- İyimser Yaklaşım için 0-24 puan,
- Sosyal Destek Arama Yaklaşımı için 0-15 puan,
- Çaresiz Yaklaşım için 0-12 puan,
- Boyun Eğici Yaklaşım için 0-18 puandır (Şahin ve ark., 1995).

3. 6. 6. Bakım Veren Stres İndeksi (Caregiver Strain Index), (Ek-4)

Robinson, tarafından 1983 yılında bakım verenlerin bakım yükünü ölçmek için geliştirilmiştir. Robinson ölçeğin Cronbach's Alfa değerini 0.86 olarak belirlemiştir. İndeksin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Uğur tarafından 2006 yılında, onkoloji hastalarına bakım verenlerle yapılmış ve Cronbach's Alfa değeri 0,75 elde edilmiştir (Uğur ve ark., 2006). Bu çalışmada, ölçeğin genel güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,895$ (Cronbach's Alfa) olarak bulunmuştur.

Bakım Veren Stres İndeksi, bakım konusunda endişeleri olan aileleri en kısa zamanda tespit etmek için kullanılan bir ölçek olup 13 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar sorulara; Evet (1) veya Hayır (0) şeklinde cevap verirler. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 13 olup, en düşük puan ise 0'dır. Ölçekteki 7 veya daha fazla maddeye verilen olumlu cevap daha büyük seviyedeki stres düzeyini dolayısı ile bakım yükünü gösterir (Uğur ve ark., 2006). Bu çalışmada ölçekten elde edilen puan ortalaması $8,82\pm 3,91$ olarak belirlenmiştir. Bu durum bize bakım verenlerin yüksek düzeyde stres yaşadığını ve bakımın yük olarak görüldüğünü göstermektedir.

3. 7. Veri Toplama Yöntemi

Veriler Nöroloji ve Palyatif Bakım Servislerinde yatan hastalara ve onlara bakım veren yakınlarına araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler verildikten sonra toplanmaya başlamıştır. Araştırma katılma kriterlerine uyan bakım verenler, Bakım Veren Tanıtım Formu, BVSİ, MTÖ ve SBTÖ'ye ait soruların bulunduğu anketleri bizzat kendileri hasta odasında veya ziyaretçi bekleme odalarında doldurmuşlardır. Her bir formun doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve FBÖ'yü değerlendiren form araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme tekniğiyle hasta odasında doldurulmuş. Bu değerlendirme yaklaşık 5 dakika sürmüştür.

3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences 21 (SPSS) paket programında ortalama, maksimum ve minimum değerler, ortanca değer, p değeri, T Testi, Mann Whitney U Testi, Anova, Kruskal Wallis (farklılık durumunda pos hoc testi), Korelasyon Analizi, uygulanarak elde edilmiştir. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3. 9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulup, 04.05.2015 tarihli B.30.2.ODM.0.20.08\ 1727 karar numaralı etik komisyon onayı alınmıştır (EK-7).

Araştırmanın uygulanacağı Tokat Devlet Hastanesi yöneticiliğinden 90901957/106.01 karar numaralı ve Tokat İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden 12858426/604.02 karar numaralı uygulama izinleri alınmıştır (EK-9, EK-8)

Örnekleme alınan bireylere araştırmanın amacı ve araştırma süreci hakkında bilgi verilmiş, bireyler araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra "Aydınlatılmış Onam" ilkesine uyularak veriler toplanmaya başlanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan inmeli hastaların ve hastalara bakım veren yakınlarının tanıtıcı bilgileri, inmeli hastaların fonksiyonel bağımsızlığı, bakım verenlerin stresi, bakım verenlerin tükenmişliği ve bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları, ölçekler arasındaki korelasyona ait bulgular yer almaktadır.

4. 1. İnmeli Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

İnmeli hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. İnmeli hastaların sosyo-demografik özellikleri

Özellikler		n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	78	52,0
	Erkek	72	48,0
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	32,7
	İlkokul	86	57,3
	Ortaokul	6	4,0
	Lise ve üzeri	9	6,0
Meslek	Ev hanımı	66	44,0
	Memur	1	0,7
	İşçi	5	3,3
	Serbest meslek	41	27,3
	Emekli	13	8,7
	Diğer (Çiftçi)	24	16,0
Çocuk Sayısı	Yok	5	3,3
	1-3	27	18,0
	3 ve üzeri	118	78,7
Sosyal Güvence	Var	128	85,3
	Yok	22	14,7
Gelir-Gider Eşitliği	Eşit	94	62,7
	Eşit değil	56	37,3
Yaş		150	Ort±SS 72,81±10,77

Hastaların yaş ortalaması $72,81 \pm 10,77$ olarak bulunmuştur.

Hastaların, %52'sinin bayan olduğu, %44'ünün ev hanımı, %57,3'ünün ilkokul mezunu olduğu, yalnızca %6'sının lise ve üzeri eğitime sahip olduğu, %78,7'sinin 3 ve 3'ün üzerinde çocuğunun olduğu, %85,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %62,7'sinin de gelir durumunun gidere eşit olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

4. 2. Bakım Verenlere İlişkin Bulgular

İnmeli hastalara bakım veren yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde; bakım verenlerin %71,3'ünün kadın olduğu, %82,7'sinin evli olduğu ve %82'sinin aile tipinin çekirdek aile olduğu, %15,4'ünün lisans ve üzeri eğitime sahip olduğu, %6,7'sinin okur-yazar olduğu, %59,7'sinin 3 ve 3'ün üzeri çocuğa sahip olduğu, %72'sinin bir işte çalışmadığı, çalışmayanların %13,6'sının çalışmama sebebinin hastasına bakım vermek olduğu, %84,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %62,7'sinin gelir durumunun gideri karşıladığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Bakım verenlerin sosyo- demografik özellikleri

Özellikler		n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	43	28,7
	Kadın	107	71,3
Eğitim Durumu	Okur- yazar	10	6,7
	İlkokul	43	28,7
	Ortaokul	55	36,7
	Lise	19	12,7
	Lisans ve üzeri	23	15,4
Medeni Durum	Evli	124	82,7
	Bekar	18	12,0
	Dul-Boşanmış	8	5,3
Çocuk Sayısı	Yok	15	10,1
	1-2	45	30,2
	3 ve üzeri	89	59,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	42	28,0
	Çalışmıyor	108	72,0
Çalışmama Nedeni	Emekli	13	11,0
	Hastaya bakım vermek	16	13,6
	Diğer (iş bulamamak, ev hanımı)	89	75,4
Sosyal Güvence Varlığı	Var	127	84,7
	Yok	23	15,3
Gelir-Gideri Karşılama	Karşılıyor	94	62,7
	Karşılmıyor	56	37,3
Aile Tipi	Çekirdek	123	82,0
	Geniş	21	14,0
	Parçalanmış	4	2,7
	Diğer (Kurumda kalan, yalnız yaşayan)	2	1,3

4. 2. Bakım Verenlerin Bakımda Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

İnmeli hastalara bakım veren yakınlarının bakım ile ilgili tanıtıcı bilgileri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. İnmeli hastalara bakım verenlerin bakımla ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Özellikler		n	Yüzde (%)
Bakım verilen başka birinin varlığı	Var	36	24,0
	Yok	114	76,0
Hastaya yakınlık derecesi	Kızı-Oğlu	86	57,3
	Eşi	37	24,7
	Gelini-Damadı	10	6,7
	Torunu	6	4,0
	Diğer	11	7,3
Hastaya verilen bakımın süresi	1-6 ay	98	65,3
	6-12 ay	29	19,3
	12 ay ve üzeri	23	15,3
Bakıma yardım eden başka birinin varlığı	Var	87	58,0
	Yok	63	42,0
Günlük bakıma ayrılan süre	24 saat	72	48,0
	12 saat	77	51,3
	12 saatten az	1	0,7
Hastaya başka biri/kurum bakım	Evet	4	2,7
	Hayır	146	97,3

Bakım verenlerin %57,3'ü hastanın kızı ya da oğlu olup, %76'sının hasta dışında bakım verdiği başka biri yok, %58'ine bakım konusunda yardımcı olan biri bulunmakta, %65,3'ü hastasına 1-6 ay süredir bakım vermekte, %51,3'ünün günlük bakıma ayırdığı süre 12 saat olmakta, %97,3'ü hastasının bir bakım evi veya başka birisi tarafından bakılmasını kabul etmezken sadece %2,7'si bu duruma olumlu bakmakta olduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. İnmeli hastalara bakım verenlerin bakım sürecinde karşılaştığı sorunların puan dağılımı

Özellikler		N	Yüzde (%)
Özel hayatın (rollerin) olumsuz etkilenme Durumu	Etkilenen	82	54,7
	Etkilenmeyen	68	45,3
İş hayatının etkileme durumu	Etkilenen	30	73,2
	Etkilemeyen	11	26,8
Sosyal yaşamın olumsuz etkilenme durumu	Etkilenen	72	48,3
	Etkilenmeyen	63	42,3
	Kararsız	15	9,4
Sosyal yaşamda olumsuzluk yaşadığını söyleyenlerin yaşadığı olumsuzluk durumu	Arkadaş ilişkileri bozulan	6	8,1
	Aktiviteye zaman ayıramama	40	54,1
	Diğer (tatile gidememek)	28	37,8
Kendine zaman ayırma durumu	Ayrıyor	119	79,3
	Ayrıyor	31	20,7
Süreçte psikolojik sorun yaşama durumu	Yaşayan	127	84,7
	Yaşamayan	23	15,3
Psikolojik olarak yaşanan sorunlar	Ümitsizlik	67	52,3
	Kaygı düzeyinde artma	22	17,2
	Sıkıntı hissi	17	13,3
	Gelecekte korkma	22	17,2

Bakım verenlerin %54,7'si hastaya bakım vermenin özel hayatı ve sahip olduğu rolleri olumsuz etkilediğini, %73,2'si iş hayatının etkilendiğini, %48,3'ü bakımın sosyal yaşamını olumsuz etkilediğini belirtip, sosyal yaşamda olumsuzluk yaşayanların %54,1'i bu olumsuzluğu sosyal aktivitelerini yapacak zaman bulamama şeklinde tanımlamıştır. Bakım verenlerin %79,3'ü kendine zaman ayıramadığını belirtmiş, %84,7'si bakım vermeye başladıktan sonra psikolojik bir sorunla karşılaştığını belirtmiş, psikolojik bir sorunla karşılaştığını belirtenlerin %52,3'ü bu psikolojik sorunu ümitsizlik olarak tanımlamıştır (Tablo 5).

4. 3. İnmeli Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 6. FBÖ ve alt boyutlarının puan dağılımı

Alt Boyutlar	Ort± SS	Ortanca	Min/ Maks
Kendine Bakım			
Yemek Yeme	3,77±2,26	4,0	1,0-7,0
Kendine Bakım	3,5±2,1	4,0	1,0-7,0
Yıkama	3,37±2,1	3,0	1,0-7,0
Üst Taraf Giyimi	3,58±2,14	4,0	1,0-7,0
Alt Taraf Giyimi	3,33±2,08	3,0	1,0-7,0
Tuvalet Kullanımı	3,21±2,07	3,0	1,0-7,0
Sfinkter Kontrolü			
Mesane Bakımı	3,46±2,09	3,5	1,0-7,0
Bağırsak Bakımı	3,4±2,07	3,0	1,0-7,0
Mobilite			
Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye	3,15±2,05	3,0	1,0-7,0
Tuvalet	3,13±2,06	3,0	1,0-7,0
Banyo, duş	2,95±2,03	2,0	1,0-7,0
Yer Değiştirme			
Yürüme, tekerlekli sandalye	3,05±2,07	2,5	1,0-7,0
Merdiven	2,5±2,07	1,0	1,0-7,0
İletişim			
Anlama	4,29±2,42	5,0	1,0-7,0
İfade Edebilme	4,19±2,46	5,0	1,0-7,0
Sosyal Durum			
Sosyal Katılım	3,61±1,87	4,0	1,0-7,0
Problem Çözme	3,93±2,17	4,0	1,0-7,0
Hafıza	4,09±2,24	4,0	1,0-7,0
FBÖ- Motor	42,39±25,48	41,0	13-91,0
FBÖ- Bilişsel	20,1±10,45	22,0	5-35,0
FBÖ- Toplam	62,49±33,60	61,5	18-126

İnmeli hastaların FBÖ alt boyut ortalama toplam puanları: Kendine bakım alt boyutu $20,76\pm 12,75$, sfinkter kontrolü alt boyutu $6,86\pm 4,16$, mobilite alt boyutu $9,23\pm 6,14$, yer değiştirme alt boyutu $5,55\pm 4,14$, iletişim alt boyutu $8,48\pm 4,88$, sosyal durum alt boyutu $11,63\pm 6,28$ olarak belirlenmiştir. FBÖ ana bölümleri ortalama puanı ise, FBÖ-Motor $42,39\pm 25,48$, FBÖ-Bilişsel $20,1\pm 10,45$ olarak belirlenmiştir. Ölçek toplam puanı da $62,49\pm 33,60$ olarak bulunmuştur (Tablo 6).

4. 4. Bakım Vereninin Stres İndeksi Ölçeği Maddelerinin ve Toplam Puanının Dağılımı

Bakım verenlerin stres düzeyini ölçmek için uygulanan BVSİ'ne ilişkin bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. BVSİ maddelerinin ve toplam puanının dağılımı

Maddeler	Ort± SS	Ortanca	Min-Max
Madde1. Uykum bölünüyor	0,85±0,36	1,0	0,0-1,0
Madde2. Bu uygun bir iş değil	0,47±0,5	0,0	0,0-1,0
Madde3. İş fiziksel bir zorluk getiriyor	0,73±0,44	1,0	0,0-1,0
Madde4. İş, beni sınırlıyor	0,65±0,48	1,0	0,0-1,0
Madde5. Aile yaşantımda değişiklikler oldu	0,64±0,48	1,0	0,0-1,0
Madde6. Kişisel planlarımda değişiklikler oldu	0,61±0,49	1,00	0,0-1,0
Madde7. Çalışma süremde başka istekler oldu	0,65±0,48	1,0	0,0-1,0
Madde8. Duygusal yönden değişiklikler oldu	0,83±0,37	1,0	0,0-1,0
Madde9. Hastanın bazı davranışları can sıkıcı	0,76±0,43	1,0	0,0-1,0
Madde10. Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı	0,93±0,26	1,0	0,0-1,0
Madde11. İşimle ilgili düzenlemeler oldu	0,45±0,50	0,0	0,0-1,0
Madde12. İş mali yönden stres getiriyor	0,54±0,50	1,0	0,0-1,0
Madde13. İş yükünün altında tamamen ezildiğimi hissediyorum	0,7±0,46	1,0	0,0-1,0
Toplam Puan	8,82±3,91	10,0	0,0-13,0

Bakım verenlerin BVSİ'nden aldıkları toplam puan ortalaması $8,82\pm 3,91$ olarak belirlenmiştir (Tablo 7).

4. 5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımı

Tablo 8. Bakım verenlerin MTÖ ve alt boyutlarının puan dağılımı

Ölçek	Alt Boyutlar	Ort± SS	Ortanca	Min-Max
MTÖ	Duygusal Tükenme	29,31±8,21	30,0	9,0-45,0
	Duyarsızlaşma	12,21±4,5	12,0	5,0-23,0
	Kişisel Başarı	18,68±4,03	19,0	8,0-37,0
	Toplam Puan	60,2±12,21	62,0	30,0-85,0

Bakım verenlerin tükenmişliğini değerlendirmek için uygulanan MTÖ'den alınan puan ortalamaları Tablo 8'de gösterilmiştir. Buna göre, bakım verenlerin, duygusal tükenme alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalaması 29,31±8,21, duyarsızlaşma alt boyutundan alınan toplam puan ortalaması 12,21±4,5, kişisel başarı alt boyutundan alınan toplam puan ortalaması 18,68±4,03 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan toplam ortalama puan ise 60,2±12,21 olarak bulunmuştur.

4. 6. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre MTÖ Puan Dağılımı

Bakım verenlerin demografik özelliklerinin MTÖ'ne etkisi Tablo 9'da gösterilmiştir. Buna göre, bakım verenlerin, cinsiyeti ile MTÖ alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, kadın bakım verenlerin duygusal tükenme ve toplam tükenmişlik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Cinsiyet ile duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları arasında ise, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$), (Tablo 9).

Eğitim durumu ile MTÖ alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, yükseköğretim mezunu olan bakım verenlerin kişisel başarı alt boyutu puan ortalamasının en düşük olduğu görülmektedir. Kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması ve toplam tükenmişlik puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farklılık, ilköğretim mezunu olanlar ile yükseköğretim mezunu olan gruplar arasından kaynaklanmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. Bakım verenlerin demografik özelliklerine göre MTÖ puan dağılımı

Özellikler	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Toplam Tükenme
Cinsiyet				
Kadın	30,54±7,86	12,65±4,57	18,74±3,68	61,93±12,11
Erkek	26,26±8,37	11,09±4,16	18,53±4,85	55,88±11,49
T Testi; p	2,965; 0,004	1,939; 0,054	0,279; 0,781	2,807; 0,006
Eğitim Durumu				
Okur-yazar	28,6±10,89	12±4,06	18,6±3,69 ^(ab)	59,2±15,58 ^(ab)
İlkokul mezunu	29,95±7,61	12±4,56	19,36±3,51 ^(a)	61,31±11,74 ^(a)
Lise mezunu	31,21±8,57	13,95±4,5	17,58±3,64 ^(ab)	62,74±12,4 ^(ab)
Yüksekokul-üzeri	25,35±8,44	11,74±4,36	16,74±5,69 ^(b)	53,83±11,13 ^(b)
Anova; p	2,413; 0,069	1,109; 0,348	3,322; 0,022	2,746; 0,045
Medeni durum				
Evli	29,61±7,72	12,25±4,3	18,73±3,89	60,59±11,69
Bekar	27,88±10,3	12±5,43	18,46±4,74	58,35±14,55
T Testi; p	0,809; 0,424	0,257; 0,798	0,303; 0,762	0,738; 0,466
Çocuk Sayısı				
Yok	24,2±10,59 ^(a)	11±5,1	17,93±6,37 ^(ab)	53,13±14,08
1-2	30,67±8,14 ^(b)	13,24±4,65	17,2±4,04 ^(a)	61,11±12,15
3 ve üzeri	29,45±7,59 ^(ab)	11,94±4,26	19,57±3,29 ^(b)	60,97±11,72
Anova; p	3,636; 0,029	1,911; 0,152	5,798; 0,004	2,865; 0,060
Çalışma durumu				
Çalışıyor	28,4±7,9	12,81±4,37	17,57±3,12	58,79±12,28
Çalışmıyor	29,67±8,34	11,97±4,55	19,11±4,27	60,75±12,2
T Testi; p	0,844; 0,400	1,023; 0,308	2,125; 0,035	0,884; 0,378
Sosyal güvence				
Var	29,31±7,96	12,42±4,42	18,54±4,08	60,27±11,73
Yok	29,3±9,68	11,04±4,84	19,48±3,74	59,83±14,88
T Testi; p	0,006; 0,995	1,351; 0,179	1,032; 0,304	0,159; 0,874
Aile tipi				
Çekirdek	28,79±7,95	11,96±4,18	18,35±3,75	59,1±11,97 ^(a)
Geniş	31,71±8,43	12,95±5,05	19,95±3,94	64,62±12,41 ^(ab)
Diğer	31,67±12,14	14,67±8,02	21±7,97	67,33±12,66 ^(b)
Kruskal W; p	3,844; 0,146	1,331; 0,514	1,511; 0,470	6,176; 0,046
Gelir gideri karşılama durumu				
Karşılıyor	28,61±8,21	12,17±4,54	18,02±3,41	58,8±12,34
Karşılmıyor	30,5±8,15	12,27±4,47	19,79±4,73	62,55±11,73
T Testi; p	1,370; 0,173	0,128; 0,898	2,645; 0,009	1,836; 0,068

Tablo 9’da (a), (ab), (b) gruplar arasındaki farkı gösterebilmek için konulmuş indislerdir. Eğer iki grup farklı indis harfine sahipse bu gruplar arası fark var demektir.

Çocuk sayısı ile MTÖ alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde; duygusal tükenme alt boyutu ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farklılık çocuğu olmayan grup ile 1-2 çocuğu olan grup arasından kaynaklanmaktadır. Çocuk sayısı ile kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması arasında da anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farklılık çocuk sayısı 1-2 olanlar ile 3 ve 3’ün üzeri olan iki grup arasından kaynaklanmaktadır (Tablo 9).

Çalışma durumu ile MTÖ alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışan bakım verenlerin kişisel başarı alt boyutu ortalama puanlarının daha düşük olduğu, çalışma durumu ile kişisel başarı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 9). Çalışma durumu ile MTÖ diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$), (Tablo 9).

Ekonomik durum ile MTÖ alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, ekonomik olarak gelir gideri karşılayan bakım verenlerin kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması daha düşük belirlenmiş olup, ekonomik durum ile kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Ekonomik durum ile MTÖ diğer alt boyutları ve toplam tükenmişlik puanı arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0,05$), (Tablo 9).

Aile tipi ile MTÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, çekirdek aile tipi olan bakım verenlerin toplam tükenmişlik puan ortalaması diğer aile tiplerinden daha düşük olup, aile tipi ile toplam tükenmişlik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu fark aile tipi çekirdek aile olan grup ile aile tipini diğer olarak belirten grup arasından kaynaklanmaktadır. Aile tipi ile MTÖ’nün diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$), (Tablo 9).

Gelir durumu ile MTÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, geliri gideri karşılayan bakım verenlerin kişisel başarı puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve gelir gider durumu ile kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 9).

Bakım verenlerin medeni durumu ve sosyal güvencelerinin olup olmaması durumu ile MTÖ alt boyutları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$), (Tablo 9).

Tablo 10. Bakım verenlerin bakımla ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre MTÖ puanlarının dağılımı

Özellikler	Duygusal Tükenme Ort±SS	Duyarsızlaşma Ort±SS	Kişisel Başarı Ort±SS	Toplam Tükenme Ort±SS
Hasta dışında bakım verilen başka birinin varlığı				
Var	30,75±6,8	13,33±4,22	18,11±3,84	62,19±11,29
Yok	28,86±8,59	11,85±4,54	18,86±4,09	59,57±12,47
T Testi; p	1,206; 0,230	1,735; 0,085	0,971; 0,333	1,125; 0,262
Hastaya yakınlık derecesi				
Kızı-Oğlu	30,05±7,29	12,73±4,5	18,22±3,66	61±11,39
Eşi	28,38±8,81	11,27±4,29	19,41±4,3	59,05±12,98
Diğer	28,26±10,06	11,81±4,67	19,15±4,7	59,22±13,86
Anova Testi; p	0,803; 0,450	1,501; 0,226	1,345; 0,264	0,431; 0,264
Verilen bakımın süresi				
1-6 ay	29,21±8,02	12,23±4,4	18,38±3,34	59,83±12,25
6-12 ay	30,21±8,55	12,1±4,72	19,31±4,55	61,62±13,31
12 ay ve üzeri	28,61±8,85	12,22±4,84	19,17±5,78	60±10,94
Anova Testi; p	0,261; 0,771	0,009; 0,991	0,801; 0,451	0,243; 0,785
Bakım verene bakımda yardımcı başka birinin varlığı				
Var	29,48±8,22	12,37±4,59	18,54±4,22	60,39±12,36
Yok	29,08±8,27	11,98±4,39	18,87±3,78	59,94±12,1
T Testi; p	0,296; 0,768	0,514; 0,608	0,498; 0,619	0,224; 0,823
Günlük bakıma ayrılan süresi				
24 saat	29,39±8,04	12,28±4,42	18,74±3,61	60,4±11,58
12 saat	29,24±8,42	12,14±4,6	18,63±4,41	60,01±12,84
T Testi; p	0,108; 0,914	0,185; 0,853	0,163; 0,871	0,195; 0,846
Hastaya başkası ya da kurumun bakmasını isteme durumu				
İsteyen	39,75±2,63	15,5±4,93	19±2,58	74,25±7,14
İstemeyen	29,03±8,13	12,12±4,47	18,67±4,07	59,82±12,11
Mann Whitney U Testi;p	2,814; 0,005	1,404; 0,160	0,211; 0,883	2,445; 0,014

Bakım verenlerin hastalarının kendileri dışında biri ya da bir kurum tarafından bakılmasını isteyip istememe durumu ile duygusal tükenme ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0,05$), diğer alt boyut puan ortalamaları ile arasındaki ilişki anlamsızdır ($p>0,05$), (Tablo 10).

Tablo 11. Bakım verenlerin bakım sürecinde karşılaştığı sorunların MTÖ puan dağılımı

Özellikler	Duyusal Tükenme Ort±SS	Duyarsızlaşma Ort±SS	Kişisel Başarı Ort±SS	Toplam Tükenme Ort±SS
Sosyal yaşamın olumsuz etkilenme durumu				
Etkilenen	32,47±7,63 ^(a)	13,67±4,81 ^(a)	17,86±3,68 ^(a)	64±11,84 ^(a)
Etkilenmeyen	26,65±7,85 ^(b)	10,63±3,69 ^(b)	18,67±3,7 ^(a)	55,95±12,01 ^(b)
Kararsız	26,29±6,22 ^(b)	12,14±3,86 ^(ab)	22,93±4,86 ^(b)	61,36±7,04 ^(ab)
Anova; p	11,147; <0,001	8,415; <0,001	10,367; <0,001	8,192; <0,001
Sosyal yaşamda yaşanan olumsuzluk				
Arkadaş ilişkilerinde	35±9,25	17,33±6,59 ^(a)	13,83±3,92 ^(a)	66,17±17,46
Sosyal Aktivitelerde	33,75±7,48	14,75±4,63 ^(a)	17,53±3,18 ^(b)	66,03±10,88
Diğer (tatile gitmemek)	30,5±7,05	11,93±4,14 ^(b)	19,36±3,43 ^(b)	61,79±11,09
Kruskal W. Varyans; p	5,444; 0,066	8,216; 0,016	9,564; 0,008	4,305; 0,116
Kendine zaman ayırma durumu				
Ayramayan	30,66±7,62	12,76±4,53	18,59±3,87	62,01±11,6
Ayrabilen	24,13±8,44	10,1±3,75	19,03±4,67	53,26±12,2
T Testi; p	4,156; <0,001	3,009; 0,003	0,545; 0,587	3,702; <0,001
Psikolojik sorun yaşama durumu				
Yaşayan	30,33±7,64	12,57±4,55	18,59±3,74	61,49±11,66
Yaşamayan	23,7±9,15	10,22±3,72	19,17±5,46	53,09±13,01
T Testi; p	3,715; <0,001	2,339; 0,021	0,637; 0,525	3,124; 0,002
Yaşanan psikolojik durum				
Ümitsizlik	29,94±7,84	13,03±4,35	17,78±3,5 ^(a)	60,75±11,87
Kaygıda Artma	32,45±6,47	13,82±4,81	18,36±3,87 ^(ab)	64,64±8,88
Sıkıntı Hissi	31±7,49	11,47±4,36	20,41±3,34 ^(b)	62,88±12,98
Gelecekte Korkma	28,59±8,1	10,68±4,48	20±3,88 ^(ab)	59,27±12,16
Anova; p	1,051; 0,372	2,476; 0,065	3,718; 0,013	0,976; 0,406
Özel hayatta/ sosyal rollerde olumsuzluk yaşama				
Yaşadım	31,79±7,7	13,66±4,73	18,29±3,76	63,74±11,39
Yaşamadım	26,32±7,85	10,46±3,51	19,15±4,32	55,93±11,87
T Testi; p	4,291 ; <0,001	4,755; <0,001	1,295; 0,197	4,105; <0,001

* (a), (ab), (b) gruplar arasındaki farkı gösterebilmek için konulmuş indislerdir iki grup farklı indis harfine sahipse bu gruplar arası fark var demektir.

Bakım vermenin, bakım verenin özel hayatı ve sosyal rollerini etkileme durumu ile tükenmişliğin kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 11).

Bakım vermenin, bakım verenin sosyal yaşamını olumsuz etkileyip etkilememe durumu ile tükenmişlik ölçeğinin tüm alt grupları ve toplam tükenmişlik puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farklılık: Duygusal tükenme alt boyutunda olumsuz etkilenen grup ile etkilenmeyen ve kararsız olan gruplar arasında; duyarsızlaşma alt boyutunda olumsuz etkilenen ve etkilenmeyen gruplar arasında; kişisel başarı alt boyutunda olumsuz etkilenen ve etkilenmeyen gruplar ile kararsız olan grup arasında; toplam tükenmişlik puan ortalamasında olumsuz etkilenen ve etkilenmeyen iki grup arasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 11).

Sosyal yaşamda olumsuzluk yaşadığını belirten bakım verenlerin MTÖ ile arasındaki ilişki incelendiğinde: Duyarsızlaşma alt boyutunda anlamlı bir fark belirlenmiş ($p< 0,05$), bu farklılığın olumsuzluğu diğer olarak belirten grup ile diğer iki grup arasından kaynaklandığı; kişisel başarı alt boyunda da anlamlı bir fark belirlenmiş ($p< 0,05$) ve bu farklılığın, arkadaş ilişkilerinde olumsuzluk yaşayan grup ile diğer iki grup arasından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 11).

Bakım vermenin bakım verenin kendine zaman ayırıp ayıramama durumu ile tükenmişliğin kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutu ile toplam tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 11).

Bakım vermeye başladıktan sonra bakım verenlerin psikolojik bir sorun yaşayıp yaşamama durumunun tükenmişlik yaşayıp yaşamama ile arasındaki ilişki incelendiğinde, tükenmişliğin kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Yaşanan psikolojik problem ile kişisel başarı puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), bu farklılığın yaşadığı psikolojik problemi ümitsizlik ve sıkıntı hissi olarak tanımlayan iki gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 11).

4. 6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Dağılımı

Bakım verenlerin stresle başa çıkma durumlarını değerlendirmek amacıyla uygulanan SBTÖ'nün bulguları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Bakım verenlerin SBTÖ ve alt boyutları puan ortalaması dağılımı

Ölçek	Alt Boyutlar	Ort±SS	Ortanca	Min-Maks.
SBTÖ	Kendine Güvenli Yaklaşım	13,93±3,45	14,0	5,0-21,0
	İyimser Yaklaşım	11,16±2,36	11,0	6,0-15,0
	Çaresiz Yaklaşım	13,46±4,26	13,0	3,0-22,0
	Boyun Eğici Yaklaşım	10,47±2,36	11,0	2,0-18,0
	Sosyal Desteğe Başvurma	7,27±3,04	7,0	0,0-12,0
	Toplam Puan		56,14±8,19	57,0

Tablo 12'de bakım verenlerin SBTÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları min-max değerleri Cronbach's Alpha katsayıları gösterilmektedir. Buna göre, bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım alt boyutu toplam puan ortalaması 13,93±3,45, iyimser yaklaşım alt boyutu toplam puan ortalaması 11,16±2,36, çaresiz yaklaşım alt boyutu toplam puan ortalaması 13,46±4,26, boyun eğici yaklaşım alt boyutu toplam puan ortalaması 10,47±2,36, sosyal desteğe başvurma alt boyutu toplam puan ortalaması 7,27±3,04 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 56,14±8,19 olarak belirlenmiştir.

Tablo 13. Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile SBTÖ alt boyutları puan ortalaması dağılımı

	Kendine Güvenli Yaklaşım Ort±SS	İyimser Yaklaşım Ort±SS	Çaresiz Yaklaşım Ort±SS	Boyun Eğici Yaklaşım Ort±SS	Sosyal Destek Arama Ort±SS
Cinsiyet					
Erkek	14,91±3,54	11,02±2,58	11,44±4,83	9,86±2,38	7,53±2,84
Kadın	13,53±3,36	11,21±2,28	14,28±3,73	10,72±2,31	7,17±3,13
T Testi; p	2,232; 0,027	0,448; 0,655	3,461; 0,001	2,041; 0,043	0,666; 0,506
Eğitim durumu					
Okur-yazar	13,2±3,65	11,3±1,64	14,1±4,38	11,3±2,41	6,9±3,54
İlköğretim	13,07±3,19	11,12±2,42	13,88±4,1	10,57±2,19	7,11±3,13
Lise	15,74±2,7	10,84±2,36	13,53±4,01	10,63±2,17	6,95±2,27
Yüksekokul	16,39±3,43	11,52±2,48	1,39±4,72	9,57±3	8,39±2,93
Anova; p	9,054; <0,001	0,310; 0,818	2,250; 0,085	1,656; 0,179	1,256; 0,292
Medeni durum					
Evli	13,67±3,39	11,1±2,32	13,62±4,05	10,55±2,35	7,3±3,02
Bekar	15,15±3,56	11,42±2,61	12,73±5,16	10,12±2,39	7,15±3,21
T Testi; p	2,012; 0,046	0,623; 0,534	0,965; 0,336	0,851; 0,396	0,220; 0,827
Çocuk sayısı					
Yok	14,73±4,73	10,47±2,8	12,07±5,2	10,2±3,23	7,6±3,4
1-2	14,51±3,46	11,04±2,51	13,64±3,89	10,58±2,08	6,91±3,28
3 ve üzeri	13,46±3,17	11,33±2,22	13,63±4,3	10,49±2,34	7,43±2,88
Anova; p	1,879; 0,156	0,912; 0,404	0,903; 0,407	0,143; 0,867	0,512; 0,600
Çalışma durumu					
Çalışan	14,29±3,41	10,95±2,28	12,67±4,41	10,02±2,66	7,12±2,66
Çalışmayan	13,79±3,48	11,24±2,4	13,78±4,18	10,65±2,21	7,33±3,19
T Testi; p	0,793; 0,429	0,670; 0,504	1,435; 0,153	1,463; 0,146	0,386; 0,700
Çalışmama sebebi					
Emekli	14,23±2,71	11,15±1,82	12,92±4,68	10±2,04	8,46±3,15
Bakım vermek	15,25±3,17	11,44±2,45	14,13±3,34	10,31±2,06	6,38±4,03
Diğer	13,43±3,48	11,19±2,43	13,83±4,26	10,8±2,17	7,16±3,02
Anova; p	2,127; 0,124	0,079; 0,924	0,331; 0,719	1,008; 0,368	1,567; 0,213

Tablo 13. (Devamı) Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile SBTÖ alt boyutları puan ortalaması dağılımı

	Kendine Güvenli Yaklaşım Ort±SS	İyimser Yaklaşım Ort±SS	Çaresiz Yaklaşım Ort±SS	Boyun Eğici Yaklaşım Ort±SS	Sosyal Destek Arama Ort±SS
Sosyal güvence varlığı					
Var	14,04±3,44	11,23±2,38	13,48±4,18	10,35±2,31	7,25±2,95
Yok	13,3±3,56	10,78±2,3	13,39±4,76	11,13±2,55	7,39±3,59
T Testi; p	0,939;0,349	0,831;0,407	0,088;0,930	1,459;0,147	0,201;0,841
Ekonomik olarak gelir gideri karşılama durumu					
Karşılıyor	14,17±3,44	11,38±2,36	13,11±4,32	10,13±2,3	7,52±2,94
Karşılmıyor	13,52±3,47	10,79±2,34	14,05±4,12	11,05±2,36	6,86±3,19
T Testi; p	1,120;0,265	1,503;0,135	1,316;0,190	2,363; 0,019	1,296;0,197
Aile Tipi					
Çekirdek	14,09±3,51	11,29±2,33	13,43±4,31	10,54±2,44	7,4±3,01
Geniş	13,76±2,98	11±2,35	13,67±3,97	10,29±2,08	7,38±2,78
Diğer	11,17±3,13	9±2,37	13,33±4,93	9,67±1,21	4,33±3,61
Kruskal W; p	3,633;0,163	3,764;0,152	0,091;0,956	1,365;0,505	3,994;0,136

Tablo 13’de bakım verenlerin sosyo- demografik özellikleri ile SBTÖ’nün alt boyut puan ortalaması dağılımı ve istatistiksel değerlendirilmesi gösterilmektedir.

Bakım verenlerin cinsiyeti ile SBTÖ’nün alt boyutlarının puan dağılımı incelendiğinde, erkeklerin kendine güvenli yaklaşım alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları bayanlarınkinden yüksek olmakla birlikte aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Bayanlar, tüm boyutlar içerisinde en yüksek ortalamayı çaresiz yaklaşım alt boyutundan almışlardır ve bu ortalama erkeklerin aldığı puan ortalamasından daha yüksektir. Cinsiyet ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$), (Tablo 13).

Bakım verenlerin eğitim durumu ile SBTÖ’nün alt boyutları arasındaki puan dağılımı incelendiğinde, yüksekokul ve üzeri mezun olanların kendine güvenli yaklaşım alt boyutundan aldıkları puan ortalaması en fazla olup, eğitim durumu ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur

(**p<0,05**). Diğer alt boyutların eğitim düzeyi ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlılığı ifade etmemektedir ($p>0,05$), (Tablo 13).

Medeni durumuna göre bakım verenlerin SBTÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, bekar olanların kendine güvenli yaklaşım alt boyutundaki puan ortalaması evli olanlara göre daha yüksek olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir (**p<0,05**). Medeni durum ile SBTÖ'nün diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki belirlenmiştir ($p>0,05$), (Tablo 13).

Bakım verenin ekonomik olarak gelirin gideri karşılayıp karşılamama durumu ile SBTÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, hayır karşılamıyor diyenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalamasının evet karşılıyor diyenlere göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (**p<0,05**), (Tablo 13).

Bakım verenlerin çocuk sayısının, çalışıp çalışmama durumunun, çalışmama nedenin ve aile tipinin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$), (Tablo 13).

Tablo 14'de bakım verenlerin bakımı etkileyebilecek özellikleri ile SBTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Bakımın süresi ile SBTÖ alt boyutları puan ortalaması incelendiğinde, hastalarına 6-12 ay arasında bakım verenlerin iyimser yaklaşım ve çaresiz yaklaşım puan ortalaması diğer bakım verenlerden anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir (**p<0,05**), (Tablo 14).

Hastanıza sizin dışınızda birinin bakmasını ya da hastanızın bir bakım evinde bakılmasını ister misiniz sorusuna evet cevabını veren bakım verenlerin SBTÖ'nün boyun eğici yaklaşım alt boyutu puan ortalaması istemeyenlerden daha yüksek olup, aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (**p<0,05**), (Tablo 14).

Tablo 14. Bakım verenlerin bakımla ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre SBTÖ puan dağılımı

Özellikler	SBTÖ ALT GRUPLARI				
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bakım verilen hasta dışında bakmakla yükümlü olunan başkasının varlığı					
Var	18,11±3,84	11,56±2,44	13,31±3,91	10,64±2,38	7,42±2,76
Yok	18,86±4,09	11,04±2,33	13,51±4,38	10,42±2,36	7,23±3,14
T Testi; p	0,971;0,333	1,153;0,251	0,254;0,800	0,482;0,630	0,323;0,747
Hastaya yakınlık derecesi					
Kızı- oğlu	18,22±3,66	11,38±2,35	13,53±3,94	10,4±2,4	7,24±2,95
Eş	19,41±4,3	11,03±2,3	14,31±4,56	10,97±1,95	7,41±3,3
Diğer	19,15±4,7	10,63±2,48	12,11±4,64	10,04±2,67	7,19±3,09
Anova; p	1,345;0,264	1,126;0,327	2,108;0,125	1,348;0,263	0,049;0,952
Hastanın başka biri ya da bir bakım evi tarafından bakılmasını isteme durumu					
İsteyen	19±2,58	11±3,65	14±3,56	14,5±2,38	9,75±2,87
İstemeyen	18,67±4,07	11,16±2,34	13,45±4,29	10,36±2,26	7,21±3,03
Mann Whitney; p	0,211; 0,883	0,153; 0,878	0,153; 0,878	2,931; 0,003	1,602; 0,109
Hastaya verilen bakımın süresi					
1-6 ay	18,38±3,34	10,8±2,25	12,83±4,19	10,35±2,37	7,39±2,86
6-12 ay	19,31±4,55	12,17±2,51	15,5±4,29	10,9±2,57	6,9±3,52
12 ay ve üzeri	19,17±5,78	11,43±2,33	13,7±3,84	10,48±2,04	7,26±3,25
Anova; p	0,801;0,451	4,148; 0,018	4,537; 0,012	0,606;0,547	0,289; 0,749

Bakım verilen hastaya yakınlık derecesi ile bakmakla yükümlü olunan başkasının varlığı ya da yokluğunun stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p < 0,05$), (Tablo 14).

Tablo 15. Bakım verenlerin bakım sürecinde karşılaştığı sorunların SBTÖ puan dağılımı

SBTÖ ALT GRUPLARI					
Özellikler	Kendine	İyimser	Çaresiz	Boyun Egici	Sosyal
	Güvenli	Yaklaşım	Yaklaşım	Yaklaşım	Destek Arama
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bakım vermenin sosyal yaşamı olumsuz etkileme durumu					
Etkiledi	17,86±3,68	11,1±2,27	13,75±4,14	10,24±2,53	7,06±2,67
Etkilemedi	18,67±3,7	11,14±2,4	13±4,25	10,56±2,18	7,43±3,29
Kararsızım	22,93±4,86	11,29±2,67	14,79±4,06	11,21±2,19	7,57±3,88
Anova; p	10,367; <0,001	0,038;0,963	1,231;0,295	1,091;0,339	0,328;0,721
Sosyal yaşamda olumsuzluk yaşayanların yaşadığı olumsuzluk durumu					
Arkadaş ilişkileri	13,83±3,92	11,83±1,83	15,5±4,28	9,67±1,97	6,17±3,97
Sosyal aktivite	17,53±3,18	10,75±2,51	13,85±4,32	10,03±2,78	7,1±2,62
Diğer	19,36±3,43	11,29±1,98	13,25±4,12	10,71±2,23	7,29±2,59
Kruskal W; p	9,564; 0,008	1,790;0,409	1,465;0,481	2,880;0,237	0,575;0,750
Bakım vermenin özel hayatı ve sahip olduğu rolleri etkileme durumu					
Etkiliyor	18,29±3,76	11,27±2,17	13,48±4,08	10,34±2,53	7,3±2,79
Etkilemiyor	19,15±4,32	11,03±2,59	13,45±4,5	10,63±2,14	7,24±3,34
T Testi; p	1,295;0,197	0,615;0,539	0,040;0,968	0,752;0,454	0,139;0,890
Kendine zaman ayıramama durumu					
Ayrıramıyorum	18,59±3,87	11,24±2,25	13,71±4,26	10,47±2,42	7,13±3,04
Ayrıyorum	19,03±4,67	10,84±2,76	12,52±4,19	10,48±2,13	7,81±3,04
T Testi; p	0,545;0,587	0,849;0,397	1,395;0,165	0,028;0,978	1,096;0,275
Hastaya bakım vermeye başladıktan sonra psikolojik bir sorunla karşılaşma durumu					
Karşılaştım	18,59±3,74	11,27±2,32	13,67±4,09	10,54±2,42	7,22±3,1
Karşılaşmadım	19,17±5,46	10,57±2,56	12,35±5,05	10,13±2,01	7,57±2,78
T Testi; p	0,637;0,525	1,315;0,191	1,370;0,173	0,757;0,450	0,499;0,61
Karşılaşılan psikolojik durum					
Ümitsizlik	17,78±3,5	10,84±2,3	12,55±3,95	10,18±2,45	7,37±2,82
Kaygı	18,36±3,87	12,09±1,82	15,27±4,38	10,91±2,45	7,09±2,81
Sıkıntı Hissi	20,41±3,34	11,59±2,27	14,19±3,27	10,59±2,21	6,82±3,5
Gelecekte	20±3,88	11,5±2,65	14,73±4,29	11,05±2,5	7,27±3,89
Korkma					
Anova; p	3,718; 0,013	1,933;0,128	3,491; 0,018	0,976;0,407	0,159;0,924

Bakımın sosyal yaşamı olumsuz etkileyip etkilememe durumu ile SBTÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, bakım verme sürecinin sosyal yaşamını olumsuz etkileyip etkilemediği konusunda kararsız olan bakım verenlerin SBTÖ'nün tüm alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları diğer gruplarından daha yüksek olup, gruplar arasında sadece kendine güvenli yaklaşım alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal yaşamın olumsuz etkilendiğini düşünen bakım verenlerde, arkadaş ilişkilerinin etkilendiğini düşünenlerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha düşük olup, kendine güvenli yaklaşım alt boyutu ile sosyal yaşamın bozulma nedenleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 15).

Bakım verenlerin bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir psikolojik sorun yaşayıp yaşamama durumu ile SBTÖ'nün alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Fakat, psikolojik sorun yaşadım diyen ve bu sorunu sıkıntı hissi olarak belirten bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması; yaşadığı psikolojik sorunu kaygı hissi olarak belirtenlerin ise çaresiz yaklaşım puan ortalaması diğerlerinden anlamlı derecede daha yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 15).

4. 7. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Bakım Veren Stres İndeksi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Arasındaki Korelasyon

Hastalara uygulanan FBÖ ile bakım verenlere uygulanan BVSİ, MTÖ, SBTÖ aralarındaki korelasyon Tablo 16'da gösterilmiştir.

Hastaların FBÖ toplam puanı ile bakım verenlerin BVSİ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,001$), (Tablo 16).

Bakım verenlerin BVSİ toplam puanı ile bakım verenlerin MTÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,001$), (Tablo 16).

Hastaların FBÖ toplam puanı ile bakım verenlerin MTÖ ve SBTÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi ($p>0,05$), (Tablo 16).

Bakım verenlerin MTÖ toplam puanı ile bakım verenlerin SBTÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi ($p>0,05$), (Tablo 16).

Tablo 16. FBÖ, BVSİ, MTÖ ve SBTÖ arasındaki ilişki

		FBÖ	BVSİ	MTÖ	SBTÖ
FBÖ	Pearson Correlation		,299**	,141	0,065
	Sig. (2-tailed)		<0,001	,085	0,433
BVSİ	Pearson Correlation	,299**		,514**	0,176*
	Sig. (2-tailed)	<0,001		<0,001	0,031
MTÖ	Pearson Correlation	,141	,514**		-0,026
	Sig. (2-tailed)	0,085	<0,001		0,748
SBTÖ	Pearson Correlation	0,065	0,176*	-0,026	
	Sig. (2-tailed)				

** Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlıdır (2-tailed).

* Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlıdır (2-tailed).

4. 8. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

Bakım verenlere uygulanan MTÖ ile SBTÖ'nün alt boyutları arasındaki korelasyona ait bulgular Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. MTÖ alt boyutları ile SBTÖ alt boyutları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Güvenli Yaklaşım	r= -0,309**	r= -0,165*	r= -0,334**
İyimser Yaklaşım	r= -0,332**	r= -0,352**	r= -0,192*
Çaresiz Yaklaşım	r= 0,532**	r= 0,305**	r= 0,071
Boyun Eğici Yaklaşım	r= 0,169*	r= -0,003	r= 0,128
Sosyal Desteğe Başvuru	r= -0,175*	r= -0,067	r= -0,115
Stres Toplam	r= 0,050	r= -0,026	r= -0,153

p<0,05 *

p<0,001**

r:Pearson Korelasyon Katsayısı

MTÖ- duygusal tükenme alt boyutu ile SBTÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu (**p<0,001**), sosyal desteğe başvurma arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı bir ilişki (**p<0,05**), çaresiz yaklaşım alt boyutu ile arasında pozitif yönde orta anlamlı bir ilişki (**p<0,001**), boyun eğici yaklaşım alt boyutu ile arasında pozitif yönde çok zayıf anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (**p<0,05**), (Tablo 17).

MTÖ- duyarsızlaşma alt boyutu ile SBTÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, güvenli yaklaşım alt boyutu ile arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki ($p<0,05$), iyimser yaklaşım alt boyutu ile arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki ($p<0,001$), çaresiz yaklaşım alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,001$), (Tablo 17).

MTÖ- kişisel başarı alt boyutu ile SBTÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, güvenli yaklaşım alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0,001$), iyimser yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 17).

TARTIŞMA

İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik ve stresle başa çıkma durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular konu ile ilgili literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

5. 1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Çalışmada bakım verenler, duygusal tükenme alt boyutundan $29,31 \pm 8,21$ puan ortalamasını almışlardır. Min ve max puanı 9- 45'tir. Elde edilen puan ortalaması 27'nin üzerindedir. Bu durum, hasta yakınlarının yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşadığını göstermektedir. Duyarsızlaşma alt boyutunun puanın ortalaması $12,21 \pm 4,5$ olup, min ve max puanı 5,0-23,0'tür. Hasta yakınlarının duyarsızlaşma düzeyi normal olarak tespit edilmiştir. Kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması $18,68 \pm 4,03$ olarak belirlenmiştir. Min ve max puanı 8-37 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Bu sonuç, hasta yakınlarının kişisel başarılarının düşük olduğunu göstermektedir. İnmeli hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada ise, hasta yakınlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı fakat kişisel başarılarının düşük olmadığı belirlenmiştir (Tuna ve Olgun, 2010). Bu çalışmadan elde edilen bu bulgular, bakım verenlerin, duygusal ve fiziksel kaynaklarındaki azalamaya bağlı olarak duygusal tükenme yaşadığını fakat bakım sürecine ve hastaya karşı duyarsız olmadıklarını, bakım konusunda kendilerini yetersiz hissetmelerine bağlı olarak kişisel başarılarının düşük olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre duygusal tükenme ve toplam tükenmişlik puan ortalaması daha yüksek belirlenmiş olup, cinsiyet ile aralarındaki ilişkinin kadınlar aleyhine anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$), (Tablo 9). Truzzi ve ark. da demanslı hastaların aile bakıcıları ile yaptıkları çalışmada, kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre daha fazla tükenmişlik yaşadığını belirlemiştir (Truzzi ve ark., 2012). Tel ve arkadaşlarının çalışmalarında da kadın bakım verenlerin tükenmişlik puan ortalamaları erkek bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tel ve Ertekin, 2013). Ören'in çalışmasında da Alzheimer hastalarına bakım veren kadınların duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalaması erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek belirlenmiştir ($p < 0,05$), (Ören, 2016). Kadın bakım verenlerin daha fazla tükenmişlik yaşamasının altında yatan sebep, kadınların çoğunun ev hanımı olması, bakım süreci dışında kalan zamanı ev işleriyle uğraşarak geçirmesi, kendine

ayırarak vakit bulamaması, sosyal yaşama yeterli düzeyde katılamaması ve kadınların daha duygusal bir yapıya sahip olması olabilir.

Çalışmada çocuk sayısı 1-2 olan bakım verenlerin diğer gruplara göre duygusal tükenme puan ortalamaları yüksek, kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları ise düşük belirlenmiştir. Çocuk sayısı ile duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 9). Ören'in çalışmasında, çocuğu olan bakım verenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşmalarının çocuğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Ören, 2016). Bu çalışmada çocuk sayısı 1-2 olan bakım verenlerin, çocuğun bakımından sorumlu olmaları, çocuğun yetiştirilmesi ve bakım sürecinin beraber yürütülmesinde zorluklar yaşaması, onların duygusal olarak tükenmesine ve kişisel başarılarının düşük olmasına sebep olabilir.

Çalışmada yüksekokul mezunu olan bakım verenlerin kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması diğer gruplardan daha düşük belirlenmiş olup, eğitim düzeyi ile kişisel başarı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 9). Lise mezunu olan bakım verenlerin ise toplam tükenmişlik puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksek bulunmuş, aralarında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Tuna'nın çalışmasında eğitim durumu arttıkça duygusal tükenmenin arttığı, eğitim durumu ile tükenmişliğin diğer alt boyutları arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tuna, 2010). Ören ise, çalışmasında öğrenim durumu okur-yazar olan bakım verenlerin diğer gruplara göre anlamlı derecede duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığını belirlemiştir ($p<0,05$) (Ören, 2016). Yüksekokul mezunu olan bakım verenlerin, kişisel başarılarının düşük olması, bakıma yeterli zaman ve enerjiyi ayıramamalarından, kendilerini bakım konusunda yetersiz hissetmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışan bakım verenlerin kişisel başarı puan ortalaması daha düşük olup, çalışma durumu ile kişisel başarı alt boyutu arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$), (Tablo 9). Çalışmayan, çalışmama nedenini bakım vermek olarak belirten bakım verenlerin, kişisel başarıları diğer gruplardan anlamlı derecede daha düşük belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 9). Ekonomik olarak gelir gideri karşılayan bakım verenlerin de kişisel başarı puan ortalamaları daha düşük olup, ekonomik durum ile kişisel başarı alt boyutu arasındaki fark anlamlı belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 9). Dileköz' ün çalışmasında ise

gelir durumunu “zor geçiniyoruz” şeklinde ifade eden bakım verenlerin tükenmişliğinin, “iyi geçiniyoruz” şeklinde ifade edenlere göre 4,22 kat arttığı belirlenmiştir (Dileköz, 2003). Çalışan bakım verenlerin kişisel başarılarının düşük olması, iş hayatı ve bakım sürecini beraber sürdürmede zorlanmalarından, bakıma yeterli zamanı ayıramadıklarını düşünmelerinden ve sonuç olarak kendilerini olumsuz değerlendirmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada aile tipini diğer (ayrı yaşama, herhangi bir kurumda yaşama...) olarak işaretleyen bakım verenlerin toplam tükenmişlik puanı diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 9). Bu durum, aile içi ilişkilerin tükenmişlikle baş etmede etkili olacağını düşündürmektedir. Aile bağları kuvvetli olmayan bireyler, bakım rolünü yerine getirirken etkili aile desteği alamayacağından tükenmişlik yaşayabilirler.

Çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunun (127 kişi), bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir psikolojik problem yaşadığı belirlenmiştir. Bu durumun duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puan ortalaması ile arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 11). Yaşadığı psikolojik sorunu ümitsizlik olarak belirten bakım verenlerin, kişisel başarı puan ortalamaları diğer değişkenlerden anlamlı derecede düşük belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 11). Truzzi ve ark. da çalışmalarında, herhangi bir psikolojik semptom, üzüntü, kaygı, uykusuzluk, sinirlilik, yorgunluk yaşadığını belirten bakım verenlerin, duygusal tükenme alt boyutu puan ortalaması ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir ($p<0,05$). Ayrıca uykusuzluk ve yorgunluk yaşadığını belirtenlerin kişisel başarı alt boyutu ile arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (Truzzi ve ark., 2012). Sevilen bir yakının beklenilmeyen bir anda hayati tehlikesi bulunan bir hastalıkla karşı karşıya kalması, sağ kalımda fizyolojik yetersizlikler yaşaması; bakım verenlerin çeşitli psikolojik sorunlar yaşamasına, yaşanan bu sorunlara bağlı olarak duygusal ve fiziksel kaynaklarının tükenmesine ve çevreye duyarsızlaşmasına sebep olabilir.

Çalışmada bakım vermenin özel hayatı ve sosyal rolleri etkilediğini belirten bakım verenlerin, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları ile toplam tükenmişlik puanları; etkilemiyor diyenlerden yüksek olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 11). Özel hayatı ve sosyal

rolleri etkilenen bakım verenlerin yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı, düşük kişisel başarı yaşamadığı belirlenmiştir. Lindgren (1990) çalışmasında hasta yakınlarının bakım faaliyetlerinden dolayı arkadaş ilişkilerinden uzaklaşmalarının tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları ile arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmuştur (Lindgren, 1990). Özel hayatı ve sosyal rolleri etkilenen bakım verenlerin yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı, düşük kişisel başarı yaşamadığı belirlenmiştir. Bakım verenin gününün büyük bir kısmını bakıma ayırması, hastaların fonksiyonel ihtiyaçlarını yerine getirirken bakım verene bağımlı olması gibi faktörler bakım verenin özel hayatını ve bakım rolü dışındaki diğer rollerini (eş rolü, arkadaş rolü, ebevyn rolü...) olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuzlukta bakım verenlerin duygusal olarak tükenmesine akabinde bakım sürecine ve hastaya karşı duyarsız davranmasına sebep olabilir.

Çalışmada bakım vermenin sosyal yaşamını etkilediğini belirten bakım verenlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanları, etkilemediğini belirten ve etkileyip etkilemediğine karasız olan bakım verenlerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Etkilediğini belirten bakım verenlerin kişisel başarı puan ortalamaları daha düşük olup, tüm alt boyutlar ve toplam tükenmişlik puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 11). Sosyal yaşamındaki bu değişikliği arkadaşlarıma ayıracak zamanım kalmadı olarak tanımlayanların duyarsızlaşma puan ortalaması daha yüksek, kişisel başarı puan ortalamasının ise daha düşük olduğu belirlenmiş olup, aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Lindgren (1990) çalışmasında, bakım veren hasta yakınlarının bakım faaliyetlerinden kaynaklanan sosyal yaşantılarındaki değişimlerin duygusal tükenme ile arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirlemiştir ($p<005$), (Lindgren, 1990). Sosyal yaşamdan izole olan, sosyal faaliyetlerde bulunamayan bakım verenler, bakım sürecinde yaşadığı olumsuzluklardan sıyrılamayacak, yaşadığı problemleri paylaşabileceği arkadaş ortamını bulamayacak ve bakım sürecinden önce ki yaşantısına özlem duyacaktır. Bu durum, bakım verenlerin tükenmişlik yaşamasına sebep olabilmektedir.

Çalışmada kendine zaman ayıramadığını belirten bakım verenlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanları belirtmeyenlerden daha yüksek bulunmuş, kendine zaman ayırıp ayıramama durumu ile duygusal tükenme,

duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 11). Kendine zaman ayıramadığı düşünen bakım verenler yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma (normal sınır 12, alınan puan $12,76\pm4,53$) yaşamaktadırlar. Bakım süreci boyunca bakım verenler sosyal aktivitelerinden, kendilerini bedenen ve ruhen dinlendirecekleri kişisel zamanlarından fedakarlık ederek bakım rollerini devam ettirmektedir. Bu süreçte dışarıdan destek alamayan, bakım rollüyle baş başa bırakılan, kişisel ihtiyaçlarına ayıracak zamanı bulamayan bakım verenlerin, bu faktörlere bağlı olarak tükenmişlik yaşadığı düşünülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin hastalarına başka biri ya da bir bakım evi tarafından bakılmasını isteyip istememe durumu ile duygusal tükenme ve toplam tükenmişlik puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 11). Başka biri ya da bir kurum tarafından bakım verilmesini isteyenlerin yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşadıkları, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı yaşamadıkları belirlenmiştir. Dileköz'de çalışmasında hastalarına bakım evinde bakılmasını isteyen bakım verenlerin, duygusal tükenmişlik puanlarının evde bakılmasını tercih edenlere göre anlamlı derece yüksek olduğunu saptamıştır (Dileköz, 2003). Bu sonuçlar, bakımın hasta yakınlarında duygusal bir tükenmeye sebep olduğunu göstermektedir. Fakat bakım verenlerin büyük çoğunluğunun hastanın çocukları olduğu göz önüne alındığında, anne babaya duyulan vefa borcu ve anne babanın Türk toplumunda baş tacı edilmesi gerektiği algısı, bakımın bir görev olarak görülmesine zemin hazırlamaktadır. Bu sebeple de hasta yakınlarının tükenmişliğin alt boyutlarından sadece duygusal tükenme yaşadıkları düşünülmektedir.

5. 2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Tartışması

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, inmeli hastalara bakım verenlerin, stresle başa çıkmada en çok “Kendine Güvenli Yaklaşım ($13,93\pm3,45$)”, “Çaresiz Yaklaşım ($13,46\pm4,26$)” ve “İyimser Yaklaşım ($11,16\pm2,36$)” alt boyutlarını kullandıklarını göstermektedir. En az kullanılan alt boyut ise “Sosyal Destek Arama ($7,27\pm3,04$)” olarak belirlenmiştir (Tablo 12). Bakım verenlerin en yüksek puanı kendine güvenli yaklaşım alt boyutundan almaları stresle etkili bir şekilde baş edebildiklerini göstermektedir. Bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarını değerlendiren araştırmalar incelendiğinde, sonuçların bu çalışmayla benzerlik gösterdiği

ve desteklediği görülmektedir. Şener Serebral Palsi'li çocuğa sahip annelerin stresle başa çıkma tarzlarını inceleyen çalışmasında, bakım verenlerin sırasıyla en çok, Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım'ı kullandıklarını belirlemiştir (Şener, 2009). Tuğrul da çalışmasında, migren ve depresyon hastalarına bakım verenlerin stresle başa çıkmada en çok sırasıyla Kendine Güvenli Yaklaşım ve Çaresiz Yaklaşım'ı kullandıklarını belirlemiştir (Tuğrul, 2015). Erkuran da çalışmasında, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin stresle başa çıkmada sırasıyla en çok Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım'ı kullandıklarını belirlemiştir (Erkuran, 2015).

Bakım verenlerin cinsiyeti ile stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde, kadın bakım verenlerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarının erkek bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Erkeklerin ise kendine güvenli yaklaşım alt boyutu puan ortalamaları kadın bakım verenlerden anlamlı derecede daha yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 13). Bu durum kadın bakım verenlerin, stresle başa çıkmada etkisiz yöntemleri kullandıklarını, kendilerini ve yaşadıkları sorunları ifade etmekte erkeklere göre daha başarısız olduklarını ve mevcut durumu çaresizce boyun eğip kabul ettiklerini düşündürmektedir. Erkuran da çalışmasında, Alzheimer hastalarına bakım veren kadınların çaresiz yaklaşım alt boyutunu, erkeklerin ise kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutlarını daha çok kullandıklarını belirlemiştir (Erkuran, 2015). Erkuran'ın elde ettiği bu sonuç bu çalışmadan elde edilen sonucu destekler niteliktedir.

Çalışmada bekar olan bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım alt boyutu puan ortalamaları evli olan bakım verenlerden anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 13). Bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarını inceleyen çalışmalar incelediğinde, medeni durum ile SBTÖ alt boyutları arasında ilişki olmadığını saptayan çalışmalar olduğu görülmektedir (Dileköz, 2003; Tuğrul, 2015). Bekar olan bakım verenlerin sorumluluklarının evli olanlara göre daha az olması stresle başa çıkmada kendilerine daha çok güvenmelerinin altında yatan sebep olabilir.

Çalışmada bakım verenlerin eğitim durumu ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim durumu ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$), (Tablo 13). Yüksekokul mezunu olan bakım verenlerin, kendine güvenli yaklaşım puan

ortalaması diğerlerinden yüksek olup, eğitim durumunun artması ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutundan alınan puan ortalaması da artmıştır. Eğitim durumu ile SBTÖ'nün diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Fakat sadece okur- yazar olan bakım verenlerin SBTÖ'nün etkisiz yaklaşım alt boyutları olan, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt boyutlarından diğer gruplara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu dikkati çekmektedir. Dileköz'ün çalışması da bu sonucu destekler nitelikte olup, eğitimsiz olan bakım verenlerin stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşım modelini daha çok kullandıkları ve eğitilmiş olan bakım verenlerle aralarında anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir (Dileköz, 2003). Erkuran'da çalışmasında, eğitim durumu ile SBTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arayan yaklaşım alt grupları ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur ($p<0,05$). Üniversite mezunu olan bakım verenlerin, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım puan ortalamalarının, okur- yazar seviyesinde olanların ise çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arayan yaklaşım alt grubu puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Erkuran, 2015). Bu sonuçlar, eğitim durumu yüksek olan bakım verenlerin, bakım süreci ile ilgili bilgi ve destek arayışlarında bulunması, eğitim düzeyi düşük olanların ise bilgi arayışında bulunmayıp çaresizce durumu kabullenmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada bakım verenlerin ekonomik durumu ile boyun eğici yaklaşım alt boyutu arasındaki ilişki, geliri gideri karşılamayan bakım verenlerin lehine anlamlı belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 13). Geliri gideri karşılayamayan bakım verenlerin, daha fazla stresörle karşı karşıya kaldıkları ve çözüm yolu bulamadıklarında boyun eğip mevcut durumu kabullendikleri düşünülür. Erkuran da çalışmasında ekonomik durum ile SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak önemli bulmuştur ($p<0,05$). Gelir durumu azaldıkça bireylerin duygulara yönelik baş etme tarzlarını kullandıklarını belirtmiştir (Erkuran, 2015).

Çalışmada hastaya verilen bakımın süresi ile SBTÖ'nün iyimser ve çaresiz yaklaşım alt boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 14). Elde edilen sonuçlara göre, hastasına 6-12 ay arasında bakım verenlerin iyimser ve çaresiz yaklaşım alt boyutu puan ortalamaları daha uzun- kısa sürede bakım verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$).

Gürbüz de KBY olan çocuklara bakım veren ebeveynlerinin depresyon ve stresle başa çıkma tarzlarını incelediği çalışmada, hasta çocuğun tanısı 5 yıl ve üzeri olan ebeveynlerin SBTÖ' nün tüm alt boyutlarının puan ortalamalarının yüksek olduğunu belirlemiştir. Hastalık süreci uzadıkça bakım verenlerin daha kaderci yaklaşımda bulunabileceklerini ve bu yaklaşım sonucunda çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanlarının artmış olabileceğini belirtmiştir (Gürbüz, 2009).

Çalışmada bakım vermenin sosyal yaşamı olumsuz etkilediğini düşünen bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım alt boyutundan aldığı puan ortalaması, olumsuz etkilemiyor diyen ve kararsız olan bakım verenlerden daha düşük olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$), (Tablo 15). Sosyal yaşamı olumsuz etkilenmeyen ve etkileyip etkilemediğine karar veremeyen bakım verenler stresle başa çıkmada etkili yöntem olan kendine güvenli yaklaşımı etkilenen bakım verenlerden daha fazla kullanmaktadır. Erkuran' ın çalışmada bakımın, bakım verenin yaşamını etkileyip etkilememeye durumu ile SBTÖ' nün iyimser yaklaşım alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım vermenin yaşamını etkilemediğini belirten bakım verenlerin, etkili baş etme yöntemi olan iyimser yaklaşımı kullandıklarını tespit etmiştir (Erkuran, 2015). Sosyal yaşamı olumsuz etkilenmeyen bakım verenler, kendilerine vakit ayırmakta, sosyal yaşamdan izole olmamakta, sosyal etkinliklerle hayatına bir anlamda kaldığı yerden daha az değişimle devam etmektedir. Bu durum onların stresle etkili baş etmesine ve baş etmede kendine güvenmelerine neden olabilmektedir.

Çalışmada hastalarının kendileri dışında biri ya da bir kurum tarafında bakılmasını isteyen bakım verenlerin, boyun eğici yaklaşım alt boyutundan aldığı puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$), (Tablo 15). Bakım sürecinin uzun ve meşakkatli olması, bakım vereni bakım rolünün başka biri veya bir kurum tarafından sağlanmasını istemeye yönlendirmiş olabilir. Bu durumda bakım verenler dini duygularında tesiri altında kadere ve mevcut duruma boyun eğici yaklaşım göstermiş olabilirler. Dileköz ise çalışmada hastasına bakım evinde bakılmasını isteyen bireylerin, SBTÖ– güvenli yaklaşımları evde bakılmasını isteyenlere göre düşük bulunmuş, diğer alt boyutlarla arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Dileköz, 2003).

5. 3. FBÖ, BVSİ, MTÖ, SBTÖ Arasındaki Korelasyonun Tartışılması

Çalışmada FBÖ ile BVSİ arasında pozitif yönde zayıf anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 16). Hastaların fonksiyonel olarak bakım verene bağımlılığı arttıkça bakım verenin bakım yükü artmaktadır. Literatür incelendiğinde elde edilen bu sonucu destekleyen çalışmalar olduğu görülmektedir (Greenwood ve ark., 2008; Mollaoğlu ve ark., 2011). Fonksiyonel bağımlılık arttıkça, bakım verenin bakım rolüne ayırdığı zaman ve fiziksel olarak harcadığı güç artmakta bunun yanında sahip olduğu diğer rollere (annelik- babalık, eş, iş hayatındaki rolü...) ve kendine ayırdığı zaman azalmaktadır. Bireyin tüm bu faktörlere bağlı olarak yüksek düzeyde stres yaşadığı ve bakımı artık bir yük olarak algıladığı düşünülebilir.

Çalışmada BVSİ ile MTÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü orta anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 16). Bakım verenlerin stres indeksi arttıkça yaşadıkları tükenmişliğin de arttığı belirlenmiştir. Bu durum, stres altında olan bireylerin bakım sürecinde yeterli desteklenmemesi, bakım sürecinde zorlanması, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bakım vermeye hazır olmaması gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

5. 4. MTÖ Alt Boyutları ile SBTÖ Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonun Tartışılması

Çalışmada MTÖ- duygusal tükenme alt boyutu ile SBTÖ'nün güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,001$), (Tablo 17). Duygusal tükenme ile sosyal desteğe başvurma arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Elde edilen sonuçlar, stresle etkili baş etme yöntemlerini kullandıkça duygusal tükenmenin azaldığını fakat aralarındaki ilişkinin zayıf olduğunu göstermektedir. Dileköz'ün çalışmasında da MTÖ- duygusal tükenme alt boyutu ile SBTÖ güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutu arasındaki ilişki negatif yönde anlamlı belirlenmiş ($p < 0,001$), duygusal tükenme ile sosyal desteğe başvurma arasında bir ilişki belirlenmemiştir ($p > 0,05$), (Dileköz, 2003). Duygusal tükenme ile çaresiz yaklaşım boyutu arasında pozitif yönde orta anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,001$). Duygusal tükenme ile boyun eğici yaklaşım arasında pozitif yönde çok zayıf anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu sonuçlar bize stresle etkisiz baş etme yöntemlerini kullanan bireylerin duygusal tükenmişliğinin arttığını göstermektedir. Dileköz

çalışmasında MTÖ- duygusal tükenme alt boyutu ile SBTÖ çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları arasındaki ilişkinin pozitif yönde anlamlı olduğunu belirlemiştir (Dileköz, 2003). Duygun da çalışmasında duygusal tükenme ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları arasındaki ilişkinin pozitif yönde anlamlı olduğunu belirtmiştir (Duygun, 2001). Bu sonuçlar duygusal tükenme yaşayan bakım verenlerin, duygusal ve fiziksel kaynaklarındaki azalmaya bağlı olarak kendilerine güvenlerinin azaldığını, mevcut durumun psikolojik, sosyal ve fiziksel zorluklarıyla baş etmede yetersiz kaldıklarını, duruma iyimser yaklaşmadıklarını, yaşanan zorlukları aşmak için dışarıdan yardım almadıklarını düşündürmektedir. Etkili baş etme yöntemlerini kullanmayan, dışardan desteklenmeyen, süreçte yalnız kalan bakım verenlerin duruma boyun eğip çaresizce kabullendiği düşünülmektedir.

Çalışmada MTÖ- duyarsızlaşma alt boyutu ile SBTÖ- güvenli yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 17). Duyarsızlaşma ile iyimser yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bu sonuçlar, stresle başa çıkmada etkili yöntemler olan güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutunu kullananların, duyarsızlaşmalarının düşük olduğunu göstermektedir. Dileköz' de çalışmasında MTÖ- duyarsızlaşma alt boyutu ile iyimser yaklaşım alt boyutu arasındaki ilişkinin negatif yönde anlamlı olduğunu belirlemiştir (Dileköz, 2003). Duyarsızlaşma alt boyutu ile çaresiz yaklaşım alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,001$). Bakım verenlerin, stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşımı kullandıkça, duyarsızlaşmalarının da arttığı fakat bu ilişkinin zayıf olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, bakım verenlerin süreçte karşılaştığı sorunları aşmadığını, sorunlara iyimser yaklaşmadığını, kendine güveninin azaldığını, çaresizce duruma duyarsızlaştığını düşündürmektedir.

Çalışmada MTÖ- kişisel başarı alt boyutu ile SBTÖ- güvenli yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,001$), (Tablo 17). Kendine güvenli yaklaşımı kullananların kişisel başarılarını düşük olduğu fakat bu ilişkinin zayıf olduğu belirlenmiştir. Kişisel başarı alt boyutu ile iyimser yaklaşım alt boyutu arasındaki ilişki negatif yönlü çok zayıf anlamlı olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). İyimser yaklaşım alt boyutunu kullananların kişisel başarılarının düşük olduğu fakat bu ilişkinin çok zayıf olduğu belirlenmiştir. Duygun ise çalışmasında, MTÖ- kişisel başarı alt boyutu ile SBTÖ- güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyutu

arasındaki ilişkinin pozitif yönde anlamlı olduğunu, MTÖ- kişisel başarı alt boyutu ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutu arasındaki ilişkisinde negatif yönde anlamlı olduğunu belirlemiştir (Duygun, 2001). Çalışmalar arasındaki bu farklılık, bakım verenlerin soruları doğru anlayamamasından kaynaklanıyor olabileceği gibi, sosyal yaşamda ki kültürel farklılıklar da bu sonuca bir neden olabilir. Ayrıca, kişisel başarıları yüksek olsa bile bakım verenlerin bakım sürecinde kendilerine güvenememeleri, bakım konusunda bilgilerinin olmaması, süreçte yalnız bırakılmaları kendine güvenlerinin azalmasına ve iyimser yaklaşım göstermemelerine neden olmuş olabilir.



6. SONUÇLAR

İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının tükenmişlik ve stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların yaş ortalaması $72,81 \pm 10,77$, %52'si kadın, %52,3'ü ilkokul mezunu, %44'ü ev hanımı, %78,7'si 3 ve 3'ün üzeri çocuğa sahip, %85,3'ünün sosyal güvencesi var, %62,7'sinin gelir durumu gideri karşılamaktadır.
- Hastalara uygulanan FBÖ sonuçlarına göre hastaların, banyo-duş alma ve merdiven kullanımı alt boyutlarından tam bağımlı, diğer tüm alt boyut bölümlerinden ise yarı bağımlı olduğu belirlendi.
- Bakım verenlerin, %71,3'ü kadın, %82,7'si evli, %59,7'si 3 ve 3'ün üzeri çocuğa sahip ve %82'sinin aile tipi çekirdek aile, %36,7'si ortaokul mezunu, %72'si çalışmıyor, %84,7'sinin sosyal güvencesi var, %62,7'sinin ekonomik olarak durumu gelir gideri karşılamaktadır.
- Bakım verenlerin büyük çoğunluğu hastanın kızı ya da oğlu olup, %65,3'ünün hastasına 1- 6 ay arasında bakım verdiği, %58'ine bakım konusunda yardımcı biri ya da birilerinin olduğu, %76'sının hasta dışında bakmakla yükümlü başka birinin olmadığı, %51,3'ünün günün ortalama 12 saatini bakım vermekle geçirdiği, %54,7'sinin bakım sürecinde özel hayatı ve sahip olduğu rollerinin olumsuz etkilendiği, %73,2'sinin iş hayatında değişiklik olduğu, %48,3'ü sosyal yaşamının olumsuz etkilendiği, %79,3'ünün kendine zaman ayıramadığı, %84,7'sinin bakım vermeye başladıktan sonra psikolojik bir sorunla karşı karşıya kaldığı, %97,3'ünün hastasının kendi dışında biri ya da bir bakımevi tarafından bakılmasını istemediği belirlendi.
- Bakım verenlerin bakım veren stres indeksinden aldıkları puan ortalaması sonucuna göre stres düzeyinin yüksek olduğu ve bakımın bir yük olarak görüldüğü belirlendi.
- Bakım verenlerin yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşadığı, kişisel başarılarının düşük olduğu, duyarsızlaşma düzeylerinin ise normal düzeyde olduğu belirlendi.

- Çalışma sonucunda inmeli hastalara bakım verenlerin, stresle başa çıkmada en çok “Kendine Güvenli Yaklaşım” (13,93±3,45), “Çaresiz Yaklaşım” (13,46±4,26) ve “İyimser Yaklaşım” (11,16±2,36) alt boyutlarını kullandıkları belirlendi.
- Hastaların bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin stres düzeyinin de arttığı belirlendi.
- Bakım verenlerin BVSİ toplam puan ortalaması arttıkça, bakım verenlerin MTÖ puan ortalaması arttığı aralarındaki ilişki pozitif yönde anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,001$). Bakım verenlerin stres düzeyi arttıkça tükenmişliği de artmaktadır.
- Bakım verenlerin duygusal tükenmeleri arttıkça stresle etkili baş etme yöntemi olan iyimser yaklaşım, güvenli yaklaşım ve sosyal desteğe başvurularının azaldığı, stresle etkisiz baş etme yöntemi olan boyun eğici yaklaşım boyutunu kullanmaları da arttığı belirlendi.
- Bakım verenlerin duyarsızlaşmaları arttıkça, stresle baş etmede etkili yöntem olan güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutunu kullanmaları azalmakta, etkisiz yöntem olan çaresiz yaklaşım kullanmaları da artmaktadır.
- Bakım verenlerin kişisel başarıları arttıkça stresle baş etmede etkili yöntem olan güvenli yaklaşımı kullanmaları azalmakta, stresle baş etmede iyimser yaklaşımı kullanmaları azalmaktadır.

7. ÖNERİLER

Sağlık bakım profesyonelleri olarak hemşireler, inme tanısı alan hastalara bakım verecek olanları, bakım süreci hakkında bilgilendirmeli, bakım verenlerin karşılaşılabileceği sorunları önceden belirleyip onlara etkili çözüm önerileri sunmalı, bakımın niteliklerini öğretmeli ve bakıma katılmalarını sağlamalı, taburculuk eğitimini etkin bir şekilde vermelidirler.

Tükenmişlik yaşayan bakım verenlerin stresle başa çıkmada etkili baş etme yöntemlerini kullanmadığı çalışmada belirlenmiştir. Halk sağlığı hemşireleri, inme tanısı alan hastaları tespit etmeli ve bu evlere ev ziyaretleri düzenlemelidirler. Ziyaret sırasında bakım konusunda desteğe ihtiyaç duyan, bakım sürecinin yükünü kaldıramayan, fiziksel ve psikolojik olarak zorlanan, tükenmişlik yaşayan bakım verenler tespit edilmeli, yaşanan problemlere yönelik etkili çözüm önerileri sunulmalıdır. Halk sağlığı hemşireleri eğitici rollünü kullanarak, stresle etkili baş etme yöntemleri, tükenmişlik yaşama durumunun önüne geçme gibi konularda kurumun desteğiyle eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermeli ve yönetici rollünü kullanarak bu süreci ve sonuçlarını etkili bir şekilde yönetmelidirler.

Fonksiyonel olarak daha fazla bağımlı olan hastalara bakım verenlerin, stres düzeylerinin daha yüksek olduğu çalışmada belirlenmiştir. Bakım verenlerin bu stres düzeyi kendilerine uzanan desteklerle minimum düzeye indirilebilir. Tespit edilen bu vakalar evde bakım hizmetlerine bildirilmeli, evde sağlık bakım hizmetlerinin içeriği genişletilerek bakım verenler desteklenmelidir.

Bakım verenlerin kendilerine zaman ayıramadığı ve kendine zaman ayıramayan bakım verenlerin daha fazla tükenmişlik yaşadığı çalışmada belirlenmiştir. Bu durumun önüne geçmek adına bakım verenlerin hastalarını kısa süreli bırakabilecekleri kurum destekli sağlık merkezleri hayata geçirilebilir.

Ülkemizde inmeli hastalar ile ilgili mevcut çalışmalar var olup onlara bakım verenlerle ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. İnmeli hastalara bakım verenlerin yaşadıkları fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunları belirlemek ve etkili çözüm önerileri sunmak adına literatürün yeni çalışmalarla zenginleştirilmesi tüm araştırmacılara önerilir.

KAYNAKLAR

- Ardınç K, Polatçı S. Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008; 10(2): 69- 96.
- Arı Sağlam G, Bal EÇ. Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008; 15(1): 131- 148.
- Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli Hastalar Bakım Veren Hastaların Bakım Yükü. Hemar- G, 2012; 2: 73- 80.
- Ateş E. Spinal Kord Yaralanmalı Bireye Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Stresle Baş Etme Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 67-72.
- Azzimondi G, Bassein L, Nonino F. Fever in Acute Stroke Worsens Prognosis. Stroke, 1995; 26: 2040-3.
- Bardavit M. Kişilik Yapılarının- Stresi Değerlendirme, Stresle Başa Çıkma Yaklaşımları, Algılanan Stres ve İş Doyumu Üzerinde Olan Etkisinin Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007; 3.
- Benavente O, Hart RG. Stroke: Part II. Management of Acute İschemic Stroke, American Family Physician 1999; 59: 2475-82.
- Brodral P. The Central Nervous System: Structure and Function. 3.Edition, Oxford, Oxford Universty Press. 2004; 28- 116.
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranış. 16. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi. 2007: 321– 325.
- Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması, V11. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, Bayraktar R, Dağ I, Editörler, Türk Psikologlar Derneği Yayının' da, Ankara, 1992: 155-160.
- Çapri B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006;2 (1): 62-77.
- Dalyan M, Çakçı A. İnme Rehabilitasyonu, Oğuz H, Dursun E, Dursun N, Editörler. Tıbbi Rehabilitasyon'da. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2004; 589-618.
- Dalyan Z. Servis Sorumlu Hemşirelerinin Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 5- 10.
- Deniz ME, Yılmaz E. Üniversite Öğrencilerinde Duygusal Zeka ve Stresle Basa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2006; 3(25): 17- 26.

- Dileköz Yılmaz A, Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Başa ıkma Tarzlarının Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2003; 67- 108.
- Dimsdale JE, Keefe FJ, Stein MB. Stress and Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Edition, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2007; 2180- 95.
- Dinerol C. Tükenmişlik Sendromunun Mesleki Tükenmişlik ve İŞ Tükenmişliği Açısından İncelenmesi: ÖĞretmenler  zerinde Bir Uygulama. Gazi Üniversitesi EĞitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013;14.
- Dora B,  nal M, Arsava E, Yılmaz  , Kutluk K, Uzuner N. Tanı Yöntemleri: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2015; 21(2): 74- 79.
- Dumont S, Turgeon J, Allard P, Gagnon P, Charbonneau C, Vezina L. Caring for A Loved One with Advanced Cancer: Determinants of Psychological Distress in Family Caregivers. Journal of Palliative Medicine 2006; 9(4): 912- 921.
- Dundas J, Bennett B, Slark J. Geçici İskemik Atak ve İnme Geçiren Hastalarda Bakım, In: Woodward S, Mesteck AM. Editors, Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A. Çeviri Editörleri, Nörolojik Bilimler Hemşireliği Kanıtı Dayalı Uygulamalar (eviri)'da, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 357-378.
- Duygun T, Sezgin N. Zihinsel Engelli ve Sağlıklı ocuk Annelerinde Stres Belirtileri Stresle Başa ıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. Türk Psikoloji Dergisi 2003;18(52): 37-52.
- Duygun T, Zihinsel Engelli ve Sağlıklı ocuk Annelerinde Stres Belirtileri Stresle Başa ıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2001; 76-126.
- Erkuran H. Alzheimerlı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Başetme Durumlarına Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 22- 56.
- Erden N. Kronik İnme Hastalarında Duyusal Fonksiyonların; Motor Fonksiyonlar, Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Değerlendirmeye Etkileri. Sağlık Bakanlığı İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon EĞitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2009; 10- 35.
- Feng J He, Nowson CA, Macgregor GA, Fruit and Vegetable Consumption and Stroke: Meta Analysis of Cohort Studies, Lancet, 2006, DOI:10.1016/S0136(06)68069-0. From Wikipedia 2017, Fast (Stroke), [https://en.wikipedia.org/wiki/FAST_\(stroke\)](https://en.wikipedia.org/wiki/FAST_(stroke)), 2017.

- Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Barker-Collo SL, Parag V. Worldwide Stroke Incidence and Early Case Fatality Reported in 56 Population- Based Studies: A Systematic Review. *Lancet Neurology*, 2009; 8(4): 355– 369.
- Ferri PC, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Jacob Rodriguez JLL, Salas A, Sosa LA, Williams DJ, Liu Z, Moriyama T, ValhuerdiA, Prince MJ. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *Journal of Neurology Neurosurgery&Psychiatry With Practical Neurology* 2011; 82: 1074- 1082.
- Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3); 466- 475.
- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974, 30(1); 159- 165.
- Ghane G, Farahani M, Seyedfatemi N, Haghani H. Effectiveness of Problem- Focused Coping Strategies on The Burden on Caregivers of Hemodialysis Patients, Nursing and Midwifery Studies. 2016; 5(2): e35594, DOI:10.17795/Nmsjournal35594.
- Greenwood N, Mackenzie A, Cloud GC, Wilson N. Informal carers of stroke survivors factors influencing carers: A systematic review of quantitative studies. *Disability and Rehabilitation* 2008; 30(18): 1329- 49.
- Güneş Z, Düzgün G. Kemoterapinin Ağız Boşluğuna Olan Etkisinin Selye' nin Strese Adaptasyon Teorisine Göre İncelenmesi ve Hemşirelik Yönetimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2004; 3(8): 127-132.
- Gürbüz D. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi*, 2009; 47- 65.
- İnan Şengün F, Çetinkaya Duman Z. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Sosyodemografik Değişkenler Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16: 4.
- İnce BN, Şahin AE. Maslach Tükenmişlik Envanteri– Eğitici Formu’nu Türkçe’ye Uyarlama Çalışması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi* 2015; 6(2); 385-399.
- Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, Khatri P, McMullan PW Jr, Qureshi AI, Rosenfield K, Scott PA, Summers DR, Wang DZ, Wintermark M, Yonas H. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013; 44(3): 870- 947.

- Kapucu S, Kutlu Türkan S, Fesci H. Family Caregivers' Difficulties in Caring for Bedridden Stroke Patients. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal. 2009; 17- 31.
- Karadakovan A. Sinir Sistemi Hastalıkları. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da, Karadakovan A., Aslan FE, Editörler, Nobel Kitabevi, Adana, 2010; 1176- 1195.
- Karakurt P, Kaşıkçı M. İnmeli Bir Olgunun Yaşam Modeline Göre İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11: 1.
- Krishnamurthi R, Feigin V. Epidemiology of Stroke. In: Norrving B, editor. Stroke and Cerobrovaskuler Disorders. First Edition, United Kingdom, Oxford University Press. 2014;1- 9.
- Kumral E. Serebrovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi. Balkan S. Editör. Serebrovasküler Hastalıklar'da, 3. Baskı, İstanbul, Güneş Kitabevleri. 2009; 37-46.
- Lazarus, RS. Progress on a Cognitive- Motivational-Relational Theory of emotion. American Psychologist, 1991; 46(8), 819-834.
- Lazarus, RS. From psychological stress to the emotions. Annual Review of Psychology, 1993;44, 1-21.
- Lindgren CL, Burnout and Social Support in Family Caregivers. Western Journal of Nursing Research, 1990; 12(4): 469- 482.
- Lindgren A, Risk Factors, In: Norrving B, editör. Stroke and Cerobrovaskuler Disorders, First Edition, United Kingdom, Oxford University Press, 2014; 9-18.
- Lui MH, Ross FM, Thompson DR. Supporting Family Caregivers in Stroke Care: A Review of The Evidence for Problem Solving. Journal of American Heart Association 2005; 36: 2514- 2522.
- Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Organizational Behavior. 1981; 2(2): 99- 113.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout, Annual Review Psychology 2001; 52: 397- 422.
- Maslach C, Susan E. Jackson, The Measurement of Experienced Burnout ", Journal of Occupational Behaviour, 1981; 2: 99-113.
- Mollaoğlu M, Tuncay Özkan F, Fertelli Kars T. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4(3): 125- 130.

- Mosley J, Nicol M, Donnan G, Patrick J, Dewey H. Stroke Symptoms and the Decision to Call for an Ambulance. *Stroke*, 2007; 361- 366.
- Okutan M, Tengilimoğlu D. İş Ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Alan Uygulaması. *G.Ü. İ.B.F Dergisi* 2002; 3: 15-42.
- Ören N. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2016; 49-67.
- Özbey H. Nöroloji Hemşirelerinin İş Yeri Ortamı ile İlgili Stresörleri Tanılama ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2011; 17.
- Özeren A. Klinik Yaklaşım ve Sınıflandırma. İskemik İnme'de, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004; 61- 73.
- Öztürk D. Eğitim Örgütlerinde Okul Kültürü ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki. *Yeditepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2015: 126- 135.
- Pinguart M, Sorensen S. Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden and Depression Mood: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology* 2003; 58 (2): 112- 128.
- Post MW, Festen H, van de Port IG, Visser-Meily JM. Reproducibility of the Caregiver Strain Index and the Caregiver Reaction Assessment in partners of stroke patients living in the Dutch community. *Clinical Rehabilitation* 2007; 21(11), 1050- 1055.
- Puymbroeck MV, Rittman MR, Quality-of-life predictors for caregivers at 1 and 6 months poststroke: Results of path analyses, *Journal of Rehabilitation Research &Development* 2005; 42(6): 747-760.
- Rudd A, Wolfe C. Aetiology and Pathology of Stroke; *Hospital Pharmacist*. 2002; 9(2): 32- 36.
- Sanford JT, Johnson AD, Townsend-Rocchiccioli J. The health status of rural caregivers. *Journal of Gerontological Nursing* 2005; 31(4): 25-31.
- Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, Kase CS, Au R, Kannel WB, Wolf PA. The Lifetime Risk of Stroke: Estimates From The Framingham Study. *Stroke* 2006; 37(2): 345- 350.
- Shahripour RB, Donan GA. The Long-Term Management of Stroke. In: Norrving B, editor, *Stroke and Cerebrovaskuler Disorders*, 1rd Ed, United Kingdom, Oxford University Press. 2014; 243- 251.

- Sürgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. 4. Baskı, Ankara: Nobel Yayınları, 2014: 34- 35.
- Şahin NH, Durak A, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması, Türk Psikoloji Dergisi, 1995, 10(34), 56-73.
- Şener F. 5-14 Yaş Serebral Palsi'li Çocuğa Sahip Annelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Denetim Odağı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009: 1- 25.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S ve Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7: 100- 108.
- Tel H, Ertekin Pınar Ş. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi (Journal of Psychiatric Nursing) 2013; 4(3): 145- 152.
- Topcuoğlu MA, Ay H. Management of stroke: General principles. In: Norrving B, editör, Stroke and Cerebrovaskuler Disorders, First Edition, United Kingdom, Oxford University Press, 2014; 106- 123.
- Torun A. Stres ve Tükenmişlik, Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Ortak Yayını. İstanbul, 1997; 43- 49.
- Truzzi A, Valente L, Ulstein I, Engelhardt E, Laks J, Engedal K. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association 2012; 34: 405- 412.
- Tuğrul M. Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2015: 37- 82.
- Tuna M, Olgun N. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 17(1): 41- 52.
- Tuna M. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 25- 47.
- Tuncay FÖ, Mollaoğlu M. The effects of a self-care education program on cerebrovascular disease patients' activities of daily living. Neurology Psychiatry & Brain Research, 2006; 13; 83- 88.
- Uğur Ö. Onkoloji Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2006: 107-180.

- Uzuner N, Kutluk K, Balkan S. İnme Tanı ve Tedavi Klavuzu, Türk Beyin Hastalıkları Derneği 2015; 13-23.
- Varol S. Akut İskemik İnme ve Metabolik Sendrom Birlikteliği. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2007; 7- 20.
- Yavuzer G. Nörorehabilitasyon Hastalarının Değerlendirimi ve İzleminde Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Modifiye Barthel İndeksi'nin Yeri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Uzmanlık Tezi, 1996: 26-48.
- Yıldırım İ. Stres ve Başa Çıkmada Gevşeme Teknikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1991; 6: 175-189.
- Yıldırım M, İçerli L. Tükenmişlik Sendromu: Maslach ve Kopenhag Tükenmişlik Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizi. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi 2010; 2(1): 123- 131.
- Yöndem ZD. Stresle Başetme Stratejileri Ölçeği (SBSÖ). Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2002; 2(18): 43.
- Yurtsever H. Kişilik Özelliklerinin Stres Düzeyine Etkisi ve Stresle Başa Çıkma Yolları: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 73.
- Whisnant Jack P, Basford J, Bernstein EF, Copper ES, Dyken ML, Easton DJ, Little JR, Marler JR, Millikan CH, Petito CK, Pirice TR, Raichle ME, Robertson JT, Thile B, Walker MD, Zimmerman RA. Special Report From The National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Classification of Cerebrovascular Diseases III. Stroke 1990; 21(4): 637- 676.
- Wolf PA, Belanger AJ, D'agostino RB. Management of Risk Factors. Neurologic Clinics 1992; 10: 177- 191.
- Wyller TB, Thommessen B, Sodring KM, Sveen U, Pettersen MA, Bautz-Holter E, Laake K. Emotional Well-Being of Clos Relatives to Stroke Survivors. Clinical Rehabilitation 2003; 17(4): 410- 417.

EKLER

EK-1. HASTA TANITIM FORMU

GÖNÜLLÜ KATILIM ONAYI

Araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Okuduğum yazılı metni ve yapılan sözlü açıklamayı anladım. Bu araştırmaya kendi rızamla ve hiçbir baskı olmadan, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı – Soyadı/İmza

HASTA TANITIM FORMU

1.Yaşı:

2. Cinsiyeti

a.Kadın

b.Erkek

3.Eğitim düzeyi nedir?

a.Okur yazar değil

b.İlkokul

c.Ortaokul

d.Lise

e.Yüksekokul- Üniversite

4.Mesleği nedir?

a.Ev hanımı

b.Memur

c.İşçi

d.Serbest Meslek

e.Emekli

f.Diğer

5.Çocuk sayısı nedir?

a.Yok

b. 1-3

c.3 ve üzeri

6.Sosyal güvencesi nedir?

a.Var

b.Yok

7.Gelir kaynağı var mıdır?

a.Evet

b.Hayır

8.Bakım verenle akrabalık ilişkisi nedir?

a.Eşi

b.Kızı /Oğlu

c.Gelini /Damadı

e.Torunu

f.Diğer

EK-2. FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ

Bu ölçek bireylerin fonksiyonel durumlarını ölçmek için kullanılmaktadır. Hasta bireyin kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite, yer değiştirme, iletişim ve sosyal katılım durumlarını incelemek ve sonucunu değerlendirmek amaçlanmıştır. Aşağıdaki tabloda bağımsız olma durumuna göre rakamlar verilmiştir. 1-2 puan bağımlı, 3-5 puan yarı bağımlı, 6-7 puan bağımsız olarak değerlendirilir. Örnek olarak; Hasta kendi kendine yemek yiyebiliyorsa yardım gerekmez bu ifadeye karşılık gelen 7 rakamını işaretleyin, eğer sizin yardımınızla kendi yiyebiliyorsa yardımın derecesine göre 3, 4 işaretleyebilirsiniz. Eğer kendi kendine yemek yiyemeyecek durumdaysa ve % 100 yardım gerekiyorsa 1 işaretleyiniz.

S	7-Tam Bağımsız Yardımsız	YARDIMSIZ
E	6-Kısmi Bağımsız (yardımcı cihaz gereklidir)	
V	Kısmi Bağımlı	
İ	5-Fiziksel yardım gerekmez, sözel uyarılar yeterlidir.	
Y	4-Minimal yardım (Hasta= %75-99)	
E	3-Orta derecede yardım (Hasta= %50-75)	YARDIMLI
L	Yardım Gereklidir	
E	Tam Bağımlı	
R	2-Maksimal yardım (Hasta=%25-50)	
	1-Tam yardım (Hasta= %0-25)	

Yukarıdaki tabloya bakarak, hastanın yardıma ihtiyaç durumuna göre boş bırakılan yere uygun rakamları yerleştiriniz. 1 den 7 ye doğru bağımsızlık artmaktadır.

KENDİNE BAKIM

A-Yemek yeme

B-Kendine bakım (traş, makyaj v.s.)

C-Yıkanma

D-Üst taraf giyimi

E-Alt taraf giyimi

F-Tuvalet kullanımı

SFİNKTER KONTROLÜ (İdrar – Büyük Abdestin Kontrolü)

G-Mesane bakımı (istemli olarak idrarın tutulması, ya da kaçırılması. İdrar kaçağının sıklığı seviyeyi bildirir.)

H-Bağırsak bakımı (istemli olarak büyükabdestin hissedilmesi veya yapılması, hissedilmeme sıklığıyla tam bağımlı olma durumu orantılı olarak artar.)

MOBİLİTE (Hareketlilik, Kendi Başına Hareket Edebilme)

I-Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye

J-Tuvalet

K-Banyo, duş

YER DEĞİŞTİRME (Lokomosyon)

L-Yürüme/tekerlekli sandalye

M-Merdiven

İLETİŞİM

N-Anlama (İşitsel veya görsel) İşitsel /Görsel

O-İfade edebilme (Sözel veya değil) Sözel /Deği

SOSYAL ALGILAMA

P-Sosyal katılım

R-Problem çözme

S-Hafıza

Total FBÖ =.....

EK 3- BAKIM VEREN TANITIM FORMU

1. Cinsiyetiniz

- a. Erkek b. Kadın

2. Yaşınız:

3. Eğitim Durumunuz

- a. Okur yazar değil
b. Okur yazar
c. İlkokul mezunu
d. Ortaokul mezunu
e. Lise mezunu
f. Yüksekokul /Okul mezunu

4. Medeni Durumunuz

- a. Evli b. Bekar c. Dul/Boşanmış

5. Çocuk Sayınız

- a. Yok b. 1-2 c. 3 ve üstü

6. Çalışıyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır

7. Çalışmıyorsanız niçin çalışmıyorsunuz?

- a. Emekliyim
b. Hastama bakmak zorunda olduğum için çalışmıyorum
c. Diğer sebeplerden dolayı çalışmıyorum

8. Sosyal güvenceniz var mı?

- a. Evet b. Hayır

9. Ekonomik durumunuz nasıl?

- a. Gelir gideri karşılıyor
b. Gelir gideri karşılamıyor

EK-3. (Devam)

10. Aile tipiniz nedir?

- a.Çekirdek aile
- b.Geniş aile
- c.Parçalanmış aile (boşanmış , eşlerden birinin vefatı..)
- d. Diğer

11. Bakım verdiğiniz hastanın dışında bakmakla yükümlü olduğunuz kişiler var mı?

- a.Evet
- b.Hayır

12. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

- a.Kızı / Oğlu
- b.Eşi
- c.Gelini / Damadı
- d.Torunu
- f. Diğer

13. Hastaya ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

- a. 1-6 ay
- b.6 ay - 1 yıl
- c.1 yıl ve üzeri

14. Hastaya verilen bakım konusunda size yardımcı olan kişi / kişiler var mıdır?

- a. Evet
- b.Hayır

15. Gününüzün ortalama kaç saatini hastanıza bakım vermekle geçiriyor?

16. Hastaya bakım vermeniz özel hayatınızı ve sahip olduğunuz rolleri (annelik-babalık rolleri ,eş rolü) olumsuz etkiliyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

17. Çalışıyorsanız hastaya bakım verdiğinizden beri iş hayatınızda değişiklik (işleri yetiştirememe, işlerde aksaklık, işe zamanında gidememe) oldu mu?

- a. Evet
- b. Hayır

18. Hastanıza bakım vermeniz sosyal yaşamınızı olumsuz etkiliyor mu?

- a.Evet
- b. Hayır
- c. Kararsızım

EK-3. (Devam)

19. Cevabınız " Evet " ise nasıl bir olumsuzluk / olumsuzluklar yaşadınız mı?

- a.Arkadaş ilişkilerim bozuldu
- b.Sosyal aktivitelerimi yapacak zamanım olmuyor
- c.Diğer (belirtiniz)

20. Kendinize zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

- a.Evet
- b.Hayır

21. Hastaya bakım vermeye başladıktan sonra psikolojik bir sorun ya da sorunlarla karşılaştınız mı?

- a.Evet
- b.Hayır

22. Cevabınız " Evet " ise yaşadığınız psikolojik sorun ya da sorunlar nelerdir? Birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz.

- a.Ümitsizlik
- b.Kaygı düzeyinde artma
- c. Sıkıntı hissi
- d.Gelecekte korkma
- f.Diğer belirtiniz

23. Hastanızın bir bakım evinde bakılmasını ya da sizin dışınızda birinin bakmasını ister misiniz?

- a. Evet
- b.Ha

EK-4. BAKIM VERENİN STRES İNDEKSİ

Aşağıdaki durumlardan sizin için geçerli olanlara bir (1) puan vererek, geçerli olmayanlara sıfır (0) puan vererek lütfen cevaplayınız. cevabınız evet ise lütfen örnek veriniz.

	EVET= 1	HAYIR= 0
*Uykum bölünüyor (Örn:.....yatıyor ,kalkıyor ya da gece dolaşıyorum)		
*Bu uygun bir iş değil (Örn: Yardım çok zaman alıyor ya da yardım etmek için arabayla uzun bir yol gitmek gerekiyor)		
*İş fiziksel bir zorluk getiriyor (Örn: Hastanın sandalyesine oturtulması, sandalyeden kaldırılması, ya da çaba ve dikkat gerektirmesi gibi)		
*İş, beni sınırlıyor(Örn:Hastaya yardım etmek boş zamanımı sınırlandırıyor ya da arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum)		
*Aile yaşantımda değişiklikler oldu (Örn: Bakım veriyorum, düzenim bozuldu, hiçbir mahremiyetim kalmadı...)		
*Kişisel planlarımda değişiklikler oldu(Örn: Bir işi geri çevirmek zorunda kaldım, tatile çıkamadım)		
*Çalışma süremde başka istekler oldu (Örneğin diğer aile bireylerinden gelen istekler)		
* Duygusal yönden değişiklikler oldu (şiddetli münakaşalar arttı)		
* Hastanın bazı davranışları can sıkıcı (Örn: İdrar ya da gaitasını tutamama , bazı şeyleri hatırlayamama, ya da başkalarını eşyalarını almakla suçlaması)		
* Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı (örneğin; öncekinden farklı birisi)		
* İşimle ilgili düzenlemeler oldu (örneğin; izin almak zorunda olduğum için).		
* İş mali yönden stres getiriyor		
* İş yükünün altında tamamen ezildiğimi hissediyorum (.... konusunda kaygılıyım, bakım konusunda endişelerim var)		
Toplam puan: Evet cevaplarını sayınız. Her evet cevabı için o alanda bir müdahale duyulan ihtiyacı gösterir. 7 ya da daha yüksek bir puan yüksek stres düzeyini gösterir).		

EK-5. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, meslek hayatınızda ya da uğraştığınız işte, sizde işe karşı tükenmişlik yaratan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Aşağıda işle ilgili olarak yaşadıklarınıza ilişkin konular belirtilmiştir. Her cümleyi okuyarak, size en uygun olan durumu lütfen işaretleyiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
1. Günlük yaşamdan soğuduğumu hissediyorum.					
2. Kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. Karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. Karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün aynı şeylerle uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. Karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işi yapmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. Bu işin beni kısıtladığımı hissediyorum.					
14. Çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. Karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					

EK-5. (Devam)

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. Yaptığım iş ile ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. Karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					



EK-6. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun (Şahin ve ark., 1995).

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	0%	30%	70%	100%
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA.....				
1. Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3. Bir mucize olmasını beklerim				
4. Olayı / olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6. Sakin kafayla düşünmeye öfkelenmemeye çalışırım				
7. Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim				
8. Olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm				

EK-6. (Devam)

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	0%	30%	70%	100%
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA ...				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15. Problemin çözümü için adak adarım				
16. Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18. Olaydan/ olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20. Problem/ problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24. Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim				
25. 'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27. 'Benim suçum ne' diye düşünürüm				
28. Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

EK-7. ETİK KURUL İZİN FORMU



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1727

04.05.2015

Sayın Yrd. Doç.Dr.Birsen ALTAY

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **İnmeli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik Ve Stresle Baş Etme Durumlarının Değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2015/220 Karar nolu Anket Çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 30.04.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. A.Tevfik SÜNTER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-8. ANKET UYGULAMASI İÇİN GENEL SEKRETERLİK İZİN FORMU

24-MAR-2016 18:03 From:

To: 03562120258

Page: 2/2



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Tokat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 12858426/604.02
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Seda ŞENEL GÜN
ŞENEL GÜN'ün Anket İzni

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 12/02/2016 tarihli ve 78633602/E.3566 sayılı yazı

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Seda ŞENEL GÜN "İnmeli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Baş Etme Durumlarının Değerlendirilmesi" konulu anket çalışmasını Tokat Devlet Hastanesinde yapma isteği uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.

Mustafa ABBAS
Genel Sekreter V.

Güvenli Elektronik İmza
Aşlı İle Aynıdır.
01.03.2016
Hacı Ali UĞUREL
V.M.K.J.

Parçekte mah. GOP Bulvarı No:343 60100 TOKAT
N.Taşpınar tel:03562150060 TOKAT Fax no:03562150066

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 378d3807-6867-4e39-a1b0-76f2d0647820 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9. ANKET UYGULANMASI TOKAT DEVLET HASTESİ İZİN FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Tokat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tokat Devlet Hastanesi Yöneticiliği



Sayı : 90901957/106.01
Konu : Anket İzni

TOKAT İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 18/02/2016 tarihli ve 12858426/604.02/104 sayılı yazı

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seda ŞENEL GÜN'ün " İnmeli hastalara bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle baş etme durumlarının değerlendirilmesi " konulu anket çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr.Cengiz YAKIT
Hastane Yöneticisi

Yeni Mah. Gültekin Topçam Bul. Merkez/TOKAT
H.A.ÇAPANOĞLU Tel:03562145400/2194 haciali.capanoglu@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1e883aa3-43e5-4b54-b289-4ab85fabd8ce kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Seda Gün

Doğum Yeri: Samsun

Doğum Tarihi: 12.03.1990

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu:

1997-2004: Bozkurt İlköğretim Okulu

2004-2006: Milli Piyango Anadolu Lisesi

2006-2008: Tülay Başaran Anadolu Lisesi

2009-2013: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Lisans Programı

Çalıştığı Kurum/Kurumlar:

2013 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

2014-2015 Bafra Devlet Hastanesi

2015-... Tokat Devlet Hastanesi

E-Posta: senelsd@gmail.com

