



T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİNDE ÇALIŞAN  
BAKIM ELEMANLARININ RUHSAL DURUMLARININ  
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Haydar KAYA**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2016



T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİNDE ÇALIŞAN  
BAKIM ELEMANLARININ RUHSAL DURUMLARININ  
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Haydar KAYA**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2016

**T.C.**  
**YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde Çalışan Bakım Elemanlarının Ruhsal Durumlarının  
İncelenmesi

Haydar KAYA

Yüksek Lisans Tezi

02.02.2016

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Gül. PINAR

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Yrd. Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken  
tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

02.02.2016

Haydar KAYA

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca etkin bilgisi ve tecrübeleri ile bana her daim yol gösteren, motivasyonumu hep ayakta tutan değerli hocam, danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a en içten dileklerle teşekkür ederim.

Tez çalışmam boyunca bana yardımcı olan Saray Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım. Tez sürecim boyunca yol gösteren, değerli görüş ve önerilerini esirgemeyen kıymetli meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Öğrencilik ve meslek hayatımın her döneminde bana manevi desteğini sunan kıymetli eşim, babam, annem ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	5
1.3. Araştırma Soruları .....	5
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi .....	6
2.2. Bakım Elemanı .....	8
2.2.1. Bakım Elemanının Bakım İhtiyacı Olan Bireye Karşı Görevleri .....	9
2.2.2. Bakım Elemanının Bakım İhtiyacı Olan Bireye Karşı Ahlaki Sorumlulukları .....	9
2.3. Bakım Hizmeti Kavramı .....	10
2.3.1. Bakım Yeri Açısından Bakım Hizmeti.....	11
2.3.2. Bakım Süresi Açısından Bakım Hizmeti.....	11
2.4. Bakım Verme .....	11
2.4.1. Formal Bakım.....	12
2.4.2. İnfomal Bakım .....	12
2.5. Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Etkileri.....	13
2.6. Bakım veren Kavramı .....	14
2.7. Ruh Sağlığı.....	15
2.7.1. Ruh Sağlığının Tanımı .....	15
2.7.2. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler .....	16
2.7.3. Ulusal ve Uluslararası Alanda Ruh Sağlığı Gelişmeleri .....	17
2.7.4. Ruh Sağlığı Politikaları.....	18
2.8. Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve İlişkili Kavramlar .....	19
2.8.1. Somatizasyon.....	19
2.8.2. Depresyon.....	19
2.8.3. Anksiyete Bozukluğu .....	20
2.8.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk .....	20

2.8.5. Fobik Anksiyete .....	21
2.8.6. Kişilerarası Duyarlılık .....	21
2.8.7. Hostilite .....	21
2.8.8. Paranoid Düşünce.....	21
2.8.9. Psikotizm .....	22
2.8.10. Ek Maddeler .....	22
2.9. Çalışmanın Literatüre Katkısı.....	22
<b>3. MATERYAL ve YÖNTEM.....</b>	<b>24</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	24
3.3. Araştırmanın Evreni .....	25
3.4. Araştırmanın Örnekleme.....	25
3.4.1. Örneklem Seçim Kriterleri .....	25
3.5. Araştırmanın Etik Yönü .....	26
3.6. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6.1. Sosyodemografik Özellikleri Veri Toplama Formu (Ek 2).....	26
3.6.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Ek 3).....	27
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	28
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi.....	29
3.9. Araştırmanın Değişkenleri .....	29
3.9.1. Bağımsız Değişkenler.....	29
3.9.2. Bağımlı Değişkenler .....	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği.....	30
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>31</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>62</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>69</b>
6.1. Araştırma Sonuçları.....	69
6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler .....	72
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>74</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>80</b>
EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU .....	80
EK-2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VERİ TOPLAMA FORMU .....	82
EK-3. KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE).....	85
EK-4. KURUMDAN ALINAN İZİN BELGESİ .....	87



EK-5. ETİK KURUL BELGESİ.....	89
EK-6. ÖZGEÇMİŞ.....	90



## ÖZET

### **Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde Çalışan Bakım Elemanlarının Ruhsal Durumlarının İncelenmesi**

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup bakım ve rehabilitasyon merkezinde çalışan bakım elemanlarının ruhsal durumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışma Ankara Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde Ocak 2015 - Nisan 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Merkezde çalışan 445 bakım elemanı çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Tanımlayıcı Veri Formu, Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için SPSS 21 paket programı, grafik çizimi için MS-Excel 2013 programları kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken istatistiksel metotlar sayı, yüzde, ortanca, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis, Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Çalışma sonuçlarına göre, bakım elemanlarının çalışma şeklinin sosyal yaşama etkisi, meslekte sorun yaşanan alan, son bir yılda yaşanan stres ve daha önce ruhsal sorun yaşama durumları ile KSE ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Eğitim durumları ve gelir algısı ile sadece paranoid düşünce alt boyutu, yaşanan mesleki problemlere geliştirdikleri davranış ile obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, paranoid düşünce alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bakım elemanlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma süresi, çalışma şekli, sosyal olanakların varlığı, aktivite durumu gibi bireysel özelliklerin KSE puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda bakım elemanlarının yaşanan problemlere bağlı olarak oluşan ruhsal sorunların belirlenmesi ve bireylerin gereksinimlerinin giderilmesine yönelik öneriler sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım ve rehabilitasyon merkezi, Bakım elemanı, Kısa semptom envanteri, Ruhsal durum,

## ABSTRACT

### **An Evaluation of State of Mental of Care Staff Working at a Care and Rehabilitation Center**

The present study is a complementary type research and carried out to evaluate state of mental of care staff working at a care and rehabilitation center.

The study was conducted at Ankara Saray Life Without Disabilities Care and Rehabilitation Center during January 2015 - April 2015. 445 nursing personnel working at the center made up the sampling of the study. Descriptive Data Form, Brief Symptom Inventory (BSI) were used in data collection. The data were collected by face to face interview method. SPSS 21 package program was used for statistical analyses and calculations, and MS-Excel 2013 programs were used for graphic drawing. Statistical methods, number, percentage, median, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis, and Bonferroni corrected Mann-Whitney U test was used for data evaluation. Statistical significance level was accepted as  $p < 0.05$ .

According to the study findings, A statistically significant difference was found between SSI medians and the effect of employment type on social life, problematic area, stress experienced during the past year, and previous mental problems. There was statistically significant difference determined between educational status and income perception and only paranoid thought sub dimension, and the behavior developed against the experienced occupational problems and obsessive compulsive disorder, depression and paranoid thought sub dimensions. There were no statistically significant difference found between SSI score medians of care staff's individual characteristics such as gender, age, marital status, number of children, employment period, employment type, presence of social opportunities, and activity state.

Suggestions were presented to determine mental problems of the nursing personnel based on the experienced problems and to meet necessities of the individuals based on the study results.

**Key Words:** Care and rehabilitation center, Care staff, Brief symptom inventory, State of mental

## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
ÖZİDA	: Özürlüler İdaresi Başkanlığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SCL	: Symptom Check List
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
KD	: Kişilerarası Duyarlılık
D	: Depresyon
AB	: Anksiyete Bozukluğu
H	: Hostilite
FA	: Fobik Anksiyete
PD	: Paranoid Düşünceler
P	: Psikotizm
EM	: Ek Maddeler
RCI	: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi
BTI	: Belirti Toplam İndeksi
SRI	: Semptom Rahatsızlık İndeksi
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
$\alpha$	: Cronbach Alpha/ iç güvenilirlik kat sayısı
N	: Evrendeki Birey Sayısı
n	: Örneklemden Birey Sayısı
$\chi^2$	: Kruskal Wallis non-parametrik testi
z	: Mann Whitney U testi
%	: Yüzde
ÇAG	: Çeyreklikler Arası Genişlik
p	: Anlamlılık Düzeyi

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 4.1.</b> Bakım elemanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.2.</b> Bakım Elemanlarının KSE alt boyut ölçek puan ortancalarına göre dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.3.</b> Bakım elemanlarının cinsiyet özelliklerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	34
<b>Tablo 4.4.</b> Bakım elemanlarının yaş gruplarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	36
<b>Tablo 4.5.</b> Bakım elemanlarının medeni durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 4.6.</b> Bakım elemanlarının sahip olduğu çocuk sayısına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 4.7.</b> Bakım elemanlarının eğitim durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 4.8.</b> Bakım elemanlarının gelir algılarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 4.9.</b> Bakım elemanlarının çalışma sürelerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 4.10.</b> Bakım elemanlarının çalışma şekillerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 4.11.</b> Bakım elemanlarının meslekte çalışma şeklinin sosyal yaşamına etkisini değerlendirme durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 4.12.</b> Bakım elemanlarının meslekte sorun yaşanan alanlara göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	52

<b>Tablo 4.13.</b> Bakım elemanlarının mesleki problemlerine yönelik geliştirdikleri davranış durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 4.14.</b> Bakım elemanlarının kurumlarındaki sosyal olanakların durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	56
<b>Tablo 4.15.</b> Bakım elemanlarının kurumlarındaki aktivite durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması .....	57
<b>Tablo 4.16.</b> Bakım elemanlarının son bir yılda yaşadığı stres durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	59
<b>Tablo 4.17.</b> Bakım elemanlarının daha önce ruhsal bir sorun yaşama durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.....	60

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Geçmişten günümüze kadar toplumlarda her zaman engelli ve yaşlılar var olmuştur. Her iki gruptaki bireyler kısmen ya da tamamen başkalarına bağımlı hale gelebilmektedir. Ortalama ömrün uzaması, geleneksel aileden çekirdek aileye geçiş, sağlık sorunlarının artması bakıma ihtiyaç duyan birey sayısının da artmasına yol açmaktadır (1, 2).

Geçmişte bakım gereksinimi olan bireyin korunması ve bakımı öncelikli hedef iken, günümüzde bireyin yaşam kalitesinin artırılması, sosyal yaşama aktif katılım sağlanması ve iyilik halinin sürdürülmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle bakım modelleri hızlı bir şekilde gelişmekte ve bireyin gereksinimlerine bağlı hizmetler geliştirilmektedir (2, 3). Bu hizmetlerde önemli bir rol oynayan engelli bakım ve rehabilitasyon merkezleri öne çıkmaktadır.

Engelli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde, zihinsel, bedensel ve ruhsal engelli bireylerin bakımı, beslenmesi, korunması, becerilerin geliştirilmesi ve sosyal hayata uyumunu sağlanmasına ilişkin bakım ve rehabilitasyon hizmeti sunulmaktadır (1).

Engelli bireylere yönelik yatılı ve gündüzlü hizmetler, 81 ilde resmi ve özel kuruluşlarla yürütülmektedir. Bu kuruluşlardan resmi kurumlarda 5725, özel kurumlarda 10173 engelli birey kalmaktadır (1). Kalan engelli sayısının fazlalığına bağlı olarak bakım hizmeti veren kurumlara ve bakım elemanlarına daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Buna bağlı olarak engelli bireylere hizmet sunan kuruluşların fiziki şartlarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir. 2006 yılından itibaren bakıma muhtaç engelli bireylerin ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerinin daha modern fiziki koşullarda sunulmasına ilişkin esasları ve standartları belirleme ve uygulama konusunda

alışmalar yoğunlaştırılmıştır. Bu hedef doğrultusunda engelli bireylerin daha kaliteli yatılı kurum bakımı hizmeti almasına yardımcı olacak ‘‘Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi’’ geliştirilmiş ve yaygınlaştırılması planlanmıştır (2).

Engelli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde, engelli bireylere bakım hizmeti sunabileceğine ilişkin MEB onaylı sertifikası veya başarı belgesi olan kişi bakım elemanı ya da bakım personeli olarak adlandırılmaktadır (4). Bakım elemanının görev ve sorumlulukları; sorumlu bulunduğu gruptaki bakıma muhtaç zrl bireylerin kişisel bakım ile ilgili tuvalet eğitimi, yeme içme, banyo, el yüz temizliği, giyinme soyunma gibi günlük, haftalık, aylık ihtiyaçlarını karşılamak ve takip etmek ve düzeninin sağlanmasına yardımcı olmaktır (4).

Bakım verme sağlık ve sosyal alanda başta hemşire olmak üzere bakım gereksinimi olan bireylerle ile çalışan ekibin işi olarak bilinmelidir. Bu ekip de her üyenin görevi ve sorumluluğu kapsamında yaptığı işlerin bakım verilen bireyi olumlu ve olumsuz etkilerinin belirlenmesi çok önemlidir. Bu nedenle profesyonel meslekler olan hemşirelik, hekimlik ve sosyal hizmet elemanları dışında da işleri nedeniyle bakım evlerinde kalan bireylere bakım veren bakım elemanlarının etkilerinin araştırılması ve ortaya konulması önemlidir. Bu bakım elemanlarının sağlık ve sosyal meslek elemanlarının denetiminde işlerini yapmaları gerekmektedir.

Bakım verme, bakım verenin sağlığını ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım alanın bakım vermeye duyduğu, asla bitmeyen gereksinimleri nedeniyle yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel sorunlar görülebilir. Devamlı bakım vermekten kaynaklanan fiziksel yorgunluk ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyetede artışa neden olabilmektedir (5).

Ancak engelli ve yaşlı bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal boyutlarını bilen, empatik yaklaşma becerisi olan bakım elemanları bakım verirken daha az sorun yaşamakta, daha az tükenmişlik yaşamakta ve ruhsal sağlıklarını sürdürebilmektedirler (3, 4).

Uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, ruhsal durum gibi bireyin yaşamını etkileyen bir süreçtir. Bakım verenlerin yaşadığı yk; depresyon,



anksiyete, en çok görülen tükenmişlik, fiziksel sağlıkta bozulma, sosyal izolasyon yaşama ve çoğu zaman da ekonomik güçlükler yaşanmaktadır. Bakım vermenin kalitesi, uygun bakımın verilmesi ve verilen bakımdan doyum alınması, bakım vericinin psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (6).

Ayrıca bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bozulabileceği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada; bakım verenlerin %60.6'sı bakım verme işinden dolayı kendilerine ayıracak zamanlarının olmadığı, %78.8'i kendilerini yorgun hissettiklerini, %84.9'u hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56.9'u ise ekonomik güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (7).

Bakım verme süresince bakım verenlerde ortaya çıkan depresyon, bakım verenlerin yaşam kalitelerini düşüren, işlevsel olarak kötüleşmelerine ayrıca mortalitede artışa sebep olan olumsuz sonuçlardan biridir. Ruhsal ve fiziksel açıdan sorun bulunan bakım verenlerde, daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına, fiziksel sağlıklarının bozulmalarına, daha fazla doktora gitmelerine ve daha fazla psikotrop ilaç kullanmalarına neden olmaktadır (8). Bakım veren bireylerin depresyon ve anksiyete durumlarının belirlenmesi ve uygun bir biçimde ele alınmasıyla birlikte bu bireyler ile birlikte bakım verdiklerin bireylerinde fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarının korunmasına katkı sağlanabilir. Böylece bakım verici bireyler bakım işini daha uzun süre, sağlıklı ve başarı ile sürdürebilirler.

Bakım verenlerin depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişmesine sebep olan faktörler arasında çalışma koşulları, bakım verilen bireyin sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarına ilişkin özellikler yer almaktadır. Ayrıca bakım veren bireyler ile bakım verilen bireylerin birbirleri ile olan ilişkileri ve iletişim biçimleri bakım verilen bireylerin sağlık durumunu etkileyebilmektedir. Ayrıca uzun süre bakım da bakım veren bireylerde gerginlik, öfke ve kızgınlık gibi duygularda görülebilmektedir. Uzun süreli bakıma gereksinimi olan bireylerin bakım vericilerinin yaşadıkları anksiyete, depresyon, öfke, kızgınlık vb. durumlar bakım vericileri de bakım sürecinde aksamalara sebep olduğu bilinmektedir. Bakım evlerinde bakım veren bakım vericilerinde gelişebilecek ruhsal sorunlar bakım sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında bakım vericilerin

tükenmişlik ve stres yaşamalarına sebep olan ruhsal durumlar ile birlikte etkileyen faktörlerin belirlenmesi bu açıdan oldukça önemlidir. Bu bağlamda bu konuda çalışma sayısının sınırlı sayıda olduğu ve ülkemizde ise böylesi bir çalışmaya rastlanmadığı göz önüne alındığında bu çalışmanın yapılmasına ilişkin gereksinim ortaya çıkmıştır (3, 9).

Bu konuda yapılan çalışmaların bazı özel duruma sahip bakım gereksinimi olan bireylerin bakım vericilerinde lokal düzeyde yapıldığı görünmektedir. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışmasında ise, engelli bir yakına bakmak önemli derecede anksiyete, depresyona sebep olduğu ve bakım yükünün arttığı bulunmuştur. Ayrıca hasta bakım hizmetleri geriatrik hemiplejik hastaların bakım verenleri üzerinde serebral palsili çocuklara göre daha fazla yük oluşturduğu sonucuna varılmıştır (10). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yüklerini inceleyen çalışmada, kemoterapi tedavisinde üçüncü kürden sonra bakım verenlerin psikiyatrik semptomlarının ve bakım verme yüklerinin arttığı belirtilmiştir, bakım verenlerin kemoterapinin yan etkileri ortaya çıkmadan bilgilendirilmelerinin uygun olacağı önerisinde bulunulmuştur (11). Çin’de yapılan diğer bir çalışma da ise demanslı hastalara bakım veren bakım yükü ile anksiyete ve depresyon durumlarının karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre demans hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü, depresyon ve anksiyete puanları, demans hastası olmayan diğer kronik hastalıkları olan hastalara bakım verenlerden daha yüksek bulunmuştur (12). Demans hastalarına bakım verenlerde bakım verme yükü ile duygu durumları arasındaki ilişkinin belirlemek için yapılan araştırma sonuçlarına göre, bakım verenin duygu durumu bakım verenlerde değişiklik gösterdiği, bakım veren yükünü bakım verenin duygu durumu etkilediği sosyal yük ve fiziksel yük ile anlamlı ilişki bulunmuştur (13). Fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerde bakım verme yükü ve yaşam kalitesinin incelendiği diğer bir çalışmada ise, bakım verenlerin hem bakım verme yükü hem de yaşam kalitesi kötü yönde etkilendiği bulunmuştur (14).

Yapılan araştırmalara bakıldığında çoğunlukla bakım vericilerin ailelerden oluştuğu görülmektedir. Bu çalışma bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan ve bakım gereksinimi olan bireylere bakım verenlerin bireysel ve çalışma özellikleri ile ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde bakım veren bakım elemanlarının ruhsal durumlarının belirlenmesi bakım verilen bireylerin ruh sağlığını korumak açısından önem arz etmektedir. Ayrıca bakım elemanlarının bakım verirken ruhsal durumları göz ardı edilmiş ve dünyada ve Türkiye’de sınırlı sayıda çalışma tespit edilmiştir. Bu nedenlerden dolayı böyle bir çalışmanın gerekliliği ortaya çıkmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan ve bakım gereksinimi olan bireylere bakım verenlerin bireysel ve çalışma özellikleri ile ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1. Bakım ve rehabilitasyon merkezinde bakım elemanlarının ruhsal durumları nedir?
2. Bakım ve rehabilitasyon merkezinde çalışan bakım elemanlarının ruhsal durumlarının tanımlayıcı özellikleriyle ilişkisi var mı?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde, zihinsel, bedensel ve ruhsal engelli bireylerin bakımı, beslenmesi, korunması, becerilerin geliştirilmesi ve sosyal hayata uyumunu sağlanmasına ilişkin bakım ve rehabilitasyon hizmeti sunulmaktadır (1, 15). Ülkemizde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevlerini belirleyen 03 Haziran 2011 tarih ve 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname doğrultusunda ihdas edilen Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, engelli bireylerimize sunulan bakım hizmetlerini oluşturmak, geliştirmek ve uygulamakla yükümlüdür (2).

Bu çerçevede, engelli bireylerin saptanması, korunması, bakım ve rehabilitasyonu ile toplum içinde bağımsız olarak yaşamasını sağlayıcı hizmetleri planlamak, bu hizmetlerden yararlanamayacak durumda olan engellilere sürekli bakım sağlayacak hizmetleri yürütmek, kuruluş açmak ve hizmeti yönlendirmek sorumluluğu ile hareket etmektedir (2).

Engelli bireylere yönelik yatılı ve gündüzlü hizmetler, 81 ilde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerinin idare ve koordinesinde resmi ve özel kuruluşlarla yürütülmektedir. Bakanlığa bağlı olarak çalışan, kamuya ait 204, özel sektöre ait 299 ve diğer vakıf ya da yönetimlere ait 58 merkez olmak üzere toplam 561 merkezde engelli ve yaşlı bakım hizmeti sunulmaktadır. Bu merkezlerden resmi kurumlarda 5725, özel kurumlarda 10173 engelli birey kalmaktadır (1). Kalan engelli sayısının fazlalığına bağlı olarak bakım hizmeti veren kurumlara ve bakım elemanlarına daha çok ihtiyaç duyulmaktadır.

Buna bağlı olarak engelli bireylere hizmet sunan kuruluşların fiziki şartlarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir. 2006 yılından itibaren bakıma muhtaç engelli bireylerin ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerinin daha modern fiziki koşullarda sunulmasına ilişkin esasları ve standartları belirleme ve uygulama konusunda çalışmalar yoğunlaştırılmıştır. Bu hedef doğrultusunda engelli bireylerin daha kaliteli

yatılı kurum bakımı hizmeti almasına yardımcı olacak “Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi” geliştirilmiş ve yaygınlaştırılması planlanmıştır (2).

Bu projeye göre inşa edilen bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde; engelli bireylerin, üçer kişilik 4 yatak odası, oturma odası, mutfak, yemekhane, banyo, tuvalet ve personel odası bölümlerinden oluşan; toplam on iki kişilik; 280 metre karelik, müstakil, tek katlı ve bahçeli evlerde bakımları sağlanmaktadır. Ayrıca engelsiz yaşam merkezi projesi dâhilinde inşa edilen idare binasında, engelli bireylerin rehabilitasyonu için gerekli olan bireysel ve grup çalışması odaları, iş- uğraşı odaları, fizik tedavi salonu, hidroterapi havuzu gibi birimler bulunmaktadır. Bu birimler aracılığı ile engelli bireylerin var olan yeteneklerinin geliştirilmesine ve sosyal hayata uyumuna yönelik çalışmalar yapılmaktadır (2). Engelsiz Yaşam Merkezi uygulamasına 2009 yılında başlanılmış olup, söz konusu Engelsiz Yaşam Merkezi sayısı arttırılmaktadır. Halen ülke genelinde 20 Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi bulunmaktadır (2). Bakım ve rehabilitasyon merkezleri aşağıda belirtilen rehabilitasyon programlarını meslek elemanlarının katkıları ile geliştirerek uygulamaktadır (15). Bu programlar;

- Ruhsal sorunları olan engelli bireye ve ailelerine yönelik psikolojik destek programı,
- Fiziksel yetersizliklere sahip olan engelli bireyin rehabilitasyonu destek programı,
- Engelli bireye yönelik fiziksel egzersiz programları,
- Engelli bireylerin motor, bilişsel, duygusal, öz bakım alışkanlıklarını, iletişim becerileri, konuşma ve işitme gelişmeleri gibi dil gelişimi alanlarında hedefe yönelik bireysel ve grup destek programları,
- Akademik eğitim ve örgün eğitimden yararlanan engelli bireylerin merkezde desteklenmesi amacıyla oluşturulan eğitim ve destek programları,
- Engelli bireyin çevresine uyumunu sağlayacak becerilerin öğrenilmesine yönelik sosyal uyum programları,
- Engelli bireylerin sahip oldukları araç ve cihazları bağımsız olarak kullanabilmeleri için yapılan bağımsız hareket programları,

- Rehabilitasyon programını tamamlayan engelli bireylerin bağımsız yaşama geçiş programları,
- Engelli bireylere iş becerisi kazandırma programları,
- Benzer sorunları paylaşan engelli bireylerin ve aileleri bir araya getirme programları,
- Engelli bireyler için planlanmış, çeşitli spor, ritim, egzersiz, temel motor beceriler, gelişimsel aktiviteler, yarışmalara hazırlık gibi bireysel ve grup aktiviteleri ile ilgili rehabilitasyon amaçlı sportif aktivite programları,
- Engelli bireyler için planlanmış, müzik, resim, tiyatro gibi kültürel etkinlikler ile gezi, oyun gibi sosyal etkinlikleri içeren rehabilitasyon amaçlı sosyal etkinlik programları oluşturmaktadır (15).

## **2.2. Bakım Elemanı**

Günümüzde yaşlıların ve engelli bireylerin bakım ihtiyacı giderek artmaktadır. Ortalama ömrün uzaması, geleneksel aileden çekirdek aileye geçiş, sağlık sorunlarının artması bakıma ihtiyaç duyan birey sayısının da artmasına yol açmaktadır (3). Bu ihtiyacı karşılamakta önemli bir rol oynayan Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde bakım hizmeti sunan bakım elemanları öne çıkmaktadır.

Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde, 2006 tarihli “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” esaslarına uygun olarak Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu ve Özürlüler İdaresi Başkanlığı’nın ortak girişimleriyle hazırlanan T.C. M.E.B. bağlı kurslar, halk eğitim merkezlerinde verilen 560 saatlik Hasta ve Yaşlı Refakatçisi Modüler kurs eğitim programına katılan sertifika veya başarı belgesi olan kişi bakım elemanı ya da bakım personeli olarak çalışabilmektedir (4).

Bakım elemanının görev ve sorumlulukları; sorumlu bulunduğu gruptaki bakıma muhtaç özürlü bireylerin kişisel bakım ile ilgili tuvalet eğitimi, yeme içme,

banyo, el yüz temizliği, giyinme soyunma gibi günlük, haftalık, aylık ihtiyaçlarını karşılamak ve takip etmektir. Ayrıca sorumlu olduğu grubun bakım, temizlik ve düzeninin sağlanmasına yardımcı olmaktır (4). Bakımın ve hizmetin kalitesini artırmak için bakım elemanın bir takım görevleri vardır.

### **2.2.1. Bakım Elemanının Bakım İhtiyacı Olan Bireye Karşı Görevleri**

- Bakıma muhtaç bireye bütüncül yaklaşmak ve değerlendirmek
- Bireyin kişisel ihtiyaçlarını doğrultusunda tedbirleri almak ve uygulanacak bakımı bu yönde hazırlayıp uygulamak
- Kişinin bağımsızlığını göz önünde bulundurarak aktif rehabilite edici bakım hizmeti sunmak, bireyin güçlü yanlarını potansiyellerini ortaya çıkarmak (16).

### **2.2.2. Bakım Elemanının Bakım İhtiyacı Olan Bireye Karşı Ahlaki Sorumlulukları**

- İnsan sevgisi, hoşgörü ve bakım verdiği bireylere saygılı davranmak
- Fedakarlık yapmak
- Etkili iletişim becerilerine sahip olmak
- Empatik ve bakım verdiği bireye kontrollü yaklaşmak
- Sabırlı olmak, bakım verirken yaşanan strese dayanıklı olmak
- Bakım hizmeti verirken sorumluluk sahibi olmak
- Eşitlik ilkesine uygun davranmak
- Mahremiyet ve gizliliği sağlamak
- Maddi ve psikososyal istismardan kaçınmak
- İş arkadaşları arasında sağlıklı bir iletişim kurmak (16).

Ülkemizde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından resmi bakım ve rehabilitasyon merkezlerindeki bakım hizmetlerini yürüten personelin sayısının artırılması ve niteliklerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda bakım hizmeti

verilen ortalama her altı engelli birey için, her vardiyada bir bakıcı personel olacak şekilde hizmet alımı yoluyla bakıcı personel istihdamı planlanmıştır. Bakım verilen engelli birey sayısının yaklaşık %50'si oranında bakıcı personeli istihdam edilmiş olması hizmet niteliğini yükseldiğini göstermektedir. Kasım 2014 itibarıyla 85 resmi bakım ve rehabilitasyon merkezinde 4261 bakım elemanı görev yapmaktadır (2).

### **2.3. Bakım Hizmeti Kavramı**

Bakım hizmetleri; bakım ihtiyacı duyan bireye evde veya kurumda sunulan profesyonel destek hizmetleri şeklinde tanımlanmaktadır. Bakım hizmetlerinde öncelikli hedef, bakım ihtiyacı olan bireyin ailesinin yanında sosyal çevresinden koparılmadan bakılması ve ailenin bu bakım hizmetleri konusunda maddi ve manevi olarak desteklenmesidir. Bakıma ihtiyaç duyan birey; doğal olarak yapması gereken işlerde üçüncü şahısların yardımına ihtiyaç duyan kişidir. Bir başka deyişle; aşağıda belirtilen aktüel olarak yapılan işlerde uzun süreli yardıma ihtiyacı olan herkes bakıma muhtaç sayılmaktadır (17).

- Vücut temizliği
- Beslenme
- Mobilite
- Ev işleri

Bakım hizmetleri genel olarak kurumsal bakım ve evde bakım olmak üzere ele alınmaktadır. Kurumsal bakım, evde verilen desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma ihtiyaç duyan veya evinde bakılması mümkün olmayan bireylerin bireysel, sosyal, ruhsal yönden ihtiyaçlarının giderildiği, bireylerin boş zamanlarını değerlendirici faaliyetlerinin yapıldığı, sosyal ilişkilerinin ve aktivitelerin yapıldığı bakım türüdür. Son yıllarda dünyada ve ülkemizde uzun dönemli kurumsal bakımın gerek bireyler üzerinde yalnızlaşma, sosyal izolasyon, duygusal çökkünlük, depresyon, yabancılaşma gibi olumsuz etkilere neden olması, gerekse maliyetinin yüksek olması ve bakım verenlerin yetersiz olması dolayısıyla evde bakım modelinin tercih edildiği görülmektedir (17).



Bakım hizmetleri verilen engel grupları içinde istihdam, eğitim, toplumsal hayata katılım vb. hizmetler bakımından en dezavantajlı kesimi ise zihinsel engelli bireyler oluşturmaktadır. Bu gruptaki bireyler, durumları gereği ömür boyu korunmaya ve bakılmaya ve başkalarına bağımlı yaşamaya zorludurlar. Zihinsel engelli bir bireye sahip ailelerin en büyük üzüntüsü, korkusu ve kâbusu kendilerinin ölümünden sonra tek başına varlığını ettirmede zorlanacak bireylerin geleceğini düşünmek “Ben ölünce O’na kim bakacak” endişesi ile yaşamaktadır ve burada kurumsal bakımın verildiği bakım merkezlerinin rolü ortaya çıkmaktadır (17). Bakıma muhtaçlık durumuna göre bakım hizmeti çeşitli modellere ayrılmaktadır.

### **2.3.1. Bakım Yeri Açısından Bakım Hizmeti**

Evde Bakım; Evde bakımı yapılabilecek olanlara devlet tarafından profesyoneller tarafından bakım desteği sağlanmasıdır.

Kurumsal Bakım; Resmi ya da özel bakımevlerinde verilen bakım türü olarak adlandırılmaktadır.

### **2.3.2. Bakım Süresi Açısından Bakım Hizmeti**

Sürelili Bakım; Geçici bakım riskine karşı (hastalık, engellilik, malullük, kazalar vb.) olan durumlarda süreli bakım modeli uygulanmaktadır.

Sürekli Bakım; Kronik psikiyatrik hastalıklar, zihinsel engellilik durumları, kronik fiziksel hastalıklar gibi rahatsızlıkları bulunan ve risk altında olanlar devlet tarafından ya da ailesi tarafından sürekli bakıma alınmasıdır. Sürekli bakım yapılırken bakım verilen bireylerin ihtiyaçları kişilik ve insan hakları çerçevesinde en üst düzeyde bakımı sağlanmalıdır (17).

## **2.4. Bakım Verme**

Bakım verme; tek çeşit yardım olmayıp duygusal destek, fiziksel destek ve maddi destek vermeyi kapsar. Bireye yardım etme çeşitleri ise sağlık bakımının ve aldığı sosyal hizmetleri düzenleme, rutin olan sağlık bakımını (ilaç alımı, tedavisini yapma ve takip etme vb.) kişisel bakımını sağlama (yıkama, beslenme, giyinme,

tuvalete gitme vb.) ulaşım, alışveriş, ev işlerini yapma ve maddi olarak da destek olmaktır (18). Bakım verme iki şekilde incelenmektedir;

#### **2.4.1. Formal Bakım**

Kurumda veya evde sağlık bakımı ve bireysel bakım hizmetleri sunan profesyonel meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Formal bakım vericiler hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve yardımcı bakım elemanlarıdır (19).

#### **2.4.2. İnfomal Bakım**

İnfomal Bakım (uzmanlık gerektirmeyen bakım verme); bakım veren kişinin yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir. İnfomal bakım vericiler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (19).

Bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıları birçok faktör arttırabilir. Hastalığın derecesi, hastanın iletişim kurmada zorlanması, kişilik farklılıkları, ruhsal ve davranışsal işaret ve belirtiler gibi hastaya bağlı değişkenler ayrıca bakım verenin cinsiyeti, bakım verenin duygusal ve fiziksel durumunun bozulmasına bağlı değişkenler bakım verilen ile bakım veren arasındaki ilişki bakım verenlerin sıkıntılarını arttırmada etkili rol oynamaktadır (20).

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir.

## 2.5. Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Etkileri

Bakım vermenin bakım verenler üzerindeki etkileri genelde aile üzerinde araştırmalar yapılmıştır. Uzun süreli bakım verme bireyin sağlık, sosyoekonomik durum ve ruhsal durumlarını etkileyen bir süreçtir. Bakım verenlerin yaşadığı yük ise depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta bozulma, sosyal izolasyon yaşama ve çoğu zaman da ekonomik güçlükler yaşanmaktadır. Bakım vermenin kalitesi, uygun bakımın verilmesi ve verilen bakımdan doyum alınması, bakım vericinin psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (6).

Ayrıca bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bozulabileceği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada; bakım verenlerin %60,6'sı bakım verme işinden dolayı kendilerine ayıracak zamanlarının olmadığı, %78,8'i kendilerini yorgun hissettiklerini, %84,9'u hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56,9'u ise ekonomik güçlükler yaşadıkları belirtilmektedir (7).

Bakım verme süresince bakım verenlerde ortaya çıkan depresyon, bakım verenlerin yaşam kalitelerini düşüren, işlevsel olarak kötüleşmelerine ayrıca mortalitede artışa sebep olan olumsuz sonuçlardan birisidir. Duygusal ve fiziksel yük bulunan bakım verenlerde, daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına, fiziksel sağlıklarının bozulmalarına, daha fazla doktora gitmelerine ve daha fazla psikotrop ilaç kullanmalarına neden olmaktadır (8).

Bakım verenin depresyon gibi ruhsal hastalıklara katkıda bulunan faktörler arasında; bakım verenin hastanın eşi olması, bakım veren ile hastanın daha önceki ilişkileri ayrıca bakım verenin sağlık durumunun etkisi bulunmaktadır. Bakım veren bireyin depresyon durumu belirlenebilir ve tedavi edilmesi gerektiği durumlarda tedavi edilirse, birey bakım işini daha uzun süre, sağlıklı ve başarı ile sürdürebilir. Ayrıca uzun süre bakım da bakım verende gerginlik hem de hastanın sağlığına olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bakım yükü olarak anlattığımız bu durum kişiden kişiye değiştiği gibi toplumdan topluma da değişiklik göstermektedir (9).

## 2.6. Bakım veren Kavramı

Bakım veren kavramı; hasta olan bireye, fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik gibi yönlerden destek veren ve yardım eden kişi olarak bilinmektedir. Bakım veren kişi hastanın bakımını sağlamak ve hastayı gözlemlemekten sorumludur. Primer bakım veren (birinci dereceden bakım veren) kişi bakımı birinci derece sorumluluk üstlenen kişidir. Bir başka deyişle majör bakımdan sorumlu kişidir. Primer bakım veren kişi, bakımın merkezinde bulunduğundan dolayı çoğunlukla hastalık ile ilgili olarak hastanın sosyal çevresiyle bağlantı kurmasına yardımcı olmaktadır (21).

Primer bakım vericiler dört şekilde sınıflandırılmıştır;

- Birinci tip bakım verici; hastanın fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik gibi tüm ihtiyaçlarının karşıladığı ve bakımdan sorumlu kişidir.
- İkinci tip bakım verici; Bakımdan sorumlu kişilerdir ve dışarıdan informal bakım vericilerden destek alan bakım verici tipidir.
- Üçüncü tip bakım verici; Hem formal hem de informal bakım vericilerden destek alan bakım verici tipidir.
- Dördüncü tip bakım verici; bakımdan tamamen sorumlu olmayan bakım verici tipidir. Genellikle aile üyeleri bu tip bakım vericileri olmaktadır (21).

Bakım verenin sorumlulukları arttıkça, bakım verme-bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını olumsuz yönde etkileyen, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bakım vermeye dönüşebilmektedir. Literatüre baktığımızda bakım veren tıbbi tedavi ile psikososyal rehabilitasyon sürecinde bir köprü olarak işlev yapmaktadır. Bakım verenin rolü bu süreçte önem kazanmaktadır (22).

## 2.7. Ruh Sağlığı

### 2.7.1. Ruh Sağlığının Tanımı

Ruh sağlığın tanımını yapabilmek için öncelikle normal kavramını açıklamamız gerekmektedir. Durum olarak çoğunluğa uyan ve zıt iki u noktalarda kalmayan birey normaldir. Ruhsal olarak hasta olan bireyde bulunan nitelikler; sürekli ya da yineleyici olması, bireyin çalışmasında ya da günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar meydana getiren, kişiler arası ilişkilerde bozulmaların yaşanması olarak gösterilmektedir (23).

Bireyin yaşamı belirli bir süre içerisinde ve değişen ortamlarda; kendisiyle, aile bireyleriyle, çevresiyle, yaşadığı toplumla, yaptığı iş veya görevi ile ilişki içerisinde yaşamını sürdürmektedir. Bireyin bu ilişkilerde dengeli, uyum içerisinde ve doyum sağlıyorsa, bireyin ruhsal yönden sağlıklı olduğunu söylenebilir (24).

Ruh sağlığını genel sağlık durumunu birbirinden ayırmak mümkün olamaz. Bireyler, işsizlik, ya da tam zıttı olan yoğun ve ağır çalışma şartları, yaşam pahalılığı, ait olunan toplumsal değerlerden kopma veya çarpık kentleşme gibi sebeplerden dolay ruhsal sorunlar yaşamaktadır.

Bireyin ruhsal hastalığı, yaşam kalitesini düşüren kendini hem fiziksel hem de ruhsal hastalık belirtilerini gösteren durum olarak tanımlanabilir. Ruhsal hastalıklar tek başına belirtiler göstermeyebilir, kimi zaman uykusuzluk, huzursuzluk, iştahsızlık, öfkeyi kontrol edememe, mutsuzluk gözlenebilirken, bir yandan da yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, düşüncede dezoryantasyon, bunlara ek olarak baş ağrısı, kan basıncı yüksekliliği, kalp hastalıkları gibi bedensel hastalıklarda eşlik edebilmektedir (23).

## 2.7.2. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Ruh sağlığını etkileyen kişisel ve çevresel faktörler bulunmaktadır. Kişisel faktörler arasında yaş, cinsiyet, kişisel alışkanlıklar ve beden sağlığıdır. Ruhsal hastalıkların ya da bozuklukların en sık görüldüğü yaş aralığı 15-25 yaş, 26-36 yaşlar arasındadır. İleri yaşlarda ise beyinde görülen organik ruhsal bozukluklar (demans, deliryum) ortaya çıkabilmektedir (25).

Ruhsal sağlığa cinsiyet yönünden bakıldığında; kadın veya erkek olmanın hayatta farklı yükümlükler getirdiğinden cinsiyetin dolaylı yoldan ruhsal sağlığına etkisi vardır. Örneğin, orta yaşta bir kadın aynı yaştaki erkeğe göre daha fazla ruhsal hastalığa yakalanma ve ruhsal çöküntü yaşamaktadır. Ruh sağlığına etki eden faktörler kadınlarda daha fazla kalıcı etki bıraktığından ruhsal hastalıklar kadınlarda erkeklere göre daha fazla bulunmaktadır (25).

Bireyin kişisel alışkanlıkları hem olumlu hem de olumsuz yönden ayrılabilir. Olumlu alışkanlıklar; spor yapma, düzenli uyuma, dengeli ve düzenli beslenme, bireysel hobiler ve düzenli çalışma örnek olarak verilebilir. Olumsuz alışkanlıklar ise; sigara ve alkol kullanımı, uyuşturucu kullanmak, kumar bağımlılığı örnek olarak verilebilir. Olumlu alışkanlıklar ruhsal sağlığı iyi yönde etkilerken, olumsuz alışkanlıklar ise hem ruh hem de beden sağlığını olumsuz yönden etkilemektedir (25).

Beden sağlığının ruh sağlığına etkisi herkes tarafından bilinmektedir. Beden sağlığının bozulması ruh sağlığını etkileyen faktörlerden bir diğeridir. Uzun süre fiziksel hastalık yaşıyan bireyler, kolaylıkla ruhsal çöküntü ya da rahatsızlıklara yakalanmaktadırlar. Aynı şekilde ruhsal hastalığı olan bireyler de kolaylıkla fiziksel rahatsızlıklara yakalandıkları görülmektedir. Örneğin, devamlı üzüntülü ve umutsuzluk içinde olan bireylerde mide asidinin artmasıyla mide hastalıkları yaşayabilirler. Yetersiz ya da dengesiz beslenme bedensel olarak vücudun dengesini bozarken ruh sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (25).

Ruh sağlığını etkileyen çevresel faktörler ise; ailesel faktörler, sosyal kültürel ve ekonomik faktörler, özel zorlayıcı etkenler olarak gösterilebilir. Aile ortamında,

huzur, hoşgörü, sevgi ve saygı bulunması hem ebeveynin hem de çocukların ruhsal sağlığı olumlu etkiler. Tersini durumda ise aile bireylerin ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Sorunlu ve boşanmış aileler, evlat edinilmiş çocukların var olduğu aileler, aileden birinin fiziksel ya da ruhsal hastalığı bulunması, ya da zararlı alışkanlıkların olması ruhsal sağlığı olumsuz etkileyen faktörler arasında olduğu bilinmektedir (26).

Kişilerin içinde yaşadığı sosyal çevreye uyum süreci ve uyum yeteneklerine bağlantılı olarak ruh sağlığını etkileyebilmektedir. Ailenin bir yerden bir yere göçü, ya da bireylerin farklı kültürde bir yerde yaşamaya başlaması ruh sağlığını olumsuz yönden etkilemektedir. Düşük sosyoekonomik şartlarda yaşayan toplumlarda ruh sağlığı bozulmaya daha yatkın olduğu görülmektedir. Savaş, doğal afetler ve kazalar gibi travmatik olaylar gibi normalin dışında etkileyerek strese neden olabilir. Ruhsal problemleri olan bireyler bu olaylardan daha fazla etkilenebilir (26).

Ruhsal bozuklukların bireylere, ailelere ve toplumlara etkileri oldukça fazla olduğu düşünülmektedir. Ruhsal bozukluğun sebep olduğu zorluklar, iş ve sosyal yaşama katılmada yaşanan sıkıntılar, toplumdan geri çekilme bireylerin en çok yaşadığı sorunlar olarak gösterilebilir (27).

### **2.7.3. Ulusal ve Uluslararası Alanda Ruh Sağlığı Gelişmeleri**

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi üyesi olan ülkelerden, “herkes için sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemelerini istemiştir. 2005 yılında Helsinki’de DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri sağlık bakanlıkları temsilcilerinin katılımı ile gerçekleştirilen toplantı sonucunda Avrupa ülkeleri için bir ruh sağlığı eylem planı açıklanmıştır. Bu eylem planının ana başlıkları aşağıda özetlenmiştir;

- Bütün bireyler için ruh sağlığını geliştirmek,
- Halk sağlığı politikalarının ruh sağlığı hizmetlerine potansiyel etkisini dikkate almak,
- Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek,
- Riskli yaşam evrelerine özgü aktiviteler geliştirmek,

- İntiharı ve ruh sağlığı sorunlarını önlemek,
- Ruh sağlığı sorunları için iyi bir birinci basamak bakımına erişimi sağlamak,
- Ağır ruhsal hastalığı olan kişiler için toplum temelli hizmetlerle etkin bakım sunmak,
- Sektörler arasında işbirliği kurmak,
- Yeterli ve yetkin işgücü oluşturmak,
- Ruh sağlığının durumu ve ihtiyaçları ile ilgili yeterli bilgi temin etmek,
- Yeterli ve kayda değer miktarda maddi kaynak sağlamak,
- Etkinliği değerlendirmek ve yeni bulgular elde etmek için çalışmaları desteklemek (28).

DSÖ'ne üye ülkelerden, “herkes için sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemelerini istediğinden 1998 yılında Sağlık Bakanlığı ülkemiz için 2020 yılına kadar olan sağlık stratejilerini açıklamıştır. Belirlenen 10 hedeften 8’inci hedef “ruh sağlığının geliştirilmesi” ve alt başlığı da ‘2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirilmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak’ şeklindedir. Bu hedefler, 2001 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “Sağlık 21, Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” başlığıyla yayınlanmıştır (28).

#### **2.7.4. Ruh Sağlığı Politikaları**

Ruh Sağlığı Politika Metni 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, DSÖ’nün ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerdiği yedi modül ve bu alanla ilgili istenilen modern vurguları esas alan “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” metni yayınlanmıştır. Politika metnindeki temel öneriler şöyledir;

- Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi,
- Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması,
- Ruh sağlığı alanına ayrılan paranın arttırılması,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması,
- Ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması,



- Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması,
- Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan g¼c¼n¼n arttırılması (28).

## **2.8. Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve İlişkili Kavramlar**

Bu envanter sağlıklı bireylerde ruhsal hastalıklara yatkınlık oranlarını ve tiplerini belirlemek amacıyla kullanılmakta olup on alt birimde g¼sterilmektedir (31).

### **2.8.1. Somatizasyon**

Kaygının sebep olduğu bedensel bozukluklar herhangi bir fizyolojik neden olmadan kendini g¼stermektedir. Bir başka deyişle, ruhsal nedenler bedensel hastalık şeklinde ifade edilmektedir. Birey, v¼cudunun kalp-damar, sindirim, solunum ve diğer sistemler ile ilgili yakınmalardan şikayet etmektedir (29).

### **2.8.2. Depresyon**

Duygulanım, bireyin uyarılara, olaylara, anılara, d¼ř¼ncelere, neşe, ¼fke, ¼z¼nt¼, nefret, kin, sıkıntı gibi duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Bireyin bir s¼re neşeli, ¼z¼nt¼l¼, sıkıntılı, taşkın ya da ¼ykk¼n duygulanım içinde bulunması duygu-durum olarak adlandırılmaktadır. Normalde duygu durumu belli sınırlar içinde dalgalanmalar g¼sterir. Ancak, belli bir duygu durumu aşırı d¼zeyde ve uzun s¼re devam ettiğinde duygulanım bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Duygulanım bozuklukları ¼zellikle depresyon t¼m hastalıklar arasında en sık g¼r¼len bozukluklardandır. Depresyon, derin ¼z¼nt¼l¼ bir duygu durumu içinde bireyin d¼ř¼nce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, g¼s¼zl¼k, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve d¼ř¼nceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtiler yaşadığı bir sendromdur (23).

### **2.8.3. Anksiyete Bozukluğu**

Anksiyete, korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi bunaltıyı sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılamakta ve tanımlamaktadır. Anksiyete, bireyin uyanık iken yaşadığı, uzun süren, kaynağı kişi tarafından açıklanamayan bir durum olarak ifade edilebilir. Anksiyete, tehdit edici durumlar için normal bir yanıttır. Anksiyete sadece, sürekli ve aşırı olduğu zaman ya da tehlike sinyalleri verdiği zaman patolojiktir. Birey anksiyete bozuklukların katı, tekrarlayan ve boş davranışlarını, yani anksiyetesini kontrol altına almayı dener, eğer alamazsa kişinin benliği bu ruhsal acı altında ezilir. Anksiyete bozukluklarının derecesi bireylerin deneyimlerinde kişisel ilgileri, mesleksel ve sosyal fonksiyonları etkilemektedir (30).

### **2.8.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Obsesif kompulsif bozukluklar saplantı ya da zorlantıların görüldüğu, genellikle süreğen, kimi zaman dönemsellerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluk olarak ifade edilebilir. Saplantı, istem dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yineleyen düşünce, imge ya da dürtülerdir. Bunlar kişinin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına, inançlarına ters düşer ve kabul edilemez. Zorlantı ise çoğu kez saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, istem dışı yinelenen hareketler olarak ifade edilebilir. Genel olarak saplantıları gidermek, onları yansızlaştırmak, etkisizleştirmek için yapılan zorunlu hareketlerdir. Zorlantılar bazen dışarıdan gözlenebilen bir davranış, bazen de zihinsel bir eylem şeklinde olabilir. Saplantı ve zorlantılara şu örnekler verilebilir; temiz olduğunu bildiği herhangi bir şeye dokunduğunda elinin kirlendiğini düşünerek kişinin birçok kez el yıkama zorunluluğunu hissetmesi ‘‘saplantı’’, tutkulu biçimde birçok kez elini yıkaması ‘‘zorlantı’’ olarak ifade edilebilir (30).

### **2.8.5. Fobik Anksiyete**

Herkesin doğal olan hem kaygısı, hem de korkusu vardır. Ne var ki, korkunun derecesi kişinin günlük yaşamını engelleyecek düzeye ulaşip onun normal işlevini engellediği zaman doğal olmayan bir durum söz konusudur. Bu durum fobi olarak adlandırılmaktadır. Fobilerin en belirgin özelliklerinden biri onların kaynağının bilinçsiz oluşudur. Fobik anksiyete; anksiyete ve korku durumunun birlikte yaşanması olarak ifade edilebilir. Fobik anksiyete de korkunun nedeninin belli olması onu anksiyeteden ayıran özelliği olduğu belirtilmektedir (29).

### **2.8.6. Kişilerarası Duyarlılık**

Kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanma durumu olarak ifade edilebilir. Bireyin kendini başkalarıyla karşılaştırarak kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, bunu kişiler arası ilişkilerine yansıtması durumudur (23).

### **2.8.7. Hostilite**

Bireyde kızgınlık, sıkıntı ve ileri derecede alınganlık duyguları hissedilir. Kişide savunma mekanizmalarını kullansa dahi bu duyguları yenememe durumu olarak ifade edilebilir (23).

### **2.8.8. Paranoid Düşünce**

Kişi diğer insanların davranışlarının kötü niyetli olduğunu düşünür, şüphelidir, insanlara güvenemez ve bundan dolayı kıskanç ve kavgacıdır. Kişinin kendisine karşı elbirliği ile çalışıldığı, aldatıldığı, gözetlendiği, zehirlendiği, iftira edildiği, taciz edildiği ya da uzun süreli amaçlarının peşinde koşarken engellendiği düşüncesi bulunmaktadır (23).

### **2.8.9. Psikotizm**

Bu kişilerde gerçeği algılama yetisi kaybolmuştur. Kişi tedirgin, alıngan ve kavgacıdır. Düşünce yapısında ve duygulanımında ciddi bozukluklar görülmektedir. Düşüncelerinin belirli bir düzene girmemesi, karmaşık hale gelmesi buna bağlı olarak konuşma ve dikkati toplamada bozulmalar görülmektedir. duygulanımda bozulmalarda ise birey nedeni olmadan ağlayabilir ya da coşkulu olabilmektedir (23).

### **2.8.10. Ek Maddeler**

Yeme içme bozukluğu, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler, suçluluk duyguları içeren soruları içermektedir (23).

## **2.9. Çalışmanın Literatüre Katkısı**

Bakım verme sağlık ve sosyal alanda başta hemşire olmak üzere bakım gereksinimi olan bireylerle ile çalışan ekibin işi olarak bilinmelidir. Bu ekip de her üyenin görevi ve sorumluluğu kapsamında yaptığı işlerin bakım verilen bireyi olumlu ve olumsuz etkilerinin belirlenmesi çok önemlidir. Bu nedenle profesyonel meslekler olan hemşirelik, hekimlik ve sosyal hizmet elemanları dışında da işleri nedeniyle bakım evlerinde kalan bireylere bakım veren bakım elemanlarının etkilerinin araştırılması ve ortaya konulması önem arz etmektedir. Bu bakım elemanlarının sağlık ve sosyal meslek elemanlarının denetiminde işlerini yapmaları gerekmektedir.

Bakım verenlerin depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişmesine sebep olan faktörler arasında çalışma koşulları, bakım verilen bireyin sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarına ilişkin özellikler yer almaktadır. Ayrıca bakım veren bireyler ile bakım verilen bireylerin birbirleri ile olan ilişkileri ve iletişim biçimleri bakım verilen bireylerin sağlık durumunu etkileyebilmektedir. Ayrıca uzun süre bakım da bakım veren bireylerde gerginlik, öfke ve kızgınlık gibi duygularda görülebilmektedir. Uzun süreli bakıma gereksinimi olan bireylerin bakım

vericilerinin yaşadıkları anksiyete, depresyon, öfke, kızgınlık vb. durumlar bakım vericileri de bakım sürecinde aksamalara sebep olduğu bilinmektedir. Bakım evlerinde bakım veren bakım vericilerinde gelişebilecek ruhsal sorunlar bakım sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında bakım vericilerin tükenmişlik ve stres yaşamalarına sebep olan ruhsal durumlar ile birlikte etkileyen faktörlerin belirlenmesi bu açıdan oldukça önemlidir. Bu bağlamda bu konuda çalışma sayısının sınırlı sayıda olduğu ve ülkemizde ise böylesi bir çalışmaya rastlanmadığı göz önüne alındığında bu çalışmanın yapılmasına ilişkin gereksinim ortaya çıkmıştır.



### **3. MATERYAL ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma bakım ve rehabilitasyon merkezinde çalışan bakım elemanlarının ruhsal durumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

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

Çalışma Ankara Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde Ocak- Temmuz 2015 tarihleri arasında hafta içi üç gün 08-30-16.30 saatleri arasında araştırmacı tarafından yürütülmüştür.

Saray Engelsiz Yaşam ve Bakım Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü Ankara ili Pursaklar ilçesinde bulunmaktadır. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı zihinsel ve bedensel yetersiz çocuk, genç ve yetişkinlere hizmet veren bir Sosyal Hizmet kuruluşudur. 25.11.1988 tarihinde hizmete açılan Kuruluşun halen 220.119 metre kare arazi üzerinde 30.581 metre karelik kapalı alanı bulunmaktadır.

Ankara Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon Merkezinin kapasitesi 800 olup 12'si ailesi yanında bakılmakta olan bakıma muhtaç özürlüler ve 12'si Özel Bakım Merkezi Yönetmeliğinin 50. Maddesi gereği özel bakım merkezine yerleşecek olan engellilere geçici süreli bakım hizmeti verilmek üzere İlk Kabul Birimidir. Halen bakılan çocuk ve yetişkin engelli sayısı 778'dir. Ayrıca "Umut Evi Projesi" kapsamında sosyal entegrasyon ve kişisel gelişim amaçlanan proje doğrultusunda 6 ev açılmış ve 22 engelli umut evlerine yerleştirilmiştir.

Kadrolu olarak 213 personel kuruluştaki görev yapmaktadır. Özel hizmet alımıyla 686 bakım elemanı, 58 temizlik elemanı, 15 teknisyen yardımcısı, 30 güvenlik görevlisi, 55 aşçı ve yemek dağıtım elemanı kuruluştaki görev yapmaktadır.

Mesai çalışma saatleri; 08.00-17.00 mesai saatlerinde ve yatılı kuruluş olması nedeni ile üç vardiyalı olarak (08.30-17.30, 17.30-8.30 arası tek gece ve çift gece şeklinde) hizmet 24 saat devam etmektedir.

Çalışmanın saray engelsiz yaşam ve bakım rehabilitasyon merkezinde yapılmasının nedeni, merkezde bulunan bakım elemanı yeterli sayıda olması, ulaşımın kolay olması, çalışma için uygun ortamın bulunması ayrıca bakım elemanlarının ruhsal sorunların belirsizliği, iş yaşamında yaşadığı sorunların belirtilmesine olanak sağlanmaması ve daha önce bakım elemanlarına yönelik bu konuyla ilişkili olarak çalışma yapılmaması olarak söylenebilir.

### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, Ankara Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon Merkezinde çalışmakta olan 686 bakım elemanı oluşturmaktadır.

### **3.4. Araştırmanın Örneklemi**

Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup evrendeki 686 bakım elemanına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma ulaşılabilen ve gönüllü olan 445 kişi ile yürütülmüştür.

#### **3.4.1. Örneklem Seçim Kriterleri**

- İletişim kurmayı engelleyecek işitme vb. duyuşal sorunu olmamak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Ankara Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde en az üç aydır çalışıyor olmak.
- T.C. MEB bağı kurslar, halk eğitim merkezlerinde verilen 560 saatlik Hasta ve Yaşlı Refakatçisi Modüler kurs programını başarıyla tamamlamak.

### **3.5. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışma ile ilgili etik kurul onayı Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurulundan alınmıştır (Bkz. Ek 5). Araştırmanın yapılacağı kurumun bağlı olduğu bakanlıktan gerekli izinler alınmıştır (Bkz. Ek 4). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Bakım elemanlarına çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır. Araştırmayı kabul eden bakım elemanlarına görüşme öncesi araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman ve yapması gerekenler konusunda açıklama yapılmış olup, araştırmacılar tarafından geliştirilen gönüllü olur formu onamları alınmıştır (Bkz. Ek 1). ‘‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’’ ilkesi ve ‘‘Özerkliğe Saygı’’ ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirmiş olup örnekleme dahil edilen 445 bakım elemanın ankete rahat yanıt verebilmeleri için kimlik bilgileri alınmamıştır.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama aracı olarak; Çalışmada bakım elemanlarına Sosyodemografik Özellikleri Veri Toplama Formu (Bkz. Ek 2), Kısa Semptom Envanteri (Bkz. Ek 3) olmak üzere iki form kullanılmıştır.

#### **3.6.1. Sosyodemografik Özellikleri Veri Toplama Formu (Ek 2)**

Sosyodemografik özellikleri veri toplama formu literatüre uygun olarak hazırlanmış olup toplam 15 sorudan oluşmaktadır (3, 34). Beş soru bakım elemanlarının tanıtıcı özelliklerini, on soru ise bakım elemanların yaşamlarına ilişkin özellikleri ve yaşadıkları sorunları saptamak amacıyla kullanılmıştır.



### 3.6.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Ek 3)

KSE likert tipi ölçektir ve 53 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddesi için "Hiç yok", "Biraz var", "Orta derecede var", "Epey var" ve "Çok fazla var" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenmiş ve her bir madde 0-4 arası puanlanmıştır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını göstermektedir (31).

KSE, SCL (Symptom Check List)-90-R ile yapılan çalışmalar sonucundan ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış olan toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. Aynen SCL-90-R'de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşmaktadır (31).

Alt ölçekler ve global indekslerin içeriği aşağıda verilmektedir;

<b>Alt Boyutlar</b>	<b>Soru Numarası</b>
Somatizasyon (S)	2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37.
Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)	5, 15, 26, 27, 32 ve 36.
Kişilerarası Duyarlılık (KAD)	20, 21, 22 ve 42.
Depresyon (D)	9, 16, 17, 18, 35 ve 50
Anksiyete Bozukluğu (AB)	1, 12, 19, 38, 45 ve 49.
Hostilite (H)	6, 13, 40, 41 ve 46
Fobik Anksiyete (FA)	8, 28, 31, 43 ve 47.
Paranoid Düşünceler (PD)	4, 10, 24, 48 ve 51
Psikotizm (P)	3, 14, 34, 44 ve 53.
Ek Maddeler (EM)	11, 25, 39 ve 52.

Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCI): Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yöntemi ile elde edilir.  $(S + OKB + KD + D + AB + H + FA + PD + P + EM)/53$

Genel Semptom İndeksi (GSİ): Tüm sorulardan elde edilen puanların 53'e bölünmesi ile elde edilir. GSİ'nin 1'in altında olması belirtilerin psikopatolojik düzeyde

olmadığını, 1'in üzerinde olması ise psikopatolojik bir durumun varlığını göstermektedir.

Belirti Toplamı İndeksi (BTI): Sıfır (0) olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm maddelerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır. BTI'nin 1'in üzerinde olması psikopatolojik bir durumun varlığını göstermektedir.

Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI): Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir.  $(S + OKB + KD + D + AB + H + FA + PD + P + EM) /$   
Belirti toplamı

Güvenirlilik: 0.71 ve 0.85 arasında değiştiği belirtilmektedir.

Geçerlik: Ölçekle ilgili çok sayıda geçerlik çalışması yapılmış ve bu çalışmaların sonucunda KSE ile MMPI klinik ölçekleri, MMPI içerik ölçekleri ve küme ölçekleri arasında korelasyonların 0.30'un üzerinde bulunduğu ve bu korelasyonların SCL-90'dan elde edilen korelasyonlar ile bazı ölçeklerde tümüyle özdeş diğerlerinde ise çok yakın olduğu belirtilmektedir (31).

Yaptığımız çalışmada KSE cronbach alpha değeri 0.963 olarak bulunmuştur.

### **3.7. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmaya katılan bakım elemanlarının sosyodemografik özellikleri veri toplama ve KSE kapsayan değerlendirme formları araştırmacı tarafından yapılarak veriler elde edilmiştir. Veriler bireyin anlamasını kolaylaştırmak ve yanlış anlamaları önlemek amacıyla yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bunun yanında bu yöntemin seçilme sebebi maliyetinin düşük olması, katılımcılar için hiçbir tıbbi, yasal risk içermemesi ve araştırma evreninde belirlenen birey sayısındaki kayıpların engellenmesi olarak düşünülmektedir. Araştırmada bireylerde yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler elde edilmiştir. Uygulama bireyin durumuna göre yaklaşık 5-10 dakika sürmüştür.

### **3.8. Araştırma Verilerinin Analizi**

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programları kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar sayı, yüzde, ortanca kullanılmıştır.

Çalışmada yer alan yaş, çalışma süresi, Kısa Semptom Envanteri (KSE) puanları gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Değişkenlerin tümünün normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Sürekli değişkenler ortanca ve minimum– maksimum (Min–Max) değerleri ile ifade edilmiştir. Cinsiyet, eğitim durumu, çalışma şekli gibi kategorik değişkenler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir.

KSE alt ölçek puan ortancalarının demografik özelliklere göre karşılaştırmak için karşılaştırılacak grup sayısına göre Mann-Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonucunda anlamlı farklılık bulunması durumunda grupların ikili karşılaştırması Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.9.1. Bağımsız Değişkenler**

- Cinsiyet
- Yaş
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Çocuk sayısı
- Çalışma süresi
- Çalışma şekli
- Aldığı ücreti değerlendirme
- Görevini yaparken karşılaştığı sorun

- Çalışma yaşamında sosyal olanakların varlığı
- İş motivasyonunu arttıracak etkinliklerin varlığı
- Çalışma şeklinin sosyal yaşama etkisi
- Çalışma yaşamındaki problemlere yönelik tutumu
- Son bir yılda stresli bir olay yaşama durumu
- Bu işi yapmadan önce ruhsal açıdan sorun yaşama durumu

### **3.9.2. Bağımlı Değişkenler**

- KSE alt boyut puan ortancası

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın tek bir bakımevinde yapılmış olup çalışmadan elde edilen sonuçlar katılımcıların anket formları ve ölçeği değerlendirirken buldukları bireysel beyanlar ile sınırlıdır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu bakım elemanları grubuna genellenebilir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan bakım elemanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 4.1.** Bakım elemanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=445)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	161	36.2
Kadın	284	63.8
<b>Yaş Grubu</b>		
20-29 yaş	80	18.0
30-39 yaş	211	47.4
40-49 yaş	134	30.1
50 yaş ve üstü	20	4.5
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	357	80.3
Bekar	38	8.5
Dul	50	11.2
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	135	30.3
Ortaokul	137	30.8
Lise	147	33.1
Üniversite	26	5.8
<b>Çocuk Sayısı</b>		
0	66	14.8
1-2	236	53.0
3 ve üstü	143	32.2
<b>Çalışma Süresi (ay)</b>		
12 aydan az	19	4.3
13 – 60 ay	220	49.4
61 – 120 ay	175	39.3
121 ay ve üzeri	31	7.0
<b>Çalışma Şekli</b>		
Vardiya Şeklinde	413	92.8
Sürekli Gündüz	23	5.2
Sürekli Gece	9	2.0
<b>Alınan Ücreti Değerlendirme</b>		
Yetersiz Görüyor	394	88.5
Yeterli Görüyor	51	11.5
<b>Görevini Yaparken Sorun Yaşama Durumu</b>		
Yaşıyor	307	69.0
Yaşamıyor	138	31.0
<b>Sorun yaşadığı bireyler</b>		
Yöneticilerle Yaşıyor	139	31.2
Ekip Arkadaşlarıyla Yaşıyor	125	28.1
Hastayla Yaşıyor	43	9.7

**Tablo 4.1.** Bakım elemanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=445)

(devam)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
<b>Çalışma yaşamında sosyal olanakların varlığı</b>		
Sosyal olanak yok	25	5.6
Sosyal olanak var	420	94.4
<b>İş motivasyonunu arttıracak etkinliklerin varlığı</b>		
Etkinlik yok	336	75.5
Etkinlik var	109	24.5
<b>Çalışma şeklinin sosyal yaşama etkisi</b>		
Sosyal yaşamım etkilenmiyor	219	49.3
Sosyal/özel hayatıma zaman ayıramıyorum	188	42.2
Aile bireyleriyle iletişim sorunları yaşıyorum	38	8.5
<b>Çalışma yaşamındaki problemlere yönelik tutumu</b>		
Problemleri çözmeye çalışıyorum	348	78.2
Hiçbir şey yapmıyorum	24	5.4
Başka bir bölüme geçmeyi talep ediyorum	25	5.6
Stresle baş etme yöntemlerini kullanıyorum	45	10.1
Psikiyatriden destek alıyorum	3	0.7
<b>Son bir yılda stresli bir olay yaşama durumu</b>		
Yok	267	60.0
Var	178	40.0
<b>Bu işi yapmadan önce ruhsal açıdan sorun yaşama durumu</b>		
Ruhsal sorun yaşamadım	391	87.9
Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım	45	10.1
Ruhsal Sorunu için destek aldım (İlaç kullanımı, psikoterapi vb.)	9	2.0

Tablo 4.1 de görüldüğü gibi çalışmaya katılan 445 bakım elemanının % 63.8'nin kadın, % 47.4'nün yaş grubu 30 ile 39 yaş arasındadır, yaş ortalaması 36.7'dir. % 80.3'ü evli olduğu, % 33.1'nin lise mezunu düzeyinde eğitime sahip olduğu, % 53'nün bir ya da iki çocuk sahibi olduğu, çalışma süresinin %49.4'nün 13 ile 60 ay arasında değiştiği, % 92.8'nin çalışma şeklinin vardiya değişimi olduğu, % 88.5'inin aldığı ücreti yetersiz bulduğu saptanmıştır. Yine tabloda görüldüğü gibi bakım elemanlarının % 69'u görevini yaparken sorun yaşadığı, %31.2'nin en fazla yöneticilerle sorun yaşadığı, %94.4'nün çalışma hayatında sosyal olanakların olduğunu, %75.5'i iş motivasyonunu arttıracak etkinliğin olmadığını belirtmiştir. Ayrıca bakım elemanlarının %49.3'nün çalışma şeklinin sosyal yaşamını etkilemediğini, %78.2'si yaşadığı problemi çözmeye çalıştığını, %60'nun son bir yılda stresli bir olay yaşadığı, %87.9'nun ise bu işi yapmadan önce ruhsal sorun yaşamadığını belirtmiştir.

**Tablo 4.2.** Bakım elemanlarının KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının dağılımı  
(n=445)

<b>KSE Alt Boyutları</b>	<b>Ortanca (min - max)</b>	<b>Min - Max</b>
<b>Somatizasyon</b>	0.14 (0.26 - 0.37)	0.00 - 3.57
<b>Obsesif Kompulsif Bozukluk</b>	0.33 (0.48 - 0.61)	0.00 - 3.83
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>	0.25 (0.47 - 0.61)	0.00 - 4.00
<b>Depresyon</b>	0.16 (0.38 - 0.50)	0.00 - 3.67
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	0.16 (0.34 - 0.45)	0.00 - 3.33
<b>Hostilite</b>	0.00 (0.27 - 0.37)	0.00 - 3.00
<b>Fobik Anksiyete</b>	0.20 (0.27 - 0.36)	0.00 - 2.80
<b>Paranoid Düşünceler</b>	0.60 (0.74 - 0.90)	0.00 - 4.00
<b>Psikotizm</b>	0.20 (0.30 - 0.40)	0.00 - 3.20
<b>Ek Maddeler</b>	0.25 (0.41 - 0.53)	0.00 - 3.00
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>	0.05 (0.07 - 0.09)	0.00 - 0.56
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>	10.00 (12.57 - 14.80)	0.00 - 53.00

Bakım elemanlarının KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının dağılımına bakıldığında Somatizasyon alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.14 (0.26-0.37). Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.33 (0.48-0.61). Kişiler arası duyarlılık alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.25 (0.47-0.61). Depresyon alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.16 (0.38-0.50). Anksiyete Bozukluğu alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.16 (0.34-0.45). Hostilite alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.00 (0.27-0.37). Fobik Anksiyete alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.20 (0.27-0.36). Paranoid Düşünceler alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.60 (0.74-0.90). Psikotizm alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.20 (0.30-0.40). Ek Maddeler alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.25 (0.41-0.53). Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 0.05 (0.07-0.09). Belirti Toplam İndeksi alt boyut ölçek puan ortancası ve min-max değeri 10.00 (12.57-14.80) olarak bulunmuştur (Bkz Tablo 4.2).

Bu bölümde bakım elemanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

**Tablo 4.3.** Bakım elemanlarının cinsiyet özelliklerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Cinsiyet		Test Sonuçları	
	Erkek	Kadın	Z*	p
<b>Somatizasyon</b>			1.834	0.067
Ortanca	0.00	0.14		
Min – Max	0.00 - 3.00	0.00 - 3.57		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>			0.452	0.651
Ortanca	0.33	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.83		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>			1.328	0.184
Ortanca	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 3.50	0.00 – 4.00		
<b>Depresyon</b>			0.385	0.701
Ortanca	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.67		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>			1.371	0.170
Ortanca	0.00	0.17		
Min – Max	0.00 – 2.67	0.00 – 3.33		
<b>Hostilite</b>			0.080	0.936
Ortanca	0.00	0.20		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 2.60		
<b>Fobik Anksiyete</b>			0.231	0.817
Ortanca	0.00	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.80	0.00 – 2.80		
<b>Paranoid Düşünceler</b>			0.404	0.686
Ortanca	0.60	0.60		
Min – Max	0.00 – 3.40	0.00 – 4.00		
<b>Psikotizm</b>			0.007	0.994
Ortanca	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 3.00		
<b>Ek Maddeler</b>			1.563	0.118
Ortanca	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.



**Tablo 4.3.** Bakım elemanlarının cinsiyet özelliklerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (Devam)

KSE Alt Boyutları	Cinsiyet		Test Sonuçları	
	Erkek	Kadın	Z*	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>			0.744	0.457
Ortanca	0.05	0.05		
Min – Max	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>			1.162	0.245
Ortanca	9.00	11.00		
Min – Max	0.00 – 53.00	0.00 – 49.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>			0.954	0.340
Ortanca	0.28	0.26		
Min – Max	0.00 – 0.76	0.00 – 0.70		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının cinsiyet özelliklerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Bkz Tablo 4.3). Kadın ve erkek bakım elemanlarının ruhsal belirtileri arasında bir farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 4.4.** Bakım elemanlarının yaş gruplarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Yaş Grupları				Test Sonuçları	
	20-29	30-39	40-49	50 ve üstü	$\chi^2$ *	p
<b>Somatizasyon</b>					0.976	0.807
Ortanca	0.07	0.14	0.14	0.14		
Min – Max	0.00 – 2.86	0.00 – 3.57	0.00 – 3.00	0.00 – 1.57		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>					1.243	0.743
Ortanca	0.33	0.33	0.33	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.17	0.00 – 3.00	0.00 – 3.83	0.00 – 1.67		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>					0.709	0.871
Ortanca	0.25	0.25	0.25	0.50		
Min – Max	0.00 – 3.25	0.00 – 4.00	0.00 – 3.50	0.00 – 3.75		
<b>Depresyon</b>					0.408	0.939
Ortanca	0.17	0.17	0.17	0.25		
Min – Max	0.00 – 3.33	0.00 – 3.67	0.00 – 3.67	0.00 – 1.83		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>					1.275	0.735
Ortanca	0.08	0.17	0.17	0.08		
Min – Max	0.00 – 2.33	0.00 – 3.33	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00		
<b>Hostilite</b>					1.039	0.792
Ortanca	0.10	0.20	0.00	0.10		
Min – Max	0.00 – 2.40	0.00 – 2.60	0.00 – 3.00	0.00 – 1.40		
<b>Fobik Anksiyete</b>					2.807	0.422
Ortanca	0.20	0.20	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.40	0.00 – 2.80	0.00 – 2.80	0.00 – 1.40		
<b>Paranoid Düşünceler</b>					5.502	0.138
Ortanca	0.80	0.60	0.60	0.30		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 4.00	0.00 – 3.20	0.00 – 1.60		
<b>Psikotizm</b>					2.007	0.571
Ortanca	0.20	0.20	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.60	0.00 – 2.60	0.00 – 3.20	0.00 – 1.00		
<b>Ek Maddeler</b>					1.919	0.589
Ortanca	0.25	0.25	0.25	0.50		
Min – Max	0.00 – 2.50	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00	0.00 – 1.50		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.4.** Bakım elemanlarının yaş gruplarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	Yaş Grupları				Test Sonuçları	
	20-29	30-39	40-49	50 ve üstü	$\chi^2$ *	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>					0.467	0.926
Ortanca	0.05	0.05	0.05	0.05		
Min – Max	0.00 – 0.39	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56	0.00 – 0.28		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>					0.138	0.987
Ortanca	10.00	10.00	10.00	10.50		
Min – Max	0.00-46.00	0.00-50.00	0.00 – 53.00	0.00-31.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>					3.124	0.373
Ortanca	0.28	0.26	0.27	0.31		
Min – Max	0.00 – 0.76	0.00 – 0.76	0.00 – 0.70	0.00 – 0.64		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının yaş gruplarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Bkz Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Bakım elemanlarının medeni durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Medeni Durum			Test Sonuçları	
	Evli	Bekar	Dul	$\chi^2$ *	p
<b>Somatizasyon</b>				1.599	0.450
Ortanca	0.14	0.00	0.14		
Min – Max	0.00 – 3.57	0.00 – 2.86	0.00 – 1.71		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>				1.556	0.459
Ortanca	0.33	0.42	0.50		
Min – Max	0.00 – 3.83	0.00 – 1.83	0.00 – 3.00		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>				0.251	0.882
Ortanca	0.25	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 2.75	0.00 – 3.50		
<b>Depresyon</b>				1.596	0.450
Ortanca	0.17	0.17	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.67	0.00 – 3.33	0.00 – 2.83		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>				0.837	0.658
Ortanca	0.17	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 3.33	0.00 – 2.33	0.00 – 1.50		
<b>Hostilite</b>				1.422	0.491
Ortanca	0.00	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 1.60	0.00 – 1.60		
<b>Fobik Anksiyete</b>				0.039	0.980
Ortanca	0.20	0.00	0.10		
Min – Max	0.00 – 2.80	0.00 – 1.40	0.00 – 2.00		
<b>Paranoid Düşünceler</b>				2.605	0.272
Ortanca	0.60	0.90	0.60		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 3.20	0.00 – 3.20		
<b>Psikotizm</b>				0.888	0.641
Ortanca	0.20	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 2.60	0.00 – 2.20		
<b>Ek Maddeler</b>				1.581	0.454
Ortanca	0.25	0.25	0.50		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 2.25	0.00 – 2.50		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.5.** Bakım elemanlarının medeni durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (Devam)

KSE Alt Boyutları	Medeni Durum			Test Sonuçları	
	Evli	Bekar	Dul	$\chi^2*$	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>				1.239	0.538
Ortanca	0.05	0.07	0.07		
Min – Max	0.00 – 0.56	0.00 – 0.39	0.00 – 0.29		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>				0.480	0.787
Ortanca	10.00	11.50	12.00		
Min – Max	0.00 – 53.00	0.00 – 45.00	0.00 – 38.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>				2.067	0.356
Ortanca	0.26	0.31	0.26		
Min – Max	0.00 – 0.76	0.00 – 0.63	0.00 – 0.67		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının medeni durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Bkz Tablo 4.5). Bakım elemanlarının evli, bekar ya da dul olması ruhsal belirti düzeyleri arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.6.** Bakım elemanlarının sahip olduğu çocuk sayısına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Çocuk Sayısı			Test Sonuçları	
	0	1-2	3 ve üstü	$\chi^2_*$	p
<b>Somatizasyon</b>				2.079	0.354
Ortanca	0.14	0.14	0.14		
Min – Max	0.00 – 2.86	0.00 – 3.57	0.00 – 3.00		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>				3.443	0.179
Ortanca	0.33	0.33	0.33		
Min – Max	0.00 – 2.33	0.00 – 3.17	0.00 – 3.83		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>				0.777	0.678
Ortanca	0.25	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 2.75	0.00 – 4.00	0.00 – 3.50		
<b>Depresyon</b>				2.468	0.291
Ortanca	0.25	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 3.33	0.00 – 3.67	0.00 – 3.67		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>				2.441	0.295
Ortanca	0.17	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 2.33	0.00 – 3.33	0.00 – 3.00		
<b>Hostilite</b>				0.534	0.766
Ortanca	0.20	0.00 (0.40)	0.00 (0.40)		
Min – Max	0.00 – 2.40	0.00 – 2.60	0.00 – 3.00		
<b>Fobik Anksiyete</b>				1.719	0.423
Ortanca	0.20	0.20	0.00		
Min – Max	0.00 – 2.80	0.00 – 2.80	0.00 – 2.60		
<b>Paranoid Düşünceler</b>				3.148	0.207
Ortanca	0.80	0.60	0.60		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 4.00	0.00 – 3.00		
<b>Psikotizm</b>				1.037	0.595
Ortanca	0.20	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.60	0.00 – 2.60	0.00 – 3.20		
<b>Ek Maddeler</b>				5.642	0.060
Ortanca	0.25	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.6.** Bakım elemanlarının sahip olduğu çocuk sayısına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	Çocuk Sayısı			Test Sonuçları	
	0	1-2	3 ve üstü	$\chi^2$ *	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>				2.222	0.329
Ortanca	0.08	0.05	0.05		
Min – Max	0.00 – 0.39	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>				2.098	0.350
Ortanca	13.00	10.00	9.00		
Min – Max	0.00 – 50.00	0.00 – 48.00	0.00 – 53.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>				0.868	0.648
Ortanca	0.27	0.25	0.28		
Min – Max	0.00 – 0.63	0.00 – 0.76	0.00 – 0.70		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının sahip olduğu çocuk sayısına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Bkz Tablo 4.6). bakım elemanlarının çocuk sahibi olup olmaması ruhsal belirti düzeylerini etkilememektedir.

**Tablo 4.7.** Bakım elemanlarının eğitim durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Eğitim Durumu				Test Sonuçları	
	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	$\chi^2^*$	p
<b>Somatizasyon</b>					0.969	0.809
Ortanca	0.14	0.14	0.14	0.14		
Min – Max	0.00 – 3.57	0.00 – 3.00	0.00 – 3.57	0.00 – 2.86		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>					1.029	0.794
Ortanca	0.33	0.33	0.33	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.83	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00	0.00 – 1.67		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>					1.929	0.587
Ortanca	0.25	0.25	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 3.00	0.00 – 4.00	0.00 – 2.00		
<b>Depresyon</b>					0.098	0.992
Ortanca	0.17	0.17	0.17	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.67	0.00 – 3.00	0.00 – 3.67	0.00 – 1.50		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>					0.958	0.811
Ortanca	0.17	0.17	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 3.33	0.00 – 2.67	0.00 – 3.33	0.00 – 1.50		
<b>Hostilite</b>					2.631	0.452
Ortanca	0.00	0.00	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.60	0.00 – 3.00	0.00 – 2.40	0.00 – 1.40		
<b>Fobik Anksiyete</b>					1.733	0.630
Ortanca	0.20	0.00	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.80	0.00 – 2.60	0.00 – 2.80	0.00 – 1.20		
<b>Paranoid Düşünceler</b>					8.848	<b>0.031</b>
Ortanca	0.60 <sup>1</sup>	0.40	0.80 <sup>1</sup>	0.60		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 3.00	0.00 – 4.00	0.00 – 2.80		
<b>Psikotizm</b>					3.801	0.284
Ortanca	0.20	0.20	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.20	0.00 – 2.60	0.00 – 1.60		
<b>Ek Maddeler</b>					1.211	0.750
Ortanca	0.25	0.25	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00	0.00 – 1.75		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

<sup>1</sup> Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. (p<0.05)



**Tablo 4.7.** Bakım elemanlarının eğitim durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	Eğitim Durumu				Test Sonuçları	
	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	$\chi^2$ *	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>					2.558	0.465
Ortanca	0.04	0.05	0.07	0.06		
Min – Max	0.00 – 0.56	0.00 – 0.54	0.00 – 0.54	0.00 – 0.30		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>						
Ortanca	9.00	9.00	12.00	12.00	3.574	0.311
Min – Max	0.00-49.00	0.00 – 53.00	0.00-50.00	0.00 – 45.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>					0.571	0.903
Ortanca	0.28	0.26	0.26	0.26		
Min – Max	0.00 – 0.70	0.00 – 0.76	0.00 – 0.68	0.00 – 0.53		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

<sup>1</sup> Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. (p<0.05)

Bakım elemanlarının eğitim durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları karşılaştırıldığında Paranoid Düşünceler alt boyutu dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05, Bkz Tablo 4.7). Lise mezunlarının Paranoid Düşünceler puanlarının ilkokul mezunlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Paranoid Düşünceler puanları bakımından diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir (p>0.05).

**Tablo 4.8.** Bakım elemanlarının gelir algılarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Alınan ücreti yeterli bulma durumu		Test Sonuçları	
	Yeterli	Yetersiz	Z*	p
<b>Somatizasyon</b>			0.710	0.478
Ortanca	0.00	0.14		
Min – Max	0.00 – 2.57	0.00 – 3.57		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>			0.582	0.561
Ortanca	0.33	0.33		
Min – Max	0.00 – 2.33	0.00 – 3.83		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>			0.492	0.623
Ortanca	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 2.00	0.00 – 4.00		
<b>Depresyon</b>			0.250	0.802
Ortanca	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 1.67	0.00 – 3.67		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>			0.189	0.850
Ortanca	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 2.17	0.00 – 3.33		
<b>Hostilite</b>			0.859	0.390
Ortanca	0.00	0.00		
Min – Max	0.00 – 2.20	0.00 – 3.00		
<b>Fobik Anksiyete</b>			0.929	0.353
Ortanca	0.00	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.80	0.00 – 2.60		
<b>Paranoid Düşünceler</b>			2.985	<b>0.003</b>
Ortanca	0.40	0.60		
Min – Max	0.00 – 2.00	0.00 – 4.00		
<b>Psikotizm</b>			0.047	0.963
Ortanca	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.40	0.00 – 3.20		
<b>Ek Maddeler</b>			0.078	0.938
Ortanca	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.8.** Bakım elemanlarının gelir algılarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	Alınan ücreti yeterli bulma durumu		Test Sonuçları	
	Yeterli	Yetersiz	Z*	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>			0.914	0.361
Ortanca	0.04	0.05		
Min – Max	0.00 – 0.41	0.00 – 0.56		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>			0.826	0.409
Ortanca	9.00	10.50		
Min – Max	0.00 – 46.00	0.00 – 53.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>			0.453	0.651
Ortanca	0.26	0.26		
Min – Max	0.00 – 0.54	0.00 – 0.76		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının gelir algılarına göre KSE alt boyut ölçek puanları karşılaştırıldığında sadece Paranoid Düşünceler puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Gelir algısı yetersiz olan bakım elemanlarının Paranoid Düşünceler puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz Tablo 4.8).

**Tablo 4.9.** Bakım elemanlarının çalışma sürelerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Çalışma Süresi (ay)				Test Sonuçları	
	12 aydan az	13-60 ay	61-120 ay	121 ay ve üzeri	$\chi^2$ *	P
<b>Somatizasyon</b>					5.052	0.168
Ortanca	0.00	0.14	0.14	0.14		
Min – Max	0.00 –0.43	0.00 –3.57	0.00 – 3.00	0.00 –1.29		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>					2.438	0.487
Ortanca	0.33	0.33	0.33	0.50		
Min – Max	0.00 –1.50	0.00 –3.17	0.00 – 3.83	0.00 –2.17		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>					2.004	0.572
Ortanca	0.25	0.25	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 2.25	0.00 –4.00	0.00 – 3.50	0.00 –3.75		
<b>Depresyon</b>					2.250	0.522
Ortanca	0.17	0.17	0.17	0.33		
Min – Max	0.00 –1.67	0.00 –3.67	0.00 – 3.67	0.00 –2.83		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>					0.805	0.805
Ortanca	0.17	0.17	0.17	0.33		
Min – Max	0.00 –1.33	0.00 –3.33	0.00 – 3.00	0.00 –2.00		
<b>Hostilite</b>					0.591	0.899
Ortanca	0.00	0.10	0.20	0.00		
Min – Max	0.00 –1.00	0.00 –2.60	0.00 – 3.00	0.00 –2.00		
<b>Fobik Anksiyete</b>					0.726	0.726
Ortanca	0.20	0.00	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 –1.80	0.00 –2.80	0.00 – 2.60	0.00 –2.00		
<b>Paranoid Düşünceler</b>					1.077	0.783
Ortanca	0.80	0.60	0.60	0.40		
Min – Max	0.00 –2.20	0.00 –4.00	0.00 – 3.20	0.00 –2.80		
<b>Psikotizm</b>					0.187	0.980
Ortanca	0.20	0.20	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 –1.40	0.00 –2.60	0.00 – 3.20	0.00 –2.20		
<b>Ek Maddeler</b>					1.752	0.625
Ortanca	0.25	0.25	0.25	0.50		
Min – Max	0.00 –2.50	0.00 –3.00	0.00 – 3.00	0.00 –2.00		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.9.** Bakım elemanlarının çalışma sürelerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	Çalışma Süresi (ay)				Test Sonuçları	
	12 aydan az	13-60 ay	61-120 ay	121 ay ve üzeri	$\chi^2$ *	P
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>					1.751	0.626
Ortanca	0.04	0.05	0.05	0.06		
Min – Max	0.00 – 0.25	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56	0.00 – 0.33		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>					1.506	0.681
Ortanca	12.00	10.00	11.00	11.00		
Min – Max	0.00-31.00	0.00-50.00	0.00 – 53.00	0.00-43.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>					2.125	0.547
Ortanca	0.28	0.26	0.27	0.29		
Min – Max	0.00 – 0.46	0.00 – 0.76	0.00 – 0.70	0.00 – 0.64		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının çalışma sürelerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), ( Bkz Tablo 4.9).

**Tablo 4.10.** Bakım elemanlarının çalışma şekillerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Çalışma Şekli			Test Sonuçları	
	Sürekli Gündüz	Sürekli Gece	Vardiya	$\chi^2^*$	p
<b>Somatizasyon</b>				2.574	0.276
Ortanca	0.14	0.29	0.14		
Min – Max	0.00 – 2.14	0.00 – 3.00	0.00 – 3.57		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>				1.707	0.426
Ortanca	0.33	0.33	0.33		
Min – Max	0.00 – 2.33	0.00 – 3.00	0.00 – 3.83		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>				2.564	0.278
Ortanca	0.50	0.50	0.50		
Min – Max	0.00 – 2.00	0.00 – 3.00	0.00 – 4.00		
<b>Depresyon</b>				2.413	0.299
Ortanca	0.33	0.33	0.17		
Min – Max	0.00 – 2.83	0.00 – 2.67	0.00 – 3.67		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>				0.194	0.908
Ortanca	0.17	0.00	0.17		
Min – Max	0.00 – 2.67	0.00 – 2.67	0.00 – 3.33		
<b>Hostilite</b>				0.859	0.651
Ortanca	0.20	0.00	0.00		
Min – Max	0.00 – 2.20	0.00 – 3.00	0.00 – 2.60		
<b>Fobik Anksiyete</b>				2.806	0.246
Ortanca	0.20	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 1.80	0.00 – 2.60	0.00 – 2.80		
<b>Paranoid Düşünceler</b>				0.299	0.861
Ortanca	0.60	0.60	0.60		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 3.00	0.00 – 4.00		
<b>Psikotizm</b>				0.171	0.918
Ortanca	0.20	0.00	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.20	0.00 – 3.20	0.00 – 3.00		
<b>Ek Maddeler</b>				1.546	0.462
Ortanca	0.25	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 1.75	0.00 – 2.75	0.00 – 3.00		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.10.** Bakım elemanlarının çalışma şekillerine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	Çalışma Şekli			Test Sonuçları	
	Sürekli Gündüz	Sürekli Gece	Vardiya	$\chi^2$ *	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>				0.277	0.871
Ortanca	0.07	0.04	0.05		
Min – Max	0.00 – 0.42	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>				0.573	0.751
Ortanca	12.00	11.00	10.00		
Min – Max	1.00 – 43.00	0.00 – 53.00	0.00 – 50.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>				0.401	0.818
Ortanca	0.28	0.23	0.26		
Min – Max	0.19 – 0.76	0.00 – 0.54	0.00 – 0.76		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının çalışma şekline göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), ( Bkz Tablo 4.10).

**Tablo 4.11.** Bakım elemanlarının meslekte çalışma şeklinin sosyal yaşamına etkisini değerlendirme durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Çalışma Şeklinin Sosyal Yaşama Etkisi			Test Sonuçları	
	Etkilemiyor	Sosyal / özel hayata zaman ayıramıyorum	Aile bireyleriyle iletişim sorunları yaşıyorum	$\chi^2$ *	p
<b>Somatizasyon</b>				23.187	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1,2</sup>	0.14 <sup>1</sup>	0.29 <sup>2</sup>		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.57	0.00 – 3.57		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>				26.783	<0.001
Ortanca	0.17 <sup>1,2</sup>	0.50 <sup>1</sup>	0.67 <sup>2</sup>		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.83	0.00 – 3.00		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>				16.379	<0.001
Ortanca	0.25 <sup>1,2</sup>	0.25 <sup>1</sup>	0.75 <sup>2</sup>		
Min – Max	0.00 – 3.50	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00		
<b>Depresyon</b>				27.519	<0.001
Ortanca	0.17 <sup>1,2</sup>	0.33 <sup>1,3</sup>	0.50 <sup>2,3</sup>		
Min – Max	0.00 – 2.83	0.00 – 3.67	0.00 – 3.67		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>				30.271	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1,2</sup>	0.17 <sup>1,3</sup>	0.67 <sup>2,3</sup>		
Min – Max	0.00 – 2.67	0.00 – 3.33	0.00 – 3.33		
<b>Hostilite</b>				31.580	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1,2</sup>	0.20 <sup>1</sup>	0.50 <sup>2</sup>		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 2.40	0.00 – 2.60		
<b>Fobik Anksiyete</b>				20.470	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1,2</sup>	0.20 <sup>1</sup>	0.40 <sup>2</sup>		
Min – Max	0.00 – 2.60	0.00 – 2.80	0.00 – 2.40		
<b>Paranoid Düşünceler</b>				17.966	<0.001
Ortanca	0.60 <sup>1,2</sup>	0.70 <sup>1</sup>	1.20 <sup>2</sup>		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00		
<b>Psikotizm</b>				23.705	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1,2</sup>	0.20 <sup>1</sup>	0.40 <sup>2</sup>		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 3.00	0.00 – 2.60		
<b>Ek Maddeler</b>				14.724	<0.001
Ortanca	0.25 <sup>1,2</sup>	0.25 <sup>1</sup>	0.50 <sup>2</sup>		
Min – Max	0.00 – 2.75	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

<sup>1,2,3</sup> Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. (p<0.05)



**Tablo 4.11.** Bakım elemanlarının meslekte çalışma şeklinin sosyal yaşamına etkisini değerlendirme durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	Çalışma Şeklinin Sosyal Yaşama Etkisi			Test Sonuçları	
	Etkilemiyor	Sosyal / özel hayata zaman ayıramıyorum	Aile bireyleriyle iletişim sorunları yaşıyorum	$\chi^2$ *	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>				33.721	<0.001
Ortanca	0.04 <sup>1,2</sup>	0.07 <sup>1,3</sup>	0.11 <sup>2,3</sup>		
Min – Max	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56	0.00 – 0.54		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>				30.691	<0.001
Ortanca	8.00 <sup>1,2</sup>	12.50 <sup>1,3</sup>	21.00 <sup>2,3</sup>		
Min – Max	0.00 – 53.00	0.00 – 50.00	0.00 – 46.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>				14.668	<0.001
Ortanca	0.24 <sup>1,2</sup>	0.26 <sup>1</sup>	0.31 <sup>2</sup>		
Min – Max	0.00 – 0.76	0.00 – 0.68	0.00 – 0.69		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

<sup>1,2,3</sup> Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. (p<0.05)

Bakım elemanlarının çalışma şeklinin sosyal yaşama etkisine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0.05, Bkz Tablo 4.11).

Alt boyutunda elde edilen bu farkın nereden kaynaklandığını saptamak için ileri analiz yapılmıştır. Bu analizdeki ikili karşılaştırmalar sonucunda sosyal yaşamı etkilenmeyen bakım elemanların diğer iki gruptaki çalışanlara göre tüm alt boyut puanları daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Aile bireyleriyle iletişim sorunu yaşanan çalışanların tüm alt boyutları puanları sosyal/özel yaşama zaman ayıramayan çalışanlardan daha fazla bulunmuştur. Sosyal yaşamı etkilenmeyen bakım elemanlarının tüm alt boyutları puanları aile bireyleri arasında iletişim sorunları yaşıyorum diyenlerden daha düşük bulunmuştur (p<0.05).

**Tablo 4.12.** Bakım elemanlarının meslekte sorun yaşanan alanlara göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Sorun Yaşanan Alan				Test Sonuçları	
	Sorun yok	Yönetici ile	Ekip arkadaşı ile	Hasta ile	$\chi^2$ *	p
<b>Somatizasyon</b>					20.327	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1</sup>	0.14 <sup>1,2</sup>	0.00 <sup>2</sup>	0.14		
Min – Max	0.00 – 2.57	0.00 – 3.57	0.00 – 3.57	0.00 – 2.29		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>					22.879	<0.001
Ortanca	0.33 <sup>1</sup>	0.50 <sup>1</sup>	0.33	0.33		
Min – Max	0.00 – 2.33	0.00 – 3.17	0.00 – 3.83	0.00 – 2.67		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>					7.507	0.057
Ortanca	0.25	0.50	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 2.00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 3.75		
<b>Depresyon</b>					18.844	<0.001
Ortanca	0.17 <sup>1,2</sup>	0.33 <sup>1</sup>	0.33 <sup>2</sup>	0.17		
Min – Max	0.00 – 2.17	0.00 – 3.67	0.00 – 3.67	0.00 – 2.50		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>					22.686	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1</sup>	0.33 <sup>2</sup>	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 2.00	0.00 – 3.33	0.00 – 3.33	0.00 – 3.00		
<b>Hostilite</b>					20.427	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1,2</sup>	0.20 <sup>1</sup>	0.20 <sup>2</sup>	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.20	0.00 – 3.00	0.00 – 2.40	0.00 – 1.40		
<b>Fobik Anksiyete</b>					7.460	0.059
Ortanca	0.00	0.20	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.40	0.00 – 2.80	0.00 – 2.20	0.00 – 1.80		
<b>Paranoid Düşünceler</b>					35.230	<0.001
Ortanca	0.40 <sup>1,2</sup>	0.80 <sup>1</sup>	0.80 <sup>2</sup>	0.60		
Min – Max	0.00 – 2.80	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 2.80		
<b>Psikotizm</b>					16.963	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1,2</sup>	0.20 <sup>1</sup>	0.20 <sup>2</sup>	0.00		
Min – Max	0.00 – 2.00	0.00 – 3.20	0.00 – 3.00	0.00 – 1.80		
<b>Ek Maddeler</b>					16.924	<0.001
Ortanca	0.00 <sup>1</sup>	0.50 <sup>2</sup>	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00	0.00 – 2.75	0.00 – 2.75		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

<sup>1,2</sup> Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. (p<0.05)

**Tablo 4.12.** Bakım elemanlarının meslekte sorun yaşanan alanlara göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	Sorun Yaşanan Alan				Test Sonuçları	
	Sorun yok	Yönetici ile	Ekip arkadaşı ile	Hasta ile	$\chi^2$ *	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>					27.303	<0.001
Ortanca	0.04 <sup>1,2</sup>	0.08 <sup>1</sup>	0.06 <sup>2</sup>	0.05		
Min – Max	0.00 – 0.41	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56	0.00 – 0.39		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>					22.566	<0.001
Ortanca	7.00 <sup>1,2</sup>	14.00 <sup>1</sup>	11.00 <sup>2</sup>	11.00		
Min – Max	0.00 – 42.00	0.00 – 53.00	0.00 – 49.00	0.00 – 50.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>					16.282	<0.001
Ortanca	0.24 <sup>1</sup>	0.30 <sup>1</sup>	0.26	0.27		
Min – Max	0.00 – 0.76	0.00 – 0.69	0.00 – 0.76	0.00 – 0.64		

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

<sup>1,2</sup> Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. (p<0.05)

Bakım elemanlarının meslekte sorun yaşanan alanlara göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında kişiler arası duyarlılık ve fobik anksiyete alt boyutları hariç diğerler tüm alt boyutlar ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0.05), (Bkz Tablo 4.12).

Alt boyutunda elde edilen bu farkın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analiz yapılmıştır. Bu analizdeki ikili karşılaştırmalar sonucunda grupların Somatizasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken (p<0.001), Kişilerarası Duyarlılık puanı bakımından grupların benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05). En fazla yönetici ile sorun yaşayanların Somatizasyon puanlarının sorun yaşamayanlar ve en çok ekip arkadaşlarıyla sorun yaşayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Diğer ikili karşılaştırmalar sonucunda Somatizasyon puanlarının benzer olduğu görülmüştür (p>0.05). Ayrıca grupların OKB, anksiyete bozukluğu, hostilite, psikotizm, ek maddeler, BTI, SRI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. En fazla yönetici ile sorun yaşayanların sorun yaşamayanlara göre bu alt boyutların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). En fazla ekip arkadaşı ve yönetici ile sorun yaşayanların sorun yaşamayanlara göre Depresyon ve RCI alt boyutları puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

**Tablo 4.13.** Bakım elemanlarının mesleki problemlerine yönelik geliştirdikleri davranış durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Geliştirdikleri Davranış		Test Sonuçları	
	Hiçbir şey yapmam	Problemi bir şekilde çözmeye çalışırım	Z*	p
<b>Somatizasyon</b>			0.704	0.482
Ortanca	0.07	0.14		
Min – Max	0.00 – 3.57	0.00 – 3.57		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>			2.040	<b>0.041</b>
Ortanca	0.58	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.83	0.00 – 3.00		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>			1.696	0.090
Ortanca	0.50	0.25		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00		
<b>Depresyon</b>			3.849	<b>0.001</b>
Ortanca	0.67	0.17		
Min – Max	0.00 – 3.67	0.00 – 3.67		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>			1.437	0.151
Ortanca	0.33	0.17		
Min – Max	0.00 – 3.33	0.00 – 3.33		
<b>Hostilite</b>			0.914	0.361
Ortanca	0.10	0.00		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 2.40		
<b>Fobik Anksiyete</b>			1.732	0.083
Ortanca	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.60	0.00 – 2.80		
<b>Paranoid Düşünceler</b>			2.584	<b>0.010</b>
Ortanca	1.40	0.60		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00		
<b>Psikotizm</b>			1.448	0.148
Ortanca	0.30	0.20		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 2.60		
<b>Ek Maddeler</b>			0.980	0.327
Ortanca	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 2.75	0.00 – 3.00		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.13.** Bakım elemanlarının mesleki problemlerine yönelik geliştirdikleri davranış durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	Geliştirdikleri Davranış		Test Sonuçları	
	Hiçbir şey yapmam	Problemi bir şekilde çözmeye çalışırım	Z*	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>			2.195	<b>0.028</b>
Ortanca	0.09	0.05		
Min – Max	0.00 – 0.56	0.00 – 0.54		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>			1.365	0.172
Ortanca	11.50	10.00		
Min – Max	0.00 – 53.00	0.00 – 50.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>			3.278	<b>0.001</b>
Ortanca	0.41	0.26		
Min – Max	0.00 – 0.76	0.00 – 0.70		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının mesleki problemlere karşı geliştirdikleri davranışlara göre KSE puanları problemleri çözmek için hiçbir şey yapmayan çalışanların obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, paranoid düşünceler, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve semptom rahatsızlık İndeksi puanları problemler karşısında çözüm arayan çalışanlara göre daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir ( $p < 0.05$ , Bkz Tablo 4.13). Diğer alt boyutlar ve indeksler bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.14.** Bakım elemanlarının kurumlarındaki sosyal olanakların durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445).

KSE Alt Boyutları	Sosyal Olanak Durumu		Test Sonuçları	
	Sosyal olanak yok	Sosyal olanak var	Z*	p
<b>Somatizasyon</b>			1.134	0.257
Ortanca	0.14	0.14		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.57		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>			0.930	0.352
Ortanca	0.33	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.83		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>			1.769	0.077
Ortanca	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 4.00		
<b>Depresyon</b>			0.644	0.519
Ortanca	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 2.67	0.00 – 3.67		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>			0.907	0.364
Ortanca	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 2.67	0.00 – 3.33		
<b>Hostilite</b>			1.206	0.228
Ortanca	0.20	0.00		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 2.60		
<b>Fobik Anksiyete</b>			0.870	0.384
Ortanca	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.60	0.00 – 2.80		
<b>Paranoid Düşünceler</b>			0.042	0.967
Ortanca	0.60	0.60		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 4.00		
<b>Psikotizm</b>			1.095	0.274
Ortanca	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 3.00		
<b>Ek Maddeler</b>			0.398	0.691
Ortanca	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 2.75	0.00 – 3.00		
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>			0.745	0.457
Ortanca	0.07	0.05		
Min – Max	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>			0.536	0.592
Ortanca	10.00	10.00		
Min – Max	0.00 – 53.00	0.00 – 50.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>			1.002	0.317
Ortanca	0.26	0.26		
Min – Max	0.00 – 0.57	0.00 – 0.76		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının çalışma yaşamındaki sosyal olanak durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Bkz Tablo 4.14).

**Tablo 4.15.** Bakım elemanlarının kurumlarındaki iş motivasyonunu artıracak etkinliklerin varlığına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445).

KSE Alt Boyutları	İş Motivasyonunu Artıracak Etkinlik		Test Sonuçları	
	Yok	Var	Z*	p
<b>Somatizasyon</b>			0.422	0.673
Ortanca	0.14	0.14		
Min – Max	0.00 – 3.57	0.00 – 1.29		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>			0.826	0.409
Ortanca	0.33	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.83	0.00 – 2.33		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>			0.416	0.677
Ortanca	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 2.75		
<b>Depresyon</b>			0.411	0.681
Ortanca	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 3.67	0.00 – 2.83		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>			0.357	0.721
Ortanca	0.17	0.17		
Min – Max	0.00 – 3.33	0.00 – 2.33		
<b>Hostilite</b>			1.006	0.314
Ortanca	0.20	0.00		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 2.40		
<b>Fobik Anksiyete</b>			1.231	0.218
Ortanca	0.20	0.00		
Min – Max	0.00 – 2.80	0.00 – 2.80		
<b>Paranoid Düşünceler</b>			2.944	<b>0.003</b>
Ortanca	0.60	0.40		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 3.00		
<b>Psikotizm</b>			1.313	0.189
Ortanca	0.20	0.20		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 2.60		
<b>Ek Maddeler</b>			0.931	0.352
Ortanca	0.25	0.25		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.00		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.15.** Bakım elemanlarının kurumlarındaki iş motivasyonunu artıracak etkinliklerin varlığına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445) (devam)

KSE Alt Boyutları	İş Motivasyonunu Artıracak Etkinlik		Test Sonuçları	
	Yok	Var	Z*	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>			1.277	0.202
Ortanca	0.05	0.05		
Min – Max	0.00 – 0.56	0.00 – 0.39		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>			0.292	0.771
Ortanca	10.00	10.00		
Min – Max	0.00 – 53.00	0.00 – 46.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>			2.806	<b>0.005</b>
Ortanca	0.27	0.24		
Min – Max	0.00 – 0.76	0.00 – 0.50		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bakım elemanların iş motivasyonunu arttıracak aktivitelere yönelik düşüncelerine göre KSE alt boyut ölçek puanlarına göre sadece paranoid düşünceler ve semptom rahatsızlık indeksi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ), (Bkz Tablo 4.15). İş motivasyonunu artıracak etkinlik olmadığını belirten bakım elemanlarının PD ve SRI puanları daha fazla bulunmuştur.



**Tablo 4.16.** Bakım elemanlarının son bir yılda yaşadığı stres durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445).

KSE Alt Boyutları	Son Bir Yılda Yaşanılan Stres Durumu		Test Sonuçları	
	Yok	Var	Z*	p
<b>Somatizasyon</b>			5.063	<0.001
Ortanca	0.00	0.29		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.57		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>			5.025	<0.001
Ortanca	0.33	0.50		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.83		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>			4.631	<0.001
Ortanca	0.25	0.50		
Min – Max	0.00 – 3.75	0.00 – 4.00		
<b>Depresyon</b>			5.382	<0.001
Ortanca	0.17	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.33	0.00 – 3.67		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>			5.860	<0.001
Ortanca	0.00	0.33		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 3.33		
<b>Hostilite</b>			5.467	<0.001
Ortanca	0.00	0.20		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 2.60		
<b>Fobik Anksiyete</b>			3.274	<0.001
Ortanca	0.00	0.20		
Min – Max	0.00 – 2.80	0.00 – 2.80		
<b>Paranoid Düşünceler</b>			5.043	<0.001
Ortanca	0.60	0.90		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 4.00		
<b>Psikotizm</b>			5.157	<0.001
Ortanca	0.00	0.40		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 3.00		
<b>Ek Maddeler</b>			3.554	<0.001
Ortanca	0.25	0.50		
Min – Max	0.00 – 2.75	0.00 – 3.00		
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>			5.601	<0.001
Ortanca	0.04	0.08		
Min – Max	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>			6.056	<0.001
Ortanca	8.00	16.00		
Min – Max	0.00 – 53.00	0.00 – 50.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>			2.455	0.014
Ortanca	0.26	0.27		
Min – Max	0.00 – 0.70	0.00 – 0.76		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının son bir yıl içerisinde önemli stres olayı yaşama durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ), (Bkz Tablo 4.16). Son bir yılda stres yaşadığını ifade edenlerin KSE alt ölçek puanlarının yaşamayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.17.** Bakım elemanlarının daha önce ruhsal bir sorun yaşama göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)

KSE Alt Boyutları	Daha Önce Ruhsal Sorun Yaşama Durumu		Test Sonuçları	
	Sorun Yaşamadım	Sorun Yaşadım	Z*	p
<b>Somatizasyon</b>			5.465	<0.001
Ortanca	0.00	0.43		
Min – Max	0.00 – 3.57	0.00 – 3.57		
<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>			5.243	<0.001
Ortanca	0.33	0.83		
Min – Max	0.00 – 3.17	0.00 – 3.83		
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>			4.577	<0.001
Ortanca	0.25	0.75		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00		
<b>Depresyon</b>			5.969	<0.001
Ortanca	0.17	0.67		
Min – Max	0.00 – 3.67	0.00 – 3.67		
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>			6.130	<0.001
Ortanca	0.17	0.67		
Min – Max	0.00 – 3.33	0.00 – 3.33		
<b>Hostilite</b>			6.594	<0.001
Ortanca	0.00	0.60		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 2.40		
<b>Fobik Anksiyete</b>			3.849	<0.001
Ortanca	0.00	0.30		
Min – Max	0.00 – 2.80	0.00 – 2.80		
<b>Paranoid Düşünceler</b>			5.608	<0.001
Ortanca	0.60	1.40		
Min – Max	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00		
<b>Psikotizm</b>			6.150	<0.001
Ortanca	0.20	0.60		
Min – Max	0.00 – 3.20	0.00 – 3.00		
<b>Ek Maddeler</b>			4.884	<0.001
Ortanca	0.25	0.75		
Min – Max	0.00 – 3.00	0.00 – 2.75		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.17.** Bakım elemanlarının daha önce ruhsal bir sorun yaşama durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (n=445)  
(devam)

KSE Alt Boyutları	Daha Önce Ruhsal Sorun Yaşama Durumu		Test Sonuçları	
	Sorun Yaşamadım	Sorun Yaşadım	Z*	p
<b>Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi</b>			6.628	<0.001
Ortanca	0.04	0.12		
Min – Max	0.00 – 0.54	0.00 – 0.56		
<b>Belirti Toplam İndeksi</b>			6.676	<0.001
Ortanca	9.00	24.00		
Min – Max	0.00 – 53.00	0.00 – 49.00		
<b>Semptom Rahatsızlık İndeksi</b>			3.188	<0.001
Ortanca	0.26	0.30		
Min – Max	0.00 – 0.76	0.00 – 0.68		

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bakım elemanlarının daha önce ruhsal bir sorun yaşama durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ , Bkz Tablo 4.17). Daha önce ruhsal sorun yaşadığını ifade edenlerin KSE alt ölçek puanlarının yaşamayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

## 5.TARTIŞMA

Araştırma Ankara Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde bakım elemanlarının bakım verme yükü ile ruhsal durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Günümüzde ortalama ömrün uzaması, geleneksel aileden çekirdek aileye geçiş, sağlık sorunlarının artması bakıma ihtiyaç duyan birey sayısının da artmasına yol açmaktadır (3). Bu ihtiyacın önemli bir kısmı engelli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde bakım hizmeti sunan bakım elemanları tarafından karşılanmaktadır. Çalışmaya katılan 445 bakım elemanının % 63.8'nin kadın olarak belirlenmiştir (Bkz Tablo 4.1). Danış ve Genç tarafından yapılan bir çalışmada bakım elemanlarının %80'nin kadın olduğu belirlenmiştir (3). Literatür incelendiğinde kurum dışındaki bakım vericilerin de ağırlıklı kadınlardan oluştuğu dikkat çekmektedir. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bakım verenlerin %75'nin, Zaybak ve arkadaşlarının araştırmasında bakım verenlerin %77'sinin kadın olduğu bulunmuştur (32, 33). Bakım hizmetlerinde kadınlar erkeklere göre daha çok tercih edilmektedir. Ayrıca kadınların özellikleri erkeklere nazaran bakım hizmetine daha yatkın olduğu görülmektedir. Bu sebeple kadın bakım elemanı daha çok tercih edilmektedir. Çalışma literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılan bakım elemanlarının %47.4'nün 30-39 yaş grubundadır, %30.1'nin 40-49 yaş grubundadır. Bu durumda çalışanların ortalama %80 orta yaş grubundadır. Kaya ve Yıkılmış'ın bakım hizmeti veren personeller üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalamaları 36 olarak bulunmuştur (34). Bu sonuçlara bakıldığında orta yaş grubunun iş ve yaşına bağlı tecrübeleri olduğunu söyleyebiliriz. Buna bağlı olarak bakım hizmeti tecrübeli kişilerle bakım verilmesi olumlu bir gelişme olarak düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bakım elemanlarının tamamına yakınının evli olduğu görülmüştür. Danış ve Genç tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin % 88'i evli, Zaybak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 66'sının evli olduğu görülmüştür

(3,33). Evli kişilerin bakım ilkeleri açısından baktığımızda bekarlara göre daha hassas ve duyarlı olacağı, evliliğin getirdiği tecrübeyle bakıma ihtiyaç duyan bireye daha yakın bir ilgi ile bakım vereceği buna bağlı olarak bakım hizmeti açısından olumlu olacağı düşünülebilir.

Gelişmiş ülkelere baktığımızda bakım elemanları lise eğitimden sonra teorik ve uygulamalı olarak iki yıllık bir eğitim almaktadır. Türkiye’de ise kurumların (MEB, Halk Eğitim Merkezi Müdürlüğü, İşkur, yerel yönetimler, bakım hizmeti veren kurumlar vb.) sertifika eğitimleri yoluyla tamamladıkları görülmektedir (4). Çalışmamıza katılan bakım elemanlarının % 33.1’inin lise düzeyinde eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Danış ve Genç tarafından yapılan çalışmada bakım elemanlarının %66’sının lise mezunu olduğu bulunmuştur (3). Bu veriler bakım elemanı statüsünde çalışmak isteyenlerin daha çok lise eğitimi almış kişilerden oluştuğu ve eğilimin bu yönde olduğunu göstermektedir.

Bakım elemanlarının yaklaşık yarısının çalışma süresi bir ile beş yıl arasında değişmektedir. Yapılan bir çalışmada bakım elemanlarının rehabilitasyon merkezinde çalışma süresi ortalama 5 yıl olarak bulunmuştur (34). Bu çalışma bizim çalışmamız ile benzer bulgulara sahip olduğu görülmüştür. Meslekte çalışma süresinin fazla olması kişisel tolerasyonda azalmaya neden olabileceğinden ruhsal durumu da etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmada bakım elemanlarının tamamına yakınının çalışma şeklinin vardiya değişimi olduğu bulunmuştur. Kişisel sorun ya da durumlara bağlı olarak diğer bakım elemanları sadece gece ya da gündüz çalışmaktadır. Kaya ve Yıkılmış’ın Bakım hizmeti veren personeller üzerinde yaptığı çalışmada ise bakım elemanlarının tamamı vardiya değişimi şeklinde çalıştığı bulunmuştur. Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (34). Literatür bilgileri doğrultusunda, sürekli vardiya sisteminde çalışmak ya da gece çalışmak uyku problemlerine yol açıp gerginlik düzeyini artıracığından geri kalan zamanı kaliteli kullanmayı etkilemektedir. Çalışma bulguları doğrultusunda, bu durumun bakım elemanlarının ruh sağlığını olumsuz anlamda etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bakım elemanlarının % 88.5'inin aldığı ücreti yetersiz bulduğu tespit edilmiştir. Danış ve Genç tarafından yapılan bir çalışmada çalışanların %2.9'nun finansal yönden zorlandığı saptanmıştır (3). Çalışma hayatında emeğinin karşılığını alma ve aldığına memnun olmak önemlidir. Bakım elemanı finans sıkıntısı yaşaması buna sonucunda bakım elemanın hem fiziksel hem ruhsal açıdan yıpranması düşünülebilir.

Araştırmada katılan bakım elemanlarının tamamına yakını çalışma yaşamında sosyal olanak olduğunu belirtmiştir. Sosyal olanaklar içerisinde ise servis ve yemek olduğu tespit edilmiştir. Literatür bilgilerine göre ulaşım, lojman, kreş gibi sosyal olanakların varlığı çalışan bireyler için stres azaltıcı etkiye sahiptir (35). Strese bağlı ruhsal sorunlar yaşanma olasılığı artmaktadır. Bakım elemanı için sosyal olanakların olması gerektiği düşünülebilir.

Çalışanların iş motivasyonunu artıracak etkinlik olup olmadığı sorusuna % 75.5'i etkinlik olmadığını belirtmiştir. Bakım elemanı olarak sürekli engelli bireylere bakım vermek motivasyon eksikliği meydana getirmektedir. Bu durumda bakım hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü gibi, bakıma muhtaç kimsenin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle bakım verenlerin motivasyonunu artırıcı etkinlikler olması gerektiği görüşündeyiz.

Literatür bilgileri stresin ruh sağlığını tehdit eden faktörlerin başında yer aldığını, iş ve sosyal hayatı etkilemesi açısından uygun baş etme yöntemlerinin kullanılması önemli olduğu belirtilmiştir (23). Bu çalışmaya katılan bakım elemanlarının %60'nın son bir yıl içerisinde önemli bir stresli yaşam olayı yaşadığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan bakım elemanlarının %87.9'nun bu işi yapmadan önce ruhsal sorun yaşamadığını belirtmiştir. Daha önceden ruhsal sorun yaşama durumunun ruhsal durum değerlendirilmesinde önemli bir faktör olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bakım elemanların KSE alt boyut ölçek puan ortancalarının karşılaştırılmasına göre cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma süresi, çalışma şekli ve sosyal olanakların olup olmaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde bizim sonuçlarla benzerlik bulunmaktadır (36, 37, 38, 39, 40).

Bakım elemanlarının eğitim durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları karşılaştırıldığında PD alt boyutu dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.7). Lise mezunlarının PD puanlarının ilkökul mezunlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. PD puanları bakımından diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir. Literatürde eğitim durumu arttıkça ruhsal belirti gösterme durumunun azaldığı ve eğitim düzeyinin ruhsal belirti gösterme durumunu etkilemediği tespit edilmiştir. Yapılan çalışma sonuçları eğitim düzeyi arttıkça ruh sağlığı düzeylerinde de düzelme olduğu görülmekle birlikte genel ruh sağlığı açısından bakıldığında üniversite veya yüksekokul mezunu olan bireylerde ruh sağlığının diğer eğitim düzeylerine sahip bireylere göre daha kötü durumda olduğu bulunmuş ve bu bulguyu desteklemektedir (41, 42). Bakım verenin ruhsal sağlığının hastalık hakkında sahip oldukları bilgi düzeyinden ve bakım sürecinin olumsuz etkileri karşısında kullanılan baş etme yönteminden etkilendiği düşünülmektedir. Bu bulguyu artan eğitim düzeyiyle birlikte bakım verenlerin hastalık, tedavi ve hastalıkla baş etme, toplumsal kaynaklara ulaşma gibi alanlarda bilgiye daha kolay ulaşabilmesi ve baş etmede probleme odaklı stratejilere yönelmesiyle açıklamak mümkündür.

Bakım elemanlarının gelir algılarına göre KSE alt boyut ölçek puanları karşılaştırıldığında sadece PD puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.8). Gelir algısı yetersiz olan bakım elemanlarının PD puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalara baktığımızda, çalışmamızı desteklemektedir (40, 41, 43, 44, 45).

Bakım elemanlarının çalışma şeklinin sosyal yaşama etkisine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.11). Literatür araştırmasında, kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumların belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada %54,6 kadın çalışan çalışma şekline dolaylı sosyal/özel hayatına zaman ayıramadığı tespit edilmiştir (45). Ayrıca Çavuş'un yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada % 72,2'sinin çalışma şeklinin sosyal yaşantılarını olumsuz anlamda etkilediği bulunmuştur (39). Bu sonuçlar çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Çalışma saatleri ve nöbetlerden kalan zamanda aile ve özel hayata ayıracak zamanın kısıtlı olmasının ruhsal durumu etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Bakım elemanlarının meslekte sorun yaşanan alanlara göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında KAD ve FA alt boyutları hariç diğerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.12). Bakım elemanları en çok sorunu yöneticilerle yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bakım elemanlarının sorunları ve çözüm önerilerin sorulduğu bir çalışmada, yönetici ve idareciler hakkında belirttikleri sorun ve çözüm önerilerinde; bakım elemanları bu kategoride en çok "iletişim ve güven" problemlerini belirtmektedir. Bu problemlere çözüm olarak en çok belirtilen durumlar ise idarecilere ulaşabilmek ve kendilerine güvenildiğini hissetmektir. Belirtilen diğer sorunlar ise personele adaletli olunmaması, görev değişikliklerinin çok sık yapılması ve evdeki sorunlarla idarecilerin ilgilenmemesidir. Kurumlarda ve çocuk evlerinde sık sık bakıcı değiştirmek çok yaygın karşılaşılan bir durumdur ve bu durumun çocuklar üzerinde olumsuz etkisi vardır (46, 47). Yönetici desteği bakım elemanlarının hem duygusal tükenmeleri hem de kişisel başarıları üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Yönetici çalışan arasındaki ilişki iyi olması bakım hizmetinin de ruh sağlığının da olumlu yönde etkileneceği görüşündeyiz.

Bakım elemanlarının mesleki problemlere karşı geliştirdikleri davranışlara göre KSE puanları problemleri çözmek için hiçbir şey yapmayan çalışanın OKB, D, PD, RCI ve SRI puanları problemler karşısında çözüm arayan çalışana göre daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.13). Bakım elemanlarının sorunları ve çözüm önerilerin sorulduğu bir çalışmada bakım elemanları yaşadıkları sorunlara çözüm önerileri sunmuş ve uygulamaya koyulmasını istemişlerdir (46).



Benzer öneriler yapılan bir çalışmada personel seçimin çocuk ve gençlerin psikolojik ve fiziksel özelliklerini dikkate alınarak yapılması gerektiği ve eğer kurum içinde sorunlar varsa çözümü için personelin psikolojik danışman, psikolog gibi kişilerden destek alması gerektiği şeklinde belirtilmiştir (48). Yaşanılan problemin çözülmesinde çaba harcayan ve öneride bulunan bireylerin ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği ve daha kaliteli bakım hizmeti vereceği düşünülebilir.

Sağlık bakımının yapıldığı alan olarak hastane ya da bakım merkezi, hem yoğun stres ve sorunları olan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (49). Bakım elemanların iş motivasyonunu arttıracak aktivitelere yönelik düşüncelerine göre KSE alt boyut ölçek puanlarına göre sadece PD ve SRI istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.15). Sosyal olanakların varlığı ve iş motivasyonunu artıracak etkinliklerin yapılmasının bakım elemanının ruhsal durumunu olumlu anlamda etkileyebileceği düşünülebilir. Kurumda motivasyon çalışmaları çalışanlarda iş sorumluluğunu geliştirmekte ve başarıyı artırmaktadır. Çalışanların kurum amaçlarını benimsemesinin, iş ve çalışma ortamının memnuniyetine bağlı olduğu gibi, verimliliğinde elde edilmesi daha kolay olacaktır.

Literatüre stresin ruh sağlığını tehdit eden faktörlerin başında yer aldığını, hem iş hem de sosyal yaşantıyı etkilemesi açısından uygun baş etme yöntemlerinin kullanılmasının önemini belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda stres ile etkin baş etme yollarının gerekliliği vurgulanmıştır. Kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada kadın sağlık çalışanlarının % 57'sinin son bir yıl içinde önemli bir stresli yaşam olayı yaşadığı belirtilmektedir. İş ortamında yaşanan stresin iş verimini de etkilediği yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (45, 49, 50). Bakım elemanlarının son bir yıl içerisinde önemli stres olayı yaşama durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.16). Bakım elemanlarının son bir yıl içinde stresli yaşam olayı yaşamaları nedeniyle ruhsal durumlarının olumsuz anlamda etkilendiği ve iş yaşamı dışındaki hayatını da etkilediği düşünülebilir.

Bakım elemanlarının daha önce ruhsal bir sorun yaşama durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.17). Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (39, 45, 51). Ruhsal sorunların zamanında tanı konup tedavi edilememesi giderek kronikleşip, bireyin yaşam kalitesini düşürerek, sosyal/mesleki işlevselliğini bozabilmektedir. Geçmişte ruhsal sorun yaşayıp yaşamama durumunun şu andaki ruhsal durumu belirleyici etkisinin olabileceği düşünülebilir.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma Ankara Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde bakım elemanlarının ruhsal durumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

### 6.1. Araştırma Sonuçları

1. Araştırmaya 445 bakım elemanı katılmıştır. Bakım elemanlarının % 63.8'nin kadın, % 47.4'nün yaş ortalaması 30 ile 39 yaş arasındadır, % 80.3'ü evli olduğu, % 33.1'inin lise mezunu düzeyinde eğitime sahip olduğu, % 53'nün bir ya da iki çocuk sahibi olduğu, çalışma süresinin %49.4'nün 13 ile 60 ay arasında değiştiği, % 92.8'nin çalışma şeklinin vardiya değişimi olduğu, % 88.5'inin aldığı ücreti yetersiz bulduğu saptanmıştır. Yine tabloda görüldüğü gibi bakım elemanlarının % 69'u görevini yaparken sorun yaşadığı, %31.2'nin en fazla yöneticilerle sorun yaşadığı, %94.4'nün çalışma hayatında sosyal olanakların olduğunu, %75.5'i iş motivasyonunu arttıracak etkinliğin olmadığını belirtmiştir. Ayrıca bakım elemanlarının %49.3'nün çalışma şeklinin sosyal yaşamını etkilemediğini, %78.2'si yaşadığı problemi çözmeye çalıştığını, %60'nın son bir yılda stresli bir olay yaşadığı, %87.9'nun ise bu işi yapmadan önce ruhsal sorun yaşamadığını belirtmiştir (Bkz Tablo 4.1).
2. Bakım elemanlarının cinsiyet özelliklerine, yaş gruplarına, medeni durumlarına, sahip olduğu çocuk sayısına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Bkz Tablo 4.3, 4.4, 4.5, 4.6).
3. Bakım elemanlarının eğitim durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları karşılaştırıldığında PD alt boyutu dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ , Bkz Tablo 4.7). Lise mezunlarının PD puanlarının ilkökul mezunlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). PD puanları bakımından diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ( $p>0.05$ ).

4. Bakım elemanlarının gelir algılarına göre KSE alt boyut ölçek puanları karşılaştırıldığında sadece PD puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Gelir algısı yetersiz olan bakım elemanlarının PD puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz Tablo 4.8).
5. Bakım elemanlarının çalışma sürelerine, çalışma şekline ve çalışma yaşamındaki sosyal olanak durumuna göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Bkz Tablo 4.9, 4.10, 4.14).
6. Bakım elemanlarının çalışma şeklinin sosyal yaşama etkisine göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ , Bkz Tablo 4.11). Alt boyutunda elde edilen bu farkın nereden kaynaklandığını saptamak için ileri analiz yapılmıştır. Bu analizdeki ikili karşılaştırmalar sonucunda sosyal yaşamı etkilenmeyen bakım elemanların diğer iki gruptaki çalışanlara göre tüm alt boyut puanları daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Aile bireyleriyle iletişim sorunu yaşayan çalışanların tüm alt boyutları puanları sosyal/özel yaşama zaman ayıramayan çalışanlardan daha fazla bulunmuştur. Sosyal yaşamı etkilenmeyen bakım elemanlarının tüm alt boyutları puanları aile bireyleri arasında iletişim sorunları yaşıyorum diyenlerden daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
7. Bakım elemanlarının meslekte sorun yaşanan alanlara göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında kişiler arası duyarlılık ve FA alt boyutları hariç diğerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ), (Bkz Tablo 4.12). Alt boyutunda elde edilen bu farkın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analiz yapılmıştır. Bu analizdeki ikili karşılaştırmalar sonucunda grupların S puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ( $p<0.001$ ), KD puanı bakımından grupların benzer olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). En fazla yönetici ile sorun yaşayanların S puanlarının sorun yaşamayanlar ve en çok ekip arkadaşlarıyla sorun yaşayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalar sonucunda S puanlarının benzer olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ). Ayrıca grupların OKB, AB, H, P, EM, BTI, SRI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. En fazla yönetici ile sorun

yaşayanların sorun yaşamayanlara göre bu alt boyutların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde en fazla ekip arkadaşı ve yönetici ile sorun yaşayanların sorun yaşamayanlara göre D ve RCI alt boyutları puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

8. Bakım elemanlarının mesleki problemlere karşı geliştirdikleri davranışlara göre KSE puanları problemleri çözmek için hiçbir şey yapmayan çalışanın OKB, D, PD, RCI ve SRI puanları problemler karşısında çözüm arayan çalışana göre daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir ( $p<0.05$ , Bkz Tablo 4.13). Diğer alt boyutlar ve indeksler bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).
9. Bakım elemanların iş motivasyonunu arttıracak aktivitelere yönelik düşüncelerine göre KSE alt boyut ölçek puanlarına göre sadece PD ve SRI istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ), (Bkz Tablo 4.15).
10. Bakım elemanlarının son bir yıl içerisinde önemli stres olayı yaşama durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ), (Bkz Tablo 4.16).
11. Bakım elemanlarının daha önce ruhsal bir sorun yaşama durumlarına göre KSE alt boyut ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ , Bkz Tablo 4.17).

## 6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda neriler

- Engelli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan bakım elemanı profiline geliştirilmesi, bakım elemanlarının yaşadıkları sorunların azaltılması, bakım hizmeti kalitesini artırılması,
- Bakım elemanlarının tanımlayıcı özelliklerinin ruhsal sorunların belirti ve bulgularına etkilerinin bilinmesi, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin bakım elemanları üzerinde uygulanması,
- Bakım elemanlarının sahip oldukları sertifika ile birlikte halen çalışmakta oldukları kurum tarafından düzenli olarak hizmet içi eğitim almalarının sağlanması,
- Aldığı ücreti yetersiz gören bakım elemanlarının PD alt ölçek puanı aldığı ücreti yeterli gören bakım elemanından daha yüksek bulunduğundan dolayı bakım elemanlarının ruh sağlık durumlarının belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve koruyucu ruhsal sağlık uygulamaları kapsamında psikososyal destek hizmetlerinin planlanması,
- Aldığı ücreti yetersiz gören bakım elemanlarının maaşlarının iyileştirilmesinin sağlanması suretiyle iş isteklerine ve alana yoğunlaşmalarına katkı sağlanmalı,
- Bakım elemanlarının çalışma şeklinin düzenlenmesi, aile ve sosyal yaşama zaman ayırma sorununun ele alınması ve çözüm önerilerinin sunulması,
- Yöneticiler ile bakım elemanları arasında iletişimin artırılması, bakım elemanlarının sorunlarının belirlenmesi ve çözümünde yönetici ile işbirliği yapılması,
- Bakım elemanlarının iş yaşamında yaşadığı sorunların çözümünde destek verilmesi, ruhsal sorunlarla başa çıkma stratejileri ve problem çözme becerilerinin geliştirmesine yardımcı olunması,
- Yöneticiler tarafından personele yönelik ödüllendirme, takdir gibi motivasyonu yükseltici etkenlerin artırılması sağlanmalıdır. Buna ek olarak belirli periyotlarla bakım elemanlarının izin almalarının sağlanarak dinlenmelerinin planlanması,
- Bakım elemanlarının daha önce yaşamış olduğu stres ve ruhsal sorunların şimdiki ruhsal belirti durumlarını ve sağlığını etkilediğinden dolayı, bakım

elemanların stresle ve ruhsal sorunlarla başa çıkma, problem çözme, kendini tanıma, çatışma yönetimi becerilerinin geliştirilmesi ile engelli ve hasta bireylerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi konusunda hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

- Bakım elemanlarının formal meslek elemanları ekibinde olan hemşirelerin denetiminde ve kontrolünde iş yapmalarının sağlanması için gerekli mevzuat çalışmalarının yapılarak buna ilişkin politikaların geliştirilmesi,
- Bakım elemanlarının yöneticilerle yaşadığı sorunlara ilişkin derinlemesine görüşmeleri içeren alan çalışmaların yapılması,
- Bu konuya yönelik ulusal düzeyde daha geniş örneklem grubunu içerecek şekilde kapsamlı bir çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Çalışmada bakım elemanlarının ruhsal belirti durumlarını incelerken, mevcut ruh sağlığı sorunlarını değerlendirmede, baş etme stratejileri geliştirmede, gelecekteki hastalıkları önlemede doğru ve etkili tedaviye yönlendirmede oldukça önemli olduğu görüşüne varılmıştır. Çalışmamızda kullanılan ölçekle literatürde farklı bakım veren gruplarında yapılmış çalışmalar mevcut olmakla beraber, bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu yönüyle önemli bir çalışma olmakla beraber, en önemli kısıtlılığın farklı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde kapsamaması ve örneklem sayısının az olduğu görülmüştür. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda evreni genişletmenin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Müdürlüğü, *Bakım hizmetleri ve kalite standartları alanda uygulama ve değerlendirme çalışması-III Bildiri Kitapçığı* İzmir, 15-18 Aralık 2014.
2. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı Birifing Raporu. <http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/engelli-bakim-hizmetleri/engelli-bakim-hizmetleri-dairesi-baskanligi-birifing-raporu>. 01.04.2015.
3. Danış MZ, Genç Y. Kurumsal bakım elemanlarının genel özellikleri ve yaşadıkları sorunlar, *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 2011, 1(2):170-184.
4. Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, sayı: 26244, 30 Temmuz 2006.
5. Özyeşil Z. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014, 15:39-44.
6. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden A review of the literature and guidelines for assessment and intervention, *Neurology*, 1998, 51(1):53-60.
7. Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives, *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 1998, 36(8):26-32.
8. Stommel M, Collins CE, Given BA. The costs of family contributions to the care of persons with dementia. *The Gerontologist*, 1994, 34(2):199-205.
9. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study, *Jama*, 1999, 282(23):2215-2219.



10. Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması, *MÜSBED*, 2013, 3(1):1-7.
11. Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *AJCI*, 2013, 7(1):24-30.
12. Liu J, Wang L-n, Tan J-p, Ji P, Gauthier S, Zhang Y-l, et al. Burden, anxiety and depression in caregivers of veterans with dementia in Beijing, *Archives of gerontology and geriatrics*, 2012, 55(3):560-563.
13. Wright MJ, Battista MA, Pate DS, Hierholzer R, Mogelof J, Howsepian A. Domain-specific associations between burden and mood state in dementia caregivers, *Clinical Gerontologist*. 2010, 33(3):237-47.
14. Settineri S, Rizzo A, Liotta M, Mento C. Caregiver's Burden and Quality of Life: Caring for Physical and Mental Illness, *International Journal of Psychological Research*, 2014, 7(1):30-39.
15. T.C. MEB. *Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Engellilerin Bakımı*, Ankara, 2013: 17-18.
16. Seyyar A, Genç Y. *Sosyal hizmet terimleri (Ansiklopedik ‘‘Sosyal Pedagogik Çalışma Sözlüğü’’)*, Sakarya Kitabevi, 2010.
17. Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) Kapsamında, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
18. Toseland RW, McCallion P, Smith T, Huck S, Bourgeois P, Garstka TA. Health education groups for caregivers in an HMO. *Journal of clinical psychology*, 2001, 57(4):551-570.
19. Karahan A. Güven S. Yaşlılıkta evde bakım, *Türk Geriatri Dergisi*, 2002, 5(4):155-159.

20. Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve baş etme yolları. *Journal of Medical Sciences*, 2007, 27(3):445-454.
21. Altın M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete. Uzmanlık Tezi, İstanbul, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2006.
22. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
23. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı. Ankara, Nova Yayıncılık, 2008: 19-20, 130-132, 212-213, 230-232.
24. Bozdoğan S. Psikiyatri Kliniklerinde Ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
25. Güleç C, Köroğlu E, Sayıl I. *İnsan Gelişimi: Yaşam boyu Gelişim Psikiyatri Temel Kitabı*. 1. Baskı. Ankara, Hekimler Birliği Yayınları, 1997: 127-143.
26. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi, *Yeni Sempozyum Dergisi*, 2006, 44(3):141-150.
27. Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları, *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7(2):11-14.
28. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011.
29. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları*, 6. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1996: 440-445.

30. Varcarolis EM, R.N, M.A. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*, New York, 1998:443-479.
31. Şahin Hisli N. Batıgün Durak A. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13(2):125-135.
32. Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler, *Noropsikiyatri Arsivi*, 2013, 50(2): 169-174.
33. Zaybak A, Güneş ÜY, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(1).
34. Kaya A, Yıkılmış A. Bakım hizmeti veren personelin zihin engellilerin yaşadıkları sorunlara ilişkin görüş ve önerileri, 2014, 14(2): 365-403.
35. Çelikkol A. Çağdaş iş yaşamında ruh sağlığı, Alfa Yayınları, İstanbul, 2001: 61-70, 116-120.
36. Malak, AT, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler, *Türk Nöroşirurji Dergisi*, 2008, 18 (2): 118-121.
37. Crespo M, Lopez J, Zarit SH. Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, DOI: 10.1002/gps.1321.
38. Yıldırım A, Aşilar RH, Karakurt P. Engelli çocukların annelerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 2012, 20(3): 200-209.
39. Çavuş E. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

40. Özgür G, Babacan Gümüş, A, Gürdağ Ş. Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24(4): 296-305.
41. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki, *Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009, 10(1): 213-227.
42. Tsai S, M, Wang HH. The relationship between caregiver's strain and social support among mothers with intellectually disabled children, *J Clin Nurs*, 2009, 18(4): 539-548.
43. Özbucak Civil S. Bir İş Yerinde Çalışan Bireylerin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
44. Önsöz SB. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2013.
45. Oğuz MA. Kadın Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumların Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2010.
46. Gelen İ, Çınar G. Samsun Aile Ve Sosyal Politikalar Kurumunda Çalışanların Çalıştıkları Birim İle İlgili Belirttikleri Sorunlar ve Çözüm Önerileri, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2014,7(35): 536-555.
47. Yazıcı E. Korunmaya muhtaç çocuklar ve çocuk evleri, *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012, 9(18): 499-525.
48. Atlı A, Kutlu M. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeylerinin incelenmesi, *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 2012,23(1): 49-66.

49. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın G. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi, 2003, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2): 13-23.
50. Taşcı KD, Özer FG, Koştu N. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin stresle baş etme stratejilerinin belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007 10(2): 41-47.
51. Buzlu S. Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S. İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınların Genel Sağlık Anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2006, 15(9): 134-138.

## 8. EKLER

### EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı; Bakım ve rehabilitasyon merkezinde bakım elemanlarının ruhsal durumlarının incelenmesi. Bu çalışmanın amacı bakım ve rehabilitasyon merkezinde bakım elemanlarının ruhsal durumları ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılması planlanmıştır. Bu çalışmada size anketler uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız durumunda süre 5-10 dakika sürmektedir. Bu araştırma ile ilgili olarak soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu araştırma sizin ve bakım verdiğiniz birey için herhangi tıbbi bir risk içermemektedir. Araştırma bakım verdiğiniz bireyin tedavisini etkilemeyecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için (05065291315) nolu telefonda Yüksek Hemşire Haydar KAYA' ya başvurabilirsiniz. Bu araştırma da yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve sizden hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi tarafından desteklenmektedir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili verilerde gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve

söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

## EK-2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VERİ TOPLAMA FORMU

**1)Yaşınız? Gün/Ay/Yıl**

**2)Medeni durumunuz nedir?**

1) Evli                      2)Bekâr                      3) Diğer

**3)Çocuk sayısı? .....**

**4)Cinsiyet**

1) Bayan

2) Erkek

**5)Eğitim durumunuz nedir?**

1)Okur yazar değil

2) İlkokul

3) Ortaokul

4) Lise/Sağlık Meslek Lisesi

5) Ön Lisans

6) Lisans

7) Yüksek Lisans/Doktora

**6) Aldığınız ücreti nasıl değerlendiriyorsunuz?**

1) Yeterli

2) Yetersiz

3) Diğer (Belirtiniz).....

**7)Meslekte çalışma süreniz nedir? .....**

**8) Çalışma şekliniz nedir?**

1)Sürekli Gündüz

2)Sürekli Gece

3)Vardiya Değişimi

4)Diğer (Belirtiniz).....

**9) Çalışma şekliniz sosyal yaşamınızı nasıl etkiliyor?**

1) Sosyal yaşamımı etkilemiyor.

2) Sosyal / özel hayatıma zaman ayıramıyorum.

3) Aile bireyleriyle iletişim sorunları yaşıyorum.

4) Diğer (Belirtiniz).....



**10) Genel olarak mesleğinizde en fazla sorun yaşadığınız alanlar nelerdir?**

- 1) Yöneticilerle yaşadığım sorunlar
- 2) Ekip arkadaşlarımla yaşadığım sorunlar
- 3) Hasta ve hasta yakınlarıyla yaşadığım sorunlar
- 4) Diğer (Belirtiniz).....

**11) Çalışma yaşamınızda yaşadığınız problemlere yönelik neler yaparsınız?**

- 1) Hiçbir şey yapmam
- 2) Problemleri çözmeye çalışırım
- 3) Başka bir bölüme geçmeyi talep ederim.
- 4) Stresle baş etme yöntemlerini kullanırım.
- 5) Psikiyatriden destek alırım.
- 6) Diğer (Belirtiniz).....

**12) Çalışma yaşamınızdaki yararlandığınız sosyal olanaklar nelerdir? (Birden fazla şık yanıtlayabilirsiniz)**

- 1) Sosyal olanak yok.
- 2) Lojman
- 3) Kreş
- 4) Ulaşım/servis
- 5) Yemek
- 6) Sosyal aktiviteler(Koro, kurs, gezi vb...)
- 7) Diğer (Belirtiniz).....

**13) Çalışma yaşamınızda iş motivasyonunuzu arttıracak ne tür aktiviteler yapılıyor? (Birden fazla şık yanıtlayabilirsiniz)**

- 1) Herhangi bir aktivite yapılmıyor.
- 2) Sanatsal aktiviteler yapılıyor (müzik, el sanatları gibi)
- 3) Geziler/sosyal toplantılar
- 4) Kültürel etkinlikler (sinema, tiyatro, konser gibi)
- 5) Ödüllendirme
- 6) Diğer (Belirtiniz).....

**14) Son bir yıl içinde yaşadığınız önemli bir stresli yaşam olayı var mı? (Birden fazla şık yanıtlayabilirsiniz)**

- 1) Yok
- 2) Yakın birinin kaybı
- 3) Önemli fiziksel hastalık

- 4) Ciddi ekonomik sorunlar
- 5) İş sorumluluğunda değişim
- 6) Diğer (Belirtiniz).....

**15)Daha önce ruhsal açıdan sorun yaşayıp destek aldınız mı?**

- 1) Ruhsal sorun yaşamadım.
- 2) Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım.
- 3) Psikolojik destek aldım. (İlaç kullandım, psikoterapi, hastaneye yattım vb...)



### EK-3. KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

<b>ACIKLAMA:</b> Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dâhil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasının karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle uygulayınız ve anlamadığımız bir cümle ile karşılaştığımızda uygulayan kişiye danışınız.					
	<b>HİÇ YOK</b>	<b>BİRAZ VAR</b>	<b>ORTA DERECEDE VAR</b>	<b>EPEY VAR</b>	<b>ÇOK FAZLA VAR</b>
0- Hiç yok 1- Biraz var 2- Orta derecede var 3- Epey var 4- Çok fazla var					
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5.Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7.Göğüs ( kalp ) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8.Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu.	0	1	2	3	4
9.Yaşamınıza son verme düşüncesi.	0	1	2	3	4
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi.	0	1	2	3	4
11.İştahta bozukluklar.	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.	0	1	2	3	4
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.	0	1	2	3	4
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme.	0	1	2	3	4
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme.	0	1	2	3	4
16.Yalnızlık hissetme.	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetme.	0	1	2	3	4
18Hiçbir şeye ilgi duymamak.	0	1	2	3	4
19. Kendini ağlamaklı hissetme.	0	1	2	3	4
20.Kolayca incinebilme, kırılma.	0	1	2	3	4
21.İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma.	0	1	2	3	4
22.Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek.	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı.	0	1	2	3	4
24.Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.	0	1	2	3	4
25.Uykuya dalmada güçlük.	0	1	2	3	4
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.	0	1	2	3	4
27.Karar vermede güçlükler.	0	1	2	3	4

28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma.	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma.	0	1	2	3	4
30. Sıcak, soğuk basmaları.	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.	0	1	2	3	4
32. Kafanızın bomboş kalması.	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.	0	1	2	3	4
34. Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.	0	1	2	3	4
36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük.	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde, zayıflık, güçsüzlük hissi.	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme.	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği.	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği.	0	1	2	3	4
42. Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak.	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak.	0	1	2	3	4
44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak.	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri.	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek.	0	1	2	3	4
47. Yalnız kalındığında sinirlilik hissetme.	0	1	2	3	4
48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek.	0	1	2	3	4
49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek.	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görme duygusu.	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu.	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları.	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.	0	1	2	3	4

## EK-4. KURUMDAN ALINAN İZİN BELGESİ



T.C.  
ANKARAVALİLİĞİ  
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü



Sayı: 65097260-605.01-38673  
Konu: Veri Toplama ( Haydar KAYA )

10/03/2015

**YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİNE**  
(Sağlık Bilimler Enstitüsü)

İlgi : 20/02/2015 tarihli ve 73595336-605.01-28543 sayılı yazı

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Tezli Yüksek lisans öğrencisi Haydar KAYA, " Bakımevlerinde Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi " konulu çalışmasını kurumunuzda yapabilmesine ilişkin alınan 18/02/2015 tarih ve 73595336-605-27076 sayılı Makam Onayı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Söz konusu araştırmanın Müdürlüğünüz denetiminde, meslek elemanları refakatinde, gönüllülük esası çerçevesinde, özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, Müdürlüğümüze uygun görülecek bir mekan da ve ses-görüntü kaydı alınmaksızın, onları psikolojik olarak olumsuz etkileyebilecek, şahsi deneyimlerine ilişkin bilgi talebi içeren sorulara yer verilmemesi, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve bir örneğinin İl Müdürlüğümüze gönderilmesi koşulları hususunda gereğini rica ederim.

**Fatih KOCUR**  
İl Müdürü a.  
İl Müdür Yardımcısı

**EKLER :**  
Müsteşarlık Onayı

**DAĞITIM :**  
Saray Engelsiz Yaşam Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesine - Sağlık Bilimler Enstitüsü

Üniversiteli Elektronik İmza ile ayrıdır  
10 Mart 2015

**Yusuf ERTÜRK**  
Memur

**Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.**

Adres : Anafırtılar Caddesi No : 70 Ulus/ANKARA  
Telefon : 3124186662(1152)  
e-posta : skarabacak@alis.gov.tr



Ayrıntılı Bilgi : S. KARABACAK Öğretmen  
Fax : 3124259604  
Elektronik Ağ: http:// ANKARA.alis.gov.tr

## EK-4. KURUMDAN ALINAN İZİN BELGESİ (DEVAM)



T.C.  
**AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI**  
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605- 27076

18/02/2015

Konu : Veri Toplama (Haydar Kaya)

### MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 09/02/2015 tarih ve 20740 sayılı yazısı ile Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Haydar KAYA'nın Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN danışmanlığında yürüteceği "Bakımevlerinde Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması kapsamında Ankara Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde uygulama yapabilme talebi bildirilmiştir.

Uygun görüldüğü takdirde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 09/02/2015 tarih ve 20740 sayılı yazısı ile olumlu değerlendirildiği bildirilen söz konusu araştırmanın onay tarihinden itibaren 31/12/2015 tarihine kadar İl Müdürlüğü koordinesinde, kuruluş müdürlüğü denetiminde, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, iş akışını aksatmayacak şekilde gönüllülük esas çerçevesinde araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce Kurum izni alınması ve araştırma bitiminde bir örneğinin Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile gerçekleştirilmesi hususunda;

Olurlarınıza arz ederim.

Doç. Dr. Mustafa DURMUŞ  
Daire Başkanı

**OLUR**  
18/02/2015

İmambey ERTEM  
Müsteşar Yardımcısı V.

**Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.**

Adres : Eskişehir Yolu Sığırtıcı Mahallesi 2177 Sokak No:10/A

Çankaya/ANKARA

Telefon :

e-posta : cemalettin.ulifer@aila.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : C. ULUPER Sosyal Çalışmacı

Faks :

Elektronik AÇ: [www.aila.gov.tr](http://www.aila.gov.tr)

## EK-5. ETİK KURUL BELGESİ

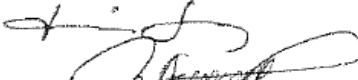

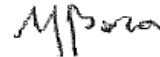
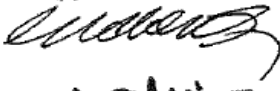






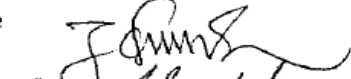
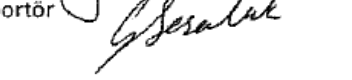
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Haydar KAYA'nın "Bakımevlerinde bakım verenlerin bakım verme yükü ile ruhsal durumlarının arasındaki ilişkilerinin belirlenmesi" adlı araştırması değerlendirilmiştir.

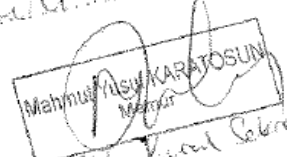
Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

### İmzalar:

Prof. Dr. S. Yavuz SANISOĞLU	Koordinatör	
Prof. Dr. Arif ERSOY	Koordinatör Yardımcısı	
Prof. Dr. Mehmet BARCA	Üye	
Prof. Dr. Mehmet AKKUŞ	Üye	
Prof. Dr. M. Fatih UŞAN	Üye	
Prof. Dr. Fatih Vehbi ÇELEBİ	Üye	
Prof. Dr. Erdal Tanas KARAGÖL	Üye	
Prof. Dr. Mustafa Sitki BİLGİN	Üye	
Prof. Dr. Ahmet KANKAL	Üye	
Doç. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER	Üye	
Yard. Doç. Dr. Arif DEMİR	Üye	
Gülcan SERTÇELİK	Raportör	

ASLI GÖRÜLÜR  
26/11/2015  
  
Mahmut Yusuf KARATOSUN  
Meydan  
SBB Etik Kurul Sekreteri

## **EK-6. ÖZGEÇMİŞ**

### **KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı Soyadı: Haydar KAYA

Doğum Tarihi: 26.08.1988

Doğum Yeri: Gaziantep

Medeni Hali: Evli

Uyruğu: T.C.

Adres: Turgut Özal Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara

Tel: 0312 616 05 00

E-mail: [hkaya@turgutozal.edu.tr](mailto:hkaya@turgutozal.edu.tr)

### **EĞİTİM**

Lise: Emine Konukoğlu Anadolu Lisesi

Lisans: Fatih Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yüksek Lisans: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü



