

2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ

E. KAYA

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**HASTASINA EVDE BAKIM VERENLERDE STRES
DÜZEYİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMADA SOSYAL
DESTEĞİN ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif KAYA

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

Ortak Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

BALIKESİR-2019

**T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HASTASINA EVDE BAKIM VERENLERDE STRES DÜZEYİ VE STRESLE
BAŞA ÇIKMADA SOSYAL DESTEĞİN ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif KAYA

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Asiye AKYOL

Ege Üniversitesi

Başkan

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

Balıkesir Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

Uludağ Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Sevde AKSU

Balıkesir Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Pelin PALAS KARACA

Balıkesir Üniversitesi

Üye

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

BALIKESİR - 2019



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan
“HASTASINA EVDE BAKIM VERENLERDE STRES DÜZEYİ VE
STRESLE BAŞA ÇIKMADA SOSYAL DESTEĞİN ETKİSİ”
başlıklı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04 /09 / 2019

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Asiye AKYOL

Ege Üniversitesi

Başkan

Doç. Dr. Sibel KARACA

SİVRİKAYA

Balıkesir Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi

Sevde AKSU

Balıkesir Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

Uludağ Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi

Pelin PALAS KARACA

Balıkesir Üniversitesi

Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi, sınav jüri komisyonu tarafından imzalanarak
04./09./2019 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. İzzet KARAHAN
Enstitü Müdürü

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 (04/09/2019).


Elif KAYA

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimim boyunca örnek aldđım, yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın bütün süreçlerinde bana yol gösteren, bilgi ve tecrübeleriyle yönlendiren, mesai saati gözetmeksizin aramalarımaya, mesajlarıma ve e- postalarımaya özveriyle cevap veren, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, keyif aldđım ve tüm bu süreçte göstermiş olduğu hoşgörü ve sabır nedeniyle çok kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA'ya,

Yüksek Lisans eğitimim süresince bana bilimsel katkı sağlayan, fikirlerini paylaşan, derin ve farklı bakış açıları kazandıran ikinci danışman hocam Sayın Doç.Dr. Hicran YILDIZ'a

Tezimin veri toplama aşamasına imkan sağlayan Kırklareli Vize Devlet Hastanesi yönetimi ve yardım eden hemşire ve personellere,

Beni bugünlere getiren, hayatımın her döneminde bana inanıp destekçim olan, varlığını her daim hissettiğim sevgili aileme,

Arka planda beni destekleyen ve yardım eden arkadaşlarıma,

Teşekkürlerimi sunarım.

Elif KAYA

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlık Kavramı	5
2.2. Evde Bakım Hizmetleri	6
2.2.1. Evde Bakım Hizmetleri Ekibi.....	7
2.2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	7
2.2.3. Evde Bakımın Tarihçesi	8
2.2.4. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri.....	10
2.2.5. Evde Bakımın Olumlu Yönleri	10
2.2.6. Evde Bakımın Olumsuz Yönleri.....	11
2.3. Bakım Veren Kavramı	12
2.4. Evde Bakım Gerektiren Durumlar	14
2.5. Bakım Vermenin Avantajları ve Dezavantajları.....	15
2.6. Bakım Verenlerin Yaşadığı Sorunlar.....	15
2.6.1. Bakım Verenlerde Sık Görülen Fiziksel Sorunlar	16
2.6.2. Bakım Verenlerde Sık Görülen Psikolojik Sorunlar	16
2.6.3. Bakım Verenlerde Sık Görülen Ekonomik Sorunlar.....	17
2.6.4. Bakım Verenlerde Sık Görülen Sosyal Sorunlar.....	18
2.7. Stres Kavramı ve Bakım Veren Stresi.....	18
2.8. Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek.....	22
2.9. Stresle Başa Çıkma ve Algılanan Sosyal Desteğin Saptanmasında Hemşireliğin Rolü.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları.....	27

3.4.1. Bakım Veren Tanıtım Formu	27
3.4.2. Bakım Vereninin Stres Ölçeği.....	28
3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	28
3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	29
3.5. Verilerin Toplanması.....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	30
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	31
4. BULGULAR.....	39
4.1. Sosyodemografik Verilerin Dağılımı.....	32
4.2. Bakım Vereninin Stres Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
4.3. Sosyo demografik Özelliklere Göre Bakım Vereninin Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
4.4. Sosyodemografik Özelliklere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
4.5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
4.6. Bakım Verenlerinin Stres Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişki.....	54
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. Sosyo Demografik Özelliklere Göre Bakım Vereninin Stres Ölçeği Bulgularının Tartışılması	56
5.2. Sosyodemografik Özelliklere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Bulgularının Tartışılması.....	61
5.3. Sosyodemografik Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulgularının Tartışılması.....	67
5.4. Bakım Verenlerinin Stres Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
6.1. Sonuç.....	75
6.2. Öneriler.....	76

KAYNAKLAR	78
EKLER	101
EK-1. ETİK KURUL KARAR FORMU	101
EK-2. KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ÖRNEĞİ	102
EK-3. BAKIM VEREN TANITIM FORMU	103
EK-4. BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ	104
EK-5. BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİN ONAYI	105
EK-6. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ	106
EK-7. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	108
EK-8. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİN ONAYI	109
EK-9. KIRKLARELİ VİZE DEVLET HASTANESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TESİS ÖN İZİN FORMU	110
EK-10. KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ	111
EK-11. ÖZGEÇMİŞ	112

ÖZET

Hastasına Evde Bakım Verenlerde Stres Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Sosyal Desteğin Etkisi

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma hastasına evde bakım verenlerin sosyo demografik özelliklere göre stres düzeyini ölçmek ve stresle başa çıkma sosyal desteğin etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ocak-Mart 2019 tarihleri arasında Vize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 120 bakım veren oluşturmuştur.

Veriler; “Bakım Veren Tanıtım Formu”, “Bakım Veren Stres Ölçeği”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS for Windows 21.00 paket programı kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenirken Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin Bakım Veren Stres Ölçeğine göre puan ortalaması $6,83 \pm 2,11$, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine göre puan ortalaması $48,39 \pm 12,35$, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğine göre puan ortalaması $83,26 \pm 4,98$ olarak belirlenmiştir. Bakım verenlerin stres düzeyini; eğitim durumunun, kiminle yaşadığının, aylık gelir durumunun ve hastasına evde bakım verme süresinin etkilediği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Stres düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r = 0,154$) ($p < 0,05$). Kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzı arttıkça stres düzeyinin azaldığı, çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı arttıkça stres düzeyinin arttığı görülmüştür ($p < 0,05$). Stres düzeyi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -0,715$) Özel bir insanın ve ailenin desteği arttıkça stres düzeyinin azaldığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Sonuç olarak bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ve algıladığı sosyal desteğin stres düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde görev alan hemşireler tarafından bakım verenlerin stres düzeyini azaltacak ve algılanan sosyal desteği artıracak faktörlerin değerlendirilmesi, bu konuda gerekli eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Evde Bakım Hizmetleri, Stres, Stresle Başa Çıkma, Algılanan Sosyal Destek

ABSTRACT

Stress Level in Home Caregivers and the Effect of Social Support in Coping with Stress

This descriptive study was conducted with the aim of to measure the stress level of home caregivers according to socio-demographic characteristics and to determine the effect of social support on coping with stress. The sample of the study consisted of 120 caregivers registered to Vize State Hospital Home Health Care Unit between January-March 2019 and in accordance with the inclusion criteria.

Data was collected by means of “Caregiver Introduction Form”, “Caregiver Stress Index”, “Stress Coping Styles Scale” and “Multidimensional Perceived Social Support Scale. IBM SPSS for Windows 21.00 package program was used for data analysis. The relationship between the variables was analyzed by correlation analysis and Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H test were used for analysis. The mean score of the caregivers participants in the study according to the Caregiver Stress Index was $6,83 \pm 2,11$, the mean score of the Coping Styles Scale was $48,39 \pm 12,35$, and the mean score of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support was $83,26 \pm 4,98$. Stress level of caregivers; It was determined that stress level of caregivers was affected by education level, whom they lived with, monthly income and duration of care at home ($p < 0,05$). A significant positive correlation was found between stress level and coping styles ($r = 0,154$) ($p < 0,05$). It was seen that stress level decreased while self-confidence and optimistic approach increased, and also stress level increased when hopeless approach and submissive approach increased ($p < 0,05$). A significant negative correlation was found between the stress level and the multi-dimensional perceived social support level ($r = -0,715$). It was also determined that stress level went down with the support from family and a certain person ($p < 0,05$).

As a result, it was determined that caregivers coping with stress and perceived social support affect stress level. It was recommended by nurses in health services to evaluate the factors that will reduce the stress level of caregivers and increase perceived social support, to organize necessary training and consultancy programs.

Keywords: Nursing, Home Care Services, Stress, Coping with Stress, Perceived Social Support

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TDK	: Türk Dil Kurumu
ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
EBH	: Evde Bakım Hizmetleri
EURHOMAP	: Mapping Professional Home Care İn Europe
NHATS	: National Health and Aging Trends Study
WHO	: World Health Organization
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GAS	: Genel Adaptasyon Sendromu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
SBÇTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
SPSS	: Statical Packages For Social Sciences

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Sosyodemografik Verilerin Dağılımı.....	32
Tablo 4.2. Bakım Verenin Stres Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
Tablo 4.3. Sosyo Demografik Özelliklere Göre Bakım Verenin Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
Tablo 4.4. Sosyodemografik Özelliklere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
Tablo 4.6. Bakım Verenlerin Stres Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişki	54

1. GİRİŞ

Bilimsel ve teknolojik gelişmeler hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlayıp hastalıklara bağlı ölümleri azaltırken doğurganlık hızının azalması ve beklenen yaşam süresinin uzaması yaşlı nüfusun artmasına ve kronik hastalıklarla daha sık karşılaşmaya sebep olmaktadır (Sıkılmaz, 2018; Yeniçeri ve ark., 2014). Günümüzde yaşam tarzı değişiklikleri, beslenme düzeni, değişen toplumsal yapı, başarısız stres yönetimi gibi küresel sorunların sağlık bakım kullanımı ve sağlık bakım sistemleri arasındaki ilişkisi kanıtlanmış olup kişiye sunulacak sağlık hizmetinin başarısı toplumlardaki mortalite ve morbidite oranını önemli ölçüde azaltabildiği görülmüştür (Bozhüyük ve ark., 2012).

Her 10 yılda ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzamasına ve nüfus artışına bağlı olarak sağlık bakım ihtiyacının artması, yüksek teknolojinin sağlık alanında yaygınlaşması ve kronik hastalıkların uzun dönem bakım gerektirmesinin sonucu olarak hastanede uzun süren yatışlar ve sebep olduğu fiziksel, sosyal, psikolojik sorunlar, yatak ve personel sayısının yetersiz kalması gibi durumlar sağlık sisteminin mali yükünün artmasına sebep olmaktadır. Bu durum sonucunda ülkelerin mali kaynakları kullanma dengesi sekteye uğramaktadır (İnce, 2012; Dölek, 2012).

Anayasa tarafından verilen güvenceyle hak ve özgürlükler çağını yaşıyor olmamız ve sağlık bakım ihtiyacı konusunda açılan bu yeni pencereler Evde Sağlık Hizmetlerinin (ESH) önünü açmıştır. Alternatif sağlık hizmeti sunum şekli olan Evde Sağlık Hizmeti; çoğunlukla 65 yaş ve üzerinde, en az bir kronik hastalığı olan ve uzun dönem bakım gerektiren her yaş grubu bireylere kendi ev ortamında sürdürülmekte olan bakım desteğidir (Karaman ve ark., 2015). Ülkemizde 2005 yılında ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge’ ile kapsamı belirlenen Evde Sağlık Hizmetleri: Hekimlerin önerileri doğrultusunda mesleki açıdan yetkin bir multidisipliner ekibin hasta kişilere

ve yakınlarına kendi ortamlarında sunduğu tıbbi, rehabilite edici ve psikolojik bakımdır (Karakaş ve Özçelik, 2014; Alpak, 2015).

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (2015) ile ESH'nin amaç ve kapsamı netleşmiş ve sınırları daha belirgin hale gelmiştir. Bu yönetmeliğe göre birçok birim ile koordineli sürdürülen evde sağlık hizmetinde en az bir hekim, bir hemşire, bir sağlık personeli ve bir şoför görevlendirilmeli; ancak imkan ve ihtiyaçlar doğrultusunda ekibe fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve tıbbi sekreter dahil edilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Hastaların hastanede ve ESH tarafından aldığı hizmet hastayı daha çok tedavi edici niteliktedir. Hastanın taburculuk sonrası bakımı, günlük yaşam aktiviteleri, kişisel bakımı, ilaçlarının kullanımı ve bu ihtiyaçların aralıksız devam etmesi evde bakım veren kavramını ortaya çıkarmıştır. Bakım veren; hastanın temel ihtiyaçlarını karşılamak, sağlık bakımını ve hizmetlerini koordine etmek, çevre ile uyumunu artırmak ve tüm bunları yaparken var olan geleneksel yaşantısını devam ettirmesini sağlamakla yükümlü kişidir (Sıkılmaz, 2018). Bakım verme büyük oranda sevgi ve bağlılığın artması, kişisel doyum, yakınına vefa borcunu ödeme gibi avantajlar sağlarken tükenmişlik, keder, sıkıntı, suçluluk, özgürlüğün kısıtlanması ve stres düzeyinde artma gibi dezavantajlara da sebep olmaktadır (Yıldız ve Ekinci, 2017; Atagün ve ark., 2011).

Evde bakım veren aile üyelerinin birçoğu hasta bakımının yanında sosyal ve iş hayatına devam etmek zorundadır. Bakımın uzun süreli ve büyük fedakârlık gerektiriyor olması bakım verenin karşılaştığı bu stres karşısında boğulmuş hissini yaşamasına sebep olmaktadır. Buna bağlı gelişebilecek fiziksel, psikolojik, maddi ve aile içi sorunlar bakım verenin stresle başa çıkmada yetersiz kalmasına neden olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Tel ve ark., 2012; Hisam ve ark., 2018).

Stres; organizmanın çevreyle etkileşime girmesiyle, var olan fizyolojik ve psikolojik uyum halinin bozulması, günlük rutinlerinde değişikliğe neden olan, uğraşılması güç olarak algılanan gerilim ve gerginlik olarak tanımlanmaktadır (Özel ve Karabulut, 2018). Stresle karşı karşıya kalmak kişinin fiziksel ve ruhsal sınırlarının

zorlanmasına sebep olduğu için canlının iç ve dış dengesini bozmaktadır. Uzun süreli strese maruz kalmak ise anksiyeteye neden olarak bireyin sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden bütünüyle etkilemektedir (Eren ve Öztunç, 2016). Stresin yıkıcı etkileri; fiziksel anlamda yorgunluktan kalp krizine, duygusal belirtileri hafif kaygı durumundan saldırganlığa, zihinsel belirtileri unutkanlıktan muhakeme yeteneğinin zayıflamasına, sosyal belirtileri ise davranışlarda dengesizlikten soyutlanmaya kadar birçok olumsuz durumlara sebep olabilmektedir (Yamaç, 2009). Stresin bakım verenlerde çok sık görülen etkileri ise; hazımsızlık, iştahta değişim, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, alkol ve ilaç kullanımında artış, baş ağrısı ve kronik yorgunluk gibi belirtilerdir (Zaybak ve ark., 2012).

Bakım verenin, sorumlulukların getirdiği problemlerle ve ortaya çıkan stresörlerle başa çıkması için sosyal ve profesyonel hizmetler gerekmektedir. Özellikle, bakım verdiği kişi yatağa tam bağımlı olanlarda sağlık sorunlarının ve tükenmişlik sendromunun önüne geçmek için sosyal destek kaynaklarını keşfetmesini sağlamak, stresle başa çıkma tarzları geliştirmek ve evde sağlık hizmeti kapsamında profesyonel ekipten sürekli ve destekleyici yardım alması sağlanmalıdır (Mollaoğlu ve ark., 2011). Bakım verenin kendi iyilik halini en iyi düzeyde tutmak sunduğu bakım kalitesini de büyük oranda etkilemektedir. Bu amaçla yapılan çalışmalar özellikle kadın bakım verenlerin stresle baş etmede sosyal ilişkileri kaçış yolu olarak kullandığını göstermiştir (Łukasz ve ark., 2016). Son yıllarda yapılan çalışmalar sosyal desteğin sağlık ve yaşam konforuna olumlu etkisini ortaya koymaktadır. Bu yüzden bakım vermede sosyal desteğin önemi artmaya başlamıştır. Sosyal destek, bakım verenin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını gidermede yardımcı olmakla birlikte stresörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini azaltmaktadır (Şimşek ve ark., 2018) Sosyal etkileşimleri teşvik etmenin ve algılanan sosyal desteği artırmanın yaşanan stres düzeyini azalttığı bilinmektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal ilişkiler, kendini ifade etme, sosyal destek kaynağı gibi birçok faktörden etkilenen algılanan sosyal destek kavramı; bakım verenin stresle başa çıkmasında ve stresin zararlı etkilerini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır (Carroll ve ark., 2019; Öz, 2006). Toplum ve sağlık ekibi içinde sağlığı geliştirici, hastalıkları önleyici bakım hizmetleriyle önemli bir yeri olan hemşirelere de bu hususta önemli görevler düşmektedir. Bakım vermenin zorlukları karşısında uygun başa çıkma stratejileri oluşturmak ve var olan sosyal destek kaynaklarını kuvvetlendirmek amacıyla

hemşireler; bakım verici, uygulayıcı, yönetici, araştırmacı, savunucu ve danışman rollerini kullanarak stresin yıkıcı etkilerinin en aza indirilmesini sağlamaktadır (Akı ve Dikmen, 2012; Sezer ve ark., 2015).

Bu çalışmada ulaşılmak istenen amaç: Kırklareli'nin Vize ilçesinde Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı, hastasına evde bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerini, stres düzeylerini saptamak ve stresle başa çıkmada sosyal desteğin etkisini ölçmektir.

Araştırmanın Soruları

1. Hastasına evde bakım veren bireylerin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
2. Hastasına evde bakım verenlerin stres düzeyleri nedir?
3. Hastasına evde bakım verenlerde stresle başa çıkmada sosyal desteğin etkisi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

İnsanoğlunun varoluş gereği hep üzerinde durulan sağlık kavramının en geçerli tanımına Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında: ‘Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali’ olarak 1948 yılında ulaşılmıştır (WHO, 10 Ocak 2019). Bu evrensel tanıma ulaşana dek sağlık kavramı ile ilgili birçok benzer tanımlar yapılmıştır. Önceleri yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak düşünülürken sağlığa getirilen bütüncül yaklaşım; kişiyi fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden ele almak gerektiğini ve sağlığın toplumsal, kültürel değerler, ekonomik etkenler ve tıp alanındaki gelişmeler ile şekillendiği gerçeğini ortaya çıkarmıştır (Kurttaş, 2016).

Bu tanımları daha iyi anlayabilmek için sağlığı iki şekilde ele almak gerekir.

- **Subjektif Sağlık:** Kişinin kendisini sağlık yönünden algıladığı halidir. Bu bakış açısı kişinin ruhsal ve fiziksel durumu hakkında düşündükleri ve hissettiklerini içerir.
- **Objektif Sağlık:** Kişinin doktor muayenesi, tanı testleri, görüntüleme tetkikleri ve diğer ölçümler sonucu bir hastalığının bulunmamasıdır.

Kişiyi sağlıklı diyebilmek için bu yaklaşımları salt olarak ele almak yeterli değildir. Yani kişi kendini subjektif olarak sağlıklı hissederken objektif bulgular sağlıklı olmadığını gösterebilir. Sağlık ele alınırken hem objektif hem subjektif değerler göz önünde bulundurulmalıdır. (Önder, 2014, Bolsoy ve Sevil, 2006).

Sağlık çok yönlü bir kavram olduğu için; değerlendirirken bütüncül bir yaklaşım sergilemek gerekmektedir. Uygulanan politikalar sağlık ve ekonomik kalkınmayı büyük oranda sağlasa da sağlığın sürdürülebilmesi için tek başına yeterli değildir. Sağlıklı olmanın tam anlamıyla topluma yerleşmesi için bireylerin de elini taşın altına koyup sağlıklı yaşam biçimi davranış geliştirmeleri gerekir. Bu yargıyı

destekleyecek, yakın zamanda Çin’de yapılan bir çalışmada; kazanılmış her sağlıklı yaşam biçimi davranışının kanser riskini ortalama % 6 oranında azalttığı görülmüştür (Wang ve ark., 2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları: Bireyin sağlığını sürdürmesini sağlayacak ve sağlık düzeyini artıracak davranışları benimsemesi ve yaşam tarzı haline getirmesidir (Duran ve ark., 2018). Egzersiz, diyet, başarılı stres yönetimi gibi olumlu alışkanlıklar ve sedanter yaşam, alkol, sigara gibi zararlı alışkanlıklardan kaçınma faaliyetlerini içeren sağlıklı yaşam biçimi; birçok kronik hastalık riskini ve sağlık hizmeti kullanımını azaltmaktadır (Bozhüyük, 2010).

2.2. Evde Bakım Hizmetleri

Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere ve ailesine buldukları ev ortamında profesyonel bir multidisipliner ekip tarafından verilen tıbbi, psikolojik, rehabilite edici takip, tedavi ve bakımı kapsayan hizmettir (Aydın, 2014). Dinamik bir sürece sahip olan evde sağlık hizmetlerinde amaç sağlık hizmeti ve hizmet donanımını temin ederek sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmektir (Çoban ve Esatoğlu, 2004). Bireylerin sosyal yaşamlarından kopmadan toplum düzenine ayak uydurmasını, tedavi ve bakımını alışık olduğu ortamda vererek yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir şekilde devam ettirmelerini, günlük yaşamında bakıma ihtiyaç duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmeyi sağlamaktadır (Enginyurt ve Öngel, 2011).

Dünya çapında evde bakım denilince her ne kadar akla yalnızca yatalak ve yaşlı bireyler gelse de; kronik hastalık takibi ve taburculuk sonrası bakım gerektiren hastalar, engelli bireyler, gebe ve lohusalar ve nekahet dönemindeki hastalar da evde bakım hizmetine dahil edilmektedir. Ayrıca bu bireylere sunulan hizmet sadece tıbbi tedavi değil günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede en yüksek fonksiyona erişmesini, sağlık durumunu eski hale getirecek ve sürdürecektir konfora sahip olmasını, hastanın sosyal izolasyonunun önüne geçecek psikolojik desteği sağlamayı ve bakım verenin ihtiyaç duyduğu ekipman ve danışmanlık hizmetini yerine getirerek bakım veren stres düzeyini azaltmayı hedeflemektedir (Çubukçu ve Yazıcıoğlu, 2016; Danış ve Solak, 2014).

Evde bakım hizmetleri (EBH); ev ziyaretlerini, tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetler ile birleştirilerek bakım veren aile üyeleri ve özellikle ailedeki kadının yükünü hafifletmeyi ve bakım gereksinimi olan kişiyi yaşam alanından koparmadan ihtiyaç duyulan bakım gereksinimlerini sunmayı bünyesinde barındırır. Bu yönüyle evde sağlık, evde tıbbi bakım ve duvarsız hastane olarak bilinir. Çeşitli ülkelerde de ev hastanesi, evde bakım, ev hemşireliği, sağlık bakımı ve ev ziyareti gibi isimler almaktadır (Torun, 2016; Yaşar, 2009).

2.2.1 Evde Bakım Hizmetleri Ekibi

Evde sağlık, bakım ve destek hizmeti sunma amacı etrafında toplanan multidisipliner ekip; hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ev ekonomisti, sağlık yöneticisinden oluşmaktadır. Bu ekibin bağlı olduğu kurum ve kuruluşlar; eğitim kurumları, ilgili bakanlıklar, hastane ve belediyeler, meslek kuruluşları, gönüllü kuruluşlar, sigorta şirketleri, firmalar, özel bakım kuruluşları, hemşirelik kuruluşları olarak sıralanmaktadır (Arslan ve ark., 2018).

Ülkemizde de 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanarak yürürlüğe giren Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği ile evde sağlık hizmetinin tanımı, kapsamı, personel standartları, çalışma ve usulleri belirlenmiştir. Yönetmeliğe göre birçok birim ile koordineli sürdürülen evde sağlık hizmetlerinde en az bir hekim, bir hemşire, bir sağlık personeli ve bir şoför görevlendirilmeli; ancak imkan ve ihtiyaçlar doğrultusunda ekibe fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve tıbbi sekreter dahil edilmelidir (T.C. Resmi Gazete, 2005).

2.2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Evde bakım geçmişten bu yana aile büyüklerine, eşe, ailedeki engelli bireye ya da akrabaya informal bakım verme şeklinde toplumumuzda yer almaktadır. Evde sağlık hizmetleri buna ek olarak ailenin konforunu artırmak, hastanın sağlığını geri kazanması ve sürdürmesi için gerekli sağlık bakım hizmetlerini sunacak profesyonel bakımı içeren formal bakım hizmetlerini sunmaktadır (Öksüz, 2018). Sunulan bu

formal bakım hizmetleri: Hemşirelik hizmetleri, destek sağlık hizmetleri, gündüz/gece bakımı, kişisel bakım (öz bakım), ev işlerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması, sosyal destek, gıda ve beslenme hizmetleri, danışmanlık hizmetleri ve bakım verenler için destek hizmetlerdir (Oğlak, 2007).

Sunulan evde bakım hizmetlerini özelliğine göre üç açıdan sınıflandırabiliriz.

- İçeriğine göre; yani tıbbi bakım ve buna ek olarak birey ve ailenin ihtiyaç duyduğu sosyal destek hizmetlerini de kapsamaktadır.
- Süresine göre; kısa süreli ve uzun süreli olarak sınıflandırabiliriz. Kısa süreli evde bakım hizmetleri çoğunlukla taburculuk sonrası ya da hastalıktan sonra verilen ağırlıklı olarak tıbbi bakımı gerektiren 30 gün ile sınırlandırılmış bakımdır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise altı aydan uzun süren hem tıbbi hem sosyal bakımı içeren bakım hizmetidir.
- Bakım şekline göre; farklı meslek profesyonelleri tarafından verilen bakım türü olan formal bakım ve aile bireylerinin verdiği informal bakımdır (Özer ve Şantaş, 2012).

2.2.3. Evde Bakımın Tarihçesi

Evde bakımın tarihsel sürecine baktığımızda evde bakımın temel çıkış noktası kişi ve toplum için kutsal sayılan doğum eylemine dayandığı görülmektedir. Eski toplumlarda (Hititler, Romalılar) doğum sırasında vücuttan kan çıktığı için bu eylemin kadını ve doğumda bulunanları kirlettiğine inanılmıştır. Bu yüzden doğum yapacak kadının tecrit edilerek doğum eylemi başladığında ebenin gerekli malzemeleri alıp gebenin evine gittiği bilinmektedir (Aksoy ve ark., 2015).

On dokuzuncu yüzyılın başlarında Amerika'da hasta ve yaşlı bakımı ev yaşamının bir parçası, hastaneler ise son çare olarak görülmekteydi. Özel doktor ve hemşireler, gönüllüler, dindar yardımsever kuruluş üyeleri ev ziyaretleri ile gerekli bakımı ev ortamında vermekteydiler (Wilkerson, 2007). 1800'lü yıllarda evde bakımın organize edilmesinde de Amerika ön plana çıkmaktadır. Bilinen ilk evde bakım hizmeti sunan kuruluş 1796 yılında kurulan Boston Dispanseridir. Burada eğitilmiş hemşireler evde hastaya ve aile bireylerine sağlık eğitimi, kadınlara ise doğum öncesi,

doğum sonrası ve bebek bakımı eğitimi vermişlerdir. 1877 yılında Buffalo’da Hayırseverlik Teşkilatı çatısı altında gönüllüler tarafından fakirlere maddi destek ve evde sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. 1900’lü yıllarda evde bakım hizmetleri kamu bünyesinde toplanmıştır. Günümüzde ise Amerika’da evde bakım hizmetlerinin %40’ı özel şirketler, %25’i hastane destekli kuruluşlar tarafından karşılanmaktadır (Çavuş, 2013).

Avrupa ülkelerinde 65 yaş ve üstü nüfusun artması, değişen yaşam tarzı ve aile yapısı gelecekte artacak bakım ihtiyacı ve bakım maliyeti konusunda ülkeleri önlem almaya sevk etmiştir. Bu nedenle ülkeler sadece evde bakımı değil toplum yaşamını ve bakımını teşvik edici uygulamalara yönelmiştir. Bu amaçla 31 ülkeyi (27 AB ülkesi ve İsviçre, Norveç, İzlanda ve Hırvatistan) kapsayan Mapping Professional Home Care In Europe (EURHOMAP) projesi; evde bakımı tanımlayan ilk adım olmuştur (Genet ve ark., 2011).

Avrupa’da evde bakım hizmetleri daha geç organize olmakla birlikte öncü olan ülkeler özellikle yaşlı nüfusu fazla olan Hollanda, Danimarka ve İngiltere’dir. Avrupa’da ilk evde bakım yasası 1968’de Hollanda’da yürürlüğe girmiş olup toplumun tümünü kapsar nitelikte bir yasa özelliği göstermektedir. Hekim, hemşire ve sosyal çalışmacılardan oluşan ‘Bölgesel Değerlendirme Kurulu’ tarafından bireyin bakım gereksinimi saptanır ve direk bu doğrultuda hizmet verilir. Hizmet kapsamında hemşirelik hizmetleri, kısa süreli kurumsal bakım hizmeti (respite care) ve rehabilitasyon hizmeti yer almaktadır. Danimarka’da her beş haneden birine evde bakım hizmeti sunulmaktadır. 1987 yılında yapılan yasal düzenleme ile kurumsal bakım yerini evde sosyal yardım hizmetlerine (housing for the elderly) bırakmıştır. Bu hizmet kapsamında sosyal yardım yapılmış ve evde bakım verenlere eğitimler verilmiştir. Bu sayede huzurevi/bakım evi kullanımını 17 senede %7 azalmıştır. İngiltere’nin evde bakım hizmeti sunma kriterlerinde yaşlılığın yanında yüksek düzeyde özürlülüğe büyük önem verilmektedir. Bakım ihtiyacının saptanmasında bölgeden bölgeye farklılıklar mevcuttur. Yerel yönetim tarafından sağlanan tıbbi bakım gerektiren kişilere hemşirelik hizmeti, nakit para ödemesi ve kişisel bakım, ev işleri gibi sosyal yardım hizmeti verilmektedir. Kişi isterse bu hizmetlerin toplam saati karşılığını nakit olarak alıp bakım için kar amacı güden kuruluşlara başvurabilmektedir (Turan, 2008).

2.2.4. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri

Ülkemizde geçmişten bu yana evde bakımla ilgili çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile bulaşıcı hastalıkların evde izlemi ve evde ana-çocuk takibi yapılmıştır. 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ile kronik hastalıklı bireylerin bakımı halk sağlığı hemşireleri tarafından takip edilmiştir. 1963 yılında birinci beş yıllık kalkınma planında yer verilen evden ve ayaktan tedaviye yönelik teşkilatların kurulması çalışmaları yapılmış ancak etkili sonuçlar alınamadığı için ülke çapında yaygınlaştırılmasında pek başarılı olunamamıştır (Altuntaş ve ark., 2010).

10 Mart 2005 tarihinde Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği ile evde sağlık hizmetlerinin personel görev ve sorumlulukları, asgari araç gereç, tıbbi cihaz ve ulaşım araçları ile ilgili net bilgiler verilmektedir (T.C. Resmi Gazete, 2015). Tanım ve kapsamda yer alan bakım hizmeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlanırken sağlık hizmeti sunumu Sağlık Bakanlığı’nın evde sağlık birimlerine bağlı profesyonel ekibi tarafından verilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Türkiye’deki evde bakım hizmetlerinin yapısı incelendiğinde çoğunlukla hastane destekli hizmet modeli olduğu; ancak son yıllarda özel firmaların sunduğu ücretli evde bakım hizmetlerine başvuruların arttığı görülmektedir. 2017 yılında yapılan bir çalışmaya göre Türkiye’de hastaneler bünyesinde kurulan 582 evde sağlık birimi ve 321 mobil ekip sayısı bulunmaktadır. Bu ekipler tarafından en fazla; hasta muayenesi, yara pansumanı, eğitim, tetkik için kan alma, mesane sonda uygulaması ve enjeksiyon gibi tıbbi hizmetler verilmektedir (Arslan ve ark., 2018).

2.2.5. Evde Bakımın Olumlu Yönleri

Hizmet açısından geniş bir yelpazeye sahip olan evde bakımın olumlu yönleri hasta ve bakım verenlerin hayatını kolaylaştırırken hizmetin yaygınlaşmasına da sebep olmaktadır. Topluma en cazip gelen özelliği; hasta ve bakıma ihtiyaç duyan bireylerin aile ortamından koparılmadan, özgür yaşama ve bakım alma imkanı sunmasıdır. Bunun yanında;

- Evde verilen bakımın birçok yönden yataklı kurumlarda verilen bakımdan daha kaliteli olması,
- Bakım verenlere sunulan fiziksel, psikolojik ve maddi destek sayesinde bakım verenin yaşadığı stresli durum ve zorlukların hafifletilmesi,
- Bakımın hasta birey ve bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine özel planlanması,
- 7 gün ve 24 saat ulaşılabilir bakım sağlaması,
- Hastaneye yatışların ve hastane enfeksiyonları nedeniyle yatış sürelerinin azalmasıyla yaşam kalitesinin artması ve bakım maliyetinin azalması gibi, toplum ve ekonomiye sağladığı birçok yararı bulunmaktadır (Aşiret ve Çetinkaya, 2016).

2.2.6. Evde Bakımın Olumsuz Yönleri

Evde bakım yapısı gereği; dış faktörlerden çok etkilenebilen, detaylı danışmanlık ve eğitim hizmeti gerektiren, ancak sıkı takip ve kontrol şartları sağlanırsa etkili olabileceğinden bazı olumsuz yönleri bulunmaktadır. Bunlar;

- Özellikle sağlık profesyonellerinin sürekli hastaya yakın olmaması,
- Ev ortamında bakım verenler tarafından yapılan bazı uygulamalar (yara pansumanı vs.) sonucu sepsis, tromboz gibi riskli durumlar yaşanabilme ihtimali (Yılmaz ve ark., 2010),
- Sağlık profesyonelleri açısından; maruz kalınan mesleki risklerin (Şiddet, kesici delici alet yaralanmaları, kas-iskelet sistemi sorunları vs.) yanı sıra ev ortamında bakım vermenin de getirdiği bazı riskler (Sağlıksız ve güvensiz çevre, zaman, mesafe ve ulaşım problemleri gibi psikososyal riskler) evde bakımın olumsuz yönleri olarak sıralanmaktadır (Beşer ve Topçu, 2019).

2.3. Bakım Veren Kavramı

Bakım: Hasta, yaşlı ya da özürlülük nedeniyle günlük faaliyetlerinde yetersiz olan başka bir bireye yardım sağlanmasıdır. Bakım verirken bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ihtiyaçlarını yerine getirmenin yanı sıra yaşam konforunu artırmaya özen gösterilmesi gerekmektedir (Koraltan, 2017). Bakım, ihtiyaca göre ev işlerini düzenleme, sağlık bakımını ve hizmetleri koordine etme, günlük sağlık bakım ritüeli (ilaç alımı, tedaviye bağlı değişiklikleri izleme vb.), kişisel bakım ve günlük yaşam aktivitelerine destek olma (yıkama, tuvalet, beslenme, giyinme vb.), ulaşım, alışveriş, evin düzeni ve para yönetimi gibi aktiviteleri kapsadığı için bir defalık yardımdan uzun dönem yardıma kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (İnci, 2006).

Bakım kavramı söz konusu kişinin temel ihtiyaçlarına yardım etme, yeteneklerini geliştirmesine ve sürdürmesine destek olma, hayatta kalabilmeleri ve acıdan uzak bir yaşam sürmeleri için özenle ve saygılı bir şekilde sunulan yardımın tümünü kapsadığı için belirli bir mesleğe özgü değildir. Tüm canlılar için ihtiyaç tüm insanlık için bir yükümlülüktür (Dinç, 2010).

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde bakım verme; bir şeyin iyi olması ve iyiliğinin sürdürülmesi için emek sarf etme, birinin beslenme, giyinme gibi çeşitli ihtiyaçlarını yerine getirmeyi üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmıştır (TDK 2018). Bu doğrultuda bakım veren ise, bakım verme sorumluluğunu üstlenen kişiyi ifade etmektedir. Bakım vermek ihtiyaçları gidermenin yanı sıra aynı evi paylaşmayı da kapsamaktadır. Türk toplumunda sosyodemografik özelliklere göre değişim gösterse de bireyin bakımı genellikle eş, aile bireyleri özellikle kadınlar tarafından üstlenilmektedir (Yıldızeli, 2017). Kişiyeye verilen çok boyutlu bakım, formal ve informal bakım olarak iki şekilde ele alınmaktadır.

- Formal bakım; herhangi bir sağlık kurumunda veya kişinin yaşadığı ev ortamında profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilen bakım ve sağlık hizmetidir. Bu kapsamda görev alan profesyonel meslek grupları genellikle hemşireler, terapistler, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanları ve evde bakım yardımcılarıdır (Dönmez, 2018).
- İnformal bakım ise; bakıma ihtiyaç duyan bir yakınıyla aynı evde yaşayarak ücret talep etmeksizin temel ihtiyaçlarını karşılamak, tıbbi bakımını ve sağlık hizmetlerini

koordine etme görevini üstlenen, genellikle aile üyeleri, akraba ve arkadaşlar tarafından verilen bakımdır. İnfomal bakım uzmanlık gerektirmeyen bakım türü olarak kabul edilmektedir (Gel ve Keskin, 2017).

Değişen sağlık algısı ile yaşam kalitesi, yaşam uzunluğundan daha fazla önem kazanmıştır. Çünkü yaşam kalitesi bireyin iyilik halini değerlendirmede önemli bir parametre olarak kabul edilmektedir (Önder ve ark., 2015). En ideal bakım verme, yaşanan ortamdan koparılmadan gerçekleştirilse de bakım sorumluluğunun sadece aile ile çözülemeyeceği bilinmektedir. Bu yüzden formal bakım veren evde sağlık hizmetleri ve informal bakım veren aile/akraba üyeleri bakım sorumluluğunu birlikte üstlenmelidir. Bu amaçla bakım verenlerin bakım ile ilgili her türlü ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve destekleyici hizmet sunulması gerekmektedir. Bu şekilde verilen bakım; yaşam kalitesini artıracaktır (Bahar ve Parlar, 2007).

İnfomal bakım vermede hastanın bakım ve gözetiminden birinci derecede sorumlu olan, hiçbir ücret talep etmeksizin fiziksel, psikolojik ve ekonomik bakım aktivitelerini düzenli bir şekilde yerine getiren kişi primer bakım veren olarak tanımlanmakta ve genellikle aile üyelerinden oluşmaktadır. Primer bakım veren kişiye bakımın getirdiği zorluklar konusunda fiziksel, psikolojik ve ekonomik desteği sağlayan kişi ise sekonder bakım veren olarak tanımlanmakta ve sekonder bakım verenler genellikle arkadaş çevresi, akraba ve komşulardan oluşmaktadır (İzgu, 2015; Uygun ve Taylan, 2018).

Evde bakım ihtiyacı olan birey gerek yaşlı ve kronik hastalığa sahip olsun gerekse engelli olsun; bakımında aile ve aile desteği en önemli faktörlerden biridir. Örneğin ABD’de, uzun süreli bakımın %80’den fazlası aile üyeleri tarafından verilirken Kanada’da, yaşlının bakımının çoğunlukla eşler tarafından verildiği görülmektedir (Oğlak, 2017). Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) 2013 raporuna göre ülkemizde hanelerin yüzde 7,5’inde bakıma muhtaç hasta birey bulunmaktadır (Beşpınar, 2013). Evde bakım verme işini ise çoğunlukla 1. derece akrabaların üstlendiği görülmektedir. Bireylerin bakımının geleneksel temellere dayanmasının sonucu olarak toplumumuzda bakım verme özellikle kadınlar tarafından yerine getirilmektedir (Söğüt ve Dündar, 2017). Öyle ki Çatak ve ark. evde bakım verilen yaşlı hastalar üzerinde yaptığı çalışma da bakım verenlerin yaklaşık onda dokuzunun

kadınlar olduğu (Çatak ve ark., 2012) ve Türkiye genelinde bakıma muhtaç bireylere bakım verme işinin sırasıyla eşler, anne ve gelinler tarafından üstlenildiği görülmektedir (Beşpınar, 2013).

2.4. Evde Bakım Gerektiren Durumlar

Yaşlanma sonucu bireyde meydana gelen değişimler ve artan gereksinimler incelendiğinde; meydana gelen fizyolojik değişimler sonucu akut hastalıklara yakalanma riski ve kronik hastalıkların sayısının arttığı görülmektedir. Bunun yanı sıra yaşlılığın getirdiği sosyal gereksinimler; eşin ve akrabaların kaybı, emeklilik, yalnızlık gibi olumsuz durumlar olarak algılanmaktadır. Kendini güvende hissetme, özgür karar verme, saygı bekleme ve işe yarar hissetme ihtiyacı ise yaşlılığın getirdiği psikolojik gereksinimlerdir (Gülsoy, 2017). Diğer bir ifadeyle; sağlığın giderek bozulması, akut ve kronik hastalıklar ve bağımsız işlevlerin azalması yaşlıların bakım gereksinimini artıran durumlardır (Erdem, 2005). Bu gibi durumlar karşısında yaşlılar aile içinde kendini daha güvende ve toplumdan soyutlanmadığı için daha çok işe yarar hissetmektedir (Özyeşil ve ark., 2014).

Ailede engelli bireyin bulunması, tüm aile bireylerini etkilemekte ve aile bireylerinin görev ve sorumluluklarını artırmaktadır. Birey çeşitli komplikasyonları ve engelleri nedeniyle hayatlarının kalanını hastalıkla ve kısıtlılıkla geçirmektedir (Ateş ve Bilgili, 2013). Beslenme, günlük yaşam aktiviteleri yerine getirme, kendini koruma, kabul görme, hayatın anlamı ve amacını bulma gibi temel ihtiyaçlarını giderme konusunda; engelli birey ve aileleri daha fazla endişe duymaktadır (Öztürk ve ark., 2017).

Kanser, son dönem böbrek yetmezliği, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik ve komplikasyonları olan hastalıklarda; bireyin giyinme, tuvalete gitme, hareket etme, ev araç- gereçlerini kullanma (Sungur ve ark., 2009), bireysel yönetim becerileri geliştirme, diyetinin düzenlenmesi, anksiyete ve enfeksiyon riskini azaltma (Gürkan, 2018), tedavi monitörizasyonu, kişisel ve tıbbi alet bakımı, emosyonel, duygusal ve maddi desteğin sağlanması gibi ihtiyaçlarının giderilmesi genellikle bireyin ailesi ve birinci derece akrabası olan informal bakım veren kişinin sorumluluğundadır. Bakım

veren bunların yanı sıra sağlık ekibi ile iletişim, randevuların düzenlenmesi, ilaçların takibi ve diğer aile üyelerinin günlük ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğunu da üstlenmektedir (Karaaslan, 2013). Bakım verenler bu sorumluluğu genellikle; bakım verme konusunda en uygun kişi olduğunu ya da kendilerini bakım verme konusunda tam olarak yeterli gördüğü için değil, bakıma ihtiyacı olan bireye karşı duyduğu ekonomik/duygusal bağdan ve kültürel özelliklere göre toplumun bu rolü kendisine yüklediği için almaktadır (Kayusa ve ark., 2000).

2.5. Bakım Vermenin Avantajları ve Dezavantajları

Bakım verme sayesinde artan samimiyet ve sevgi ile hasta- bakım veren arasındaki duygusal iletişimin kuvvetlenmesi, kazanılan tecrübeler ile anlam bulma, kişisel gelişim düzeyinin artması ile kendine olan saygının artması, sosyal destek arama ile yakın ilişkilerin gelişmesi ve tüm bunlar sonucunda doyum sağlama önemli düzeyde gerçekleşmektedir (Karahana ve İslam, 2013).

Ancak bakım verme süresi ve yoğunluğu arttıkça bakım verenin yaşamı sıkıntıya girmekte; tek yönlü, bağımlı, yoğun ve yorucu bir hale dönüşmektedir. Çünkü uzun dönem bakım verme kişinin hayatını birçok yönden (sağlık, ekonomik, psikolojik, aile içi iletişim vs.) etkileyen bir süreçtir (Atagün ve ark., 2011). Artan bakım ihtiyacıyla bakım veren; sağlığı, aile yaşantısı, sosyal hayatı ve iyilik halinden ödün vererek bakımı tam zamanlı bir görev haline getirmek zorunda kalmaktadır. Bu durum bakım veren stresini artırdığı için yalnızca bakım vereni değil bakımın kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Verma ve Anand, 2012).

2.6. Bakım Verenlerin Yaşadığı Sorunlar

Bakım verme çok boyutlu bir süreç olduğu için bakım verenin fiziksel ve psikolojik sağlığını, ekonomik durumunu, aile içi rollerini, sosyal ilişkilerini, günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran ve olumsuz yönde etkileyen bir sorumluluk olarak algılanmaktadır (Koç ve ark., 2016). Bakım ihtiyacı olan kişinin kronik hastalığa sahip olması ve hastalık sürecinin kötü ilerlemesi bakım verenin sorumluluğunu günden

güne artırmaktadır. Hastanın asla eskisi gibi olamayacağını bilmenin yanı sıra aile içindeki sorumlulukların değişmesi ve sosyal destek kaynaklarının azalması bakım verenin stresle başa çıkmasını zorlaştıran bir durum haline gelmektedir (Keser, 2019). Bakım verenin yaşadığı sorunlar birçok faktöre bağlıdır. Bunlar; hastanın genel durumu, hastalığın prognozu, bakım verenin; yaş, cinsiyet, aile yapısı gibi sosyodemografik özellikleri, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu, korkuları, idealleri, stresle başa çıkma tarzları olarak genellenebilmektedir (Çetinkaya ve Karadakovan, 2012).

2.6.1. Bakım Verenlerde Sık Görülen Fiziksel Sorunlar

Baş ağrısı, yorgunluk, uykusuzluk, fiziksel işlevlerde azalma, iştah değişiklikleri, hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıklar ve var olan kronik hastalıkların takibinin geri plana atılması olarak sıralanabilir (Given ve ark., 2012). Vitaliano ve ark. çalışması; bakım verenlerin bakım vermeyenlere oranla daha fazla ilaç kullandığı, %23 daha yüksek düzeyde stres hormonu salgıladığı ve %15 daha düşük düzeyde antikor yanıtı olduğunu göstermiştir. Bu durum; uzun süreli bakım verme sonucu hipertansiyon, diyabet gibi stres faktörüne bağlı gelişen kronik hastalıklar riskinin arttığını göstermektedir. Bakım verme süresi uzadıkça bağışıklık sistemi zayıflayacağı için zaten risk grubunda olan yaşlı ya da kronik hastalığa sahip bakım verenleri grip gibi hastalıklara karşı daha savunmasız hale getirir. Bunların yanında bakım verenlerin KAH (Koroner arter hastalığı) ve Obezite açısından daha büyük bir risk taşıdığı görülmektedir (Vitaliano ve ark., 2004).

2.6.2. Bakım Verenlerde Sık Görülen Psikolojik Sorunlar

Bakım vermenin zaman ve enerji tüketen bir sorumluluk olduğu, bakım verenlerin fiziksel zorluklara ek olarak psikolojik zorluklar da yaşadıkları görülmektedir. Bu sorunların temelinde sabırsızlık, geçmişe duyulan özlem, kendini sosyal çevreden izole etmek ve sınırlı özgürlük gibi nedenler yer almaktadır (Sakakibara ve ark, 2015). Psikolojik uyumu azalan bakım verenlerde sıklıkla; yaşam tarzına uyum bozuklukları, aile içi çatışmalar, benlik saygısında azalma, şiddetli

depresyon, anksiyete, yaşam kalitesinde düşüş, gerginlik (Güner ve ark., 2018), karamsarlık, gelecek kaygısı ve kaygı bozukluğu, öfke, çevreye karşı ilgisizlik, dikkat dağınıklığı, karar vermede güçlük, yalnızlık, çaresizlik sık rastlanmaktadır. Evde bakım verme süresi, bakım verilen hastanın yaşadığı sıkıntılar ve olağan günlük yaşamından durumu arttıkça bu sorunların görülme sıklığı artmaktadır (Şentürk ve ark., 2018).

Bakım verenler hasta bireyin ihtiyaçlarını ve diğer aile bireylerinin isteklerini karşılamada yetersiz kaldıkları için yoğun bir suçluluk duygusu yaşamaktadır. Sahip oldukları sorumlulukları yerine getiremedikleri, aile ve yakın çevresinin kontrolünü kaybettikleri düşüncesi ile güçsüzlük yaşamaktadır. Özellikle yüksek düzeyde stres yaşayan ve engellenmişlik hissini ifade edemeyen bakım verenlerde depresyon gibi duygusal problemler ortaya çıkmaktadır (Kılıç, 2018).

2.6.3. Bakım Verenlerde Sık Görülen Ekonomik Sorunlar

Hastasına evde bakım verenlerde görülen ekonomik sorunlar genellikle bakım vermek için işten ayrılma ya da çalışma saatlerinde azalma, emeklilik planlamasının yapılamaması ve bakım ihtiyacı için gerekli olan ekipmanların temin edilmesi konusunda yaşanmaktadır. Yapılan literatür çalışmaları; bakım vermede kadın olmanın yanı sıra çalışmıyor olma ve düşük sosyoekonomik düzeyde olmanın bakım veren stresini artırdığını göstermektedir. (İzgu, 2015). Ayrıca bakım verilen yakının uzakta olması ve sadece bakım vermek için yol gitmek bakım veren üzerinde ekonomik açıdan zorluk oluşturmaktadır. National Health and Aging Trends Study (NHATS) ve National Study of Caregiving (NSOC) 2011 yılı çalışma sonuçlarına göre bakım verenlerin yaklaşık üçte birinin bakım verme ile ilgili ekonomik sıkıntı çektikleri ve daha az bir kesimin ise bakım verme için ekonomik yardım almayı zorlandığı görülmektedir (Schulz ve Eden, 2016).

Ekonomik yetersizlikler bakım veren ve ailesini iki yönde etkilemektedir. Bunlardan birincisi; sağlık hizmetlerinden gerektiği kadar yararlanamama ve bakım ekipmanlarını temin etmede zorluk, ikincisi ise düşük sosyoekonomik düzeyin sebep olduğu yoksulluk nedeniyle sosyal dışlanmadır (Gültekin ve Sezer, 2017). Buradan

hastasına evde bakım verenlerin ve ailesinin ekonomik düzeyinin duygusal ve sosyal iyilik halini etkilediği sonucuna varılabilmektedir (Sivrikaya ve Tekinarslan, 2013).

2.6.4. Bakım Verenlerde Sık Görülen Sosyal Sorunlar

Bakım verenlerin yaşadığı sosyal sorunların başında hatta diğer sorunların temelinde; eve bağımlı hale gelmek yer almaktadır. Bakım veren, hastanın bakım ihtiyacını tek başına karşılıyor ya da bakımla ilgili çok az kişiden yardım alıyorsa sosyal yaşamdan kopmak zorunda kalmaktadır (Erbay, 2013).

Çeşitli hastalıklara bakım vermek, değişik sorunlara sebep olmaktadır. Örneğin; evde şizofreni tanısı konmuş hasta yakınına bakım veren birey ve ailesi şizofreninin negatif semptomları yüzünden suçluluk, utanma gibi duygularla kendini sosyal çevreden izole etmektedir (Karayazgan, 2013). Zamanının büyük bir kısmını engelli yakınına bakım vermekle geçiren birey sosyal aktivitelerinden fedakarlık etmek zorunda kalmaktadır. Engelli hastasının ihtiyaçlarını yerine getirmek için eğlenme, dinlenme, gezme gibi boş zaman aktivitelerine zaman ayıramamakta ya da çok az zaman ayırabilmektedir. Ayrıca toplumun engelli bireye önyargılı ve ayrımcı yaklaşımı nedeniyle toplum içinde yer almakta zorlanmaktadırlar. Bu da bakım verende yalnızlık, sosyal destek yetersizliği, sosyal izolasyon gibi durumlar meydana getirmektedir (Tanrıkulu, 2019).

2.7. Stres Kavramı ve Bakım Veren Stresi

Stres konusunda yaptığı çalışmalarıyla öncülük kazanmış bilim insanı Selye'ye göre stres: Olumlu ya da olumsuz duygular yaşamamıza sebep olabilecek, "Vücuda yüklenen herhangi bir özel olmayan isteme karşı, vücudun tepkisi" olarak tanımlanmaktadır. Stres oluşabilmesi için kişinin devam eden hayatında ya da var olduğu ortamda, kişiyi rahatsız edecek farklılıkların olması gerekmektedir (Güçlü, 2001). Diğer bir tanıma göre stres; kişinin iç dünyasında ve dış çevre ile etkileşimi sonucu ortaya çıkabilen, baskı, beklenmedik olay gibi birçok nedeni ve öfke, hayal kırıklığı, gerilim gibi birçok sonucu olan içe dönük bir tepkidir (Durna, 2006).

Organizmanın varlığını devam ettirebilmesi için fizyolojik, psikolojik ve çevresel uyuma ihtiyacı vardır. Çevre ile etkileşime girmesi ile bu uyumu tehdit eden bir durum ya da uyumu bozacak herhangi bir etkene maruz kalabilir. Bunun sonucunda ortaya çıkan gerilim ve gerginlik stres olarak ifade edilebilmektedir (Özel ve Karabulut, 2018). Bu gerilim; çevreden gelen istemler ile kendi değer, tutum ve becerileri arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Aslında stres, değişen durumun kişi üzerinde sebep olduğu psikolojik zorlanmaya karşı oluşan bir tepki olarak görülmektedir (Aytaç, 2015). Temelinde duygularla savaşı barındıran ve sıklıkla gerilim, baskı, endişe, sıkıntı, engellenme gibi kavramlarla özdeşleştirilen bir kavram olsa da; (Kaya ve Keskin, 2008) belirli dozda stres organizma için hem olumlu hem de kaçınılmaz bir durum haline gelmektedir. İçsel enerjiyi doğru yönlendirmeyi sağlaması, başa çıkma stratejileri geliştirip bireysel yapıcılığı ve dayanıklılığı artırması ile kişiyi bir adım öteye taşıdığı bilinmektedir (Bayık ve ark., 2006).

Stresin birey üzerindeki etki ve sürecini kısaca özetleyen Lazarus ve Folkman (1984)'a göre kişi stresli bir olay ile karşılaştığında; algılayış biçimine göre durumu süzgecinden geçirir. Olayın yaşamı tehdit edici olduğu ve üstesinden gelmek için kaynaklarının yetersiz olduğu kanısına varır. Bu açıklamaya göre stres sürecinde üstesinden gelmeyi etkileyen faktörler; stresörler, strese verilen psikofizyolojik tepki ve baş etme yeteneği olarak sınıflandırılmaktadır (Şahin, 2016).

Organizmanın stres yaşamasına neden olan, genellikle yaşamı tehdit edici ve istenmeyen, iç ve dış ortamdan kaynaklanan uyarılar stresör olarak tanımlanmaktadır (Özbay, 2007). Stresörleri fiziksel, psikolojik ve sosyal stresörler olarak üç grupta inceleyebiliriz. Fiziksel stresörlere; travma, gürültü, ısı, nem, çevre kirliliği, cerrahi girişim, psikolojik stresörlere; hayal kırıklığı, izolasyon, sosyal stresörlere; çevre ve sosyal ortam, kültürel değişimler örnek olarak verilebilir (Esmek, 2007).

Stresörlere karşı organizmanın benzer biyolojik tepkiler gösterdiği bilinmektedir. Selye'ye göre ortaya çıkan tepkiler stresöre göre değişmezken tepkinin derecesi stresörlere göre şekillenmektedir. Bu tepkiler Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) adı altında üç aşamada açıklanmaktadır. Birinci aşama: Alarm tepkisi. Bu aşama, gelen uyarının stres olarak algılandığı ve sempatik aktivitenin arttığı aşama olarak tanımlanmaktadır. İkincisi: Direnç dönemi. Bu dönemde stresörlere karşı başa

çıkma mekanizmaları devreye girmektedir. Direnç döneminde; parasempatik sinir sistemi etkinliği artar ve organizma strese uyum sağlayabilirse tepkiler stabil hale gelir. Uyum gerçekleşmezse tükenme evresine girilmektedir. Üçüncü ve ölüme kadar gidebilen aşama: Tükenme evresi. Stresörlerle mücadele edilemeyen bu evrede organizma direnme gücünü kaybetmiştir. Bu dönemde savunma sistemi zayıflamakta ve stresörlere karşı savunmasız hale gelmektedir. Bu dönemde, birey etkili stresle başa çıkma tarzları geliştiremezse strese bağlı hastalıklar ve kalıcı sekeller kendini göstermektedir (Gün, 2017).

Hastaya ve yaşlıya bakım vermek, yeni bir ortama girmek, iş değişikliği gibi stres yaratacak bir durum karşısında birey; kişisel özelliklerine ve davranış biçimlerine göre geri çekilme, kabullenme, öfke ile karşılık verme, depresyon, endişe gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu karmaşık ve çelişik duygu durumları bireyde dikkat dağınıklığı, sosyal ilişkilerde bozulma, unutkanlık, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı, kuşkuculuk gibi belirtilere sebep olur. Bu belirtiler her insanda aynı seyretmese de stresöre maruziyet arttıkça belirtilerin şiddetini artmakta ya da değişim gösterebilmektedir (Aksoy ve Kutluca, 2010).

Bakım verme, stresin olumsuz sonuçlarının görülebileceği bir süreç olarak bilinmektedir. Maruz kalınan uzun süreli stres ve bakım vermenin gereklilikleri birleşince bakım veren fiziksel, psikolojik ve ekonomik açıdan olumsuz etkilenmektedir (Teixeira ve ark., 2019). Bakım vermenin yarattığı stres; bakım verme kavramı gibi çok yönlü algılanan bir durumdur. Özellikle ailenin, hastanın psikolojik sorunları ve stres düzeyi konusunda ön plana çıktığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalar aileyi tedavi sürecine katmanın hastayı daha umutlu ve sosyal birey haline getirdiğini göstermektedir (Duran ve Eroğlu, 2016). Ancak kronik hastalığı, zihinsel engeli olan yakınına, yaşlısına ya da ameliyat sonrası bakıma ihtiyacı olan bireye evde bakım verme; aile içi rollerin değişimi ve ailedeki sorumluluklara bakım verme sorumluluğunun eklenmesi stres yaratan en önemli durumlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Harmancı ve Duman, 2016). Yapılan çalışmalarda gerek primer bakım veren gerekse sekonder bakım veren aile üyelerinde çaresizlik duygusu nedeniyle stres düzeyi yüksek bulunmuş olup bu durum bakım verenlerin endişe, korku, kaygı yaşamalarına, çelişkili duygular beslemelerine ve sosyallikten uzaklaşmalarına sebep olmaktadır (Yeşil ve ark., 2016).

Bakıma ihtiyaç duymak kendi içinde kaygı, endişe ve korku duygularını içeren, strese sebep olan bir durumdur. Hastaların ihtiyaç duyduğu bakımın ev ortamında verilmesi her ne kadar hasta bireyin psikolojisini düzeltse de bakım veren ve ailesi için fiziksel, psikolojik ve mali yönden yük getirmektedir (Malak ve Dicle, 2008). Tedavi süresinin uzaması, bakım ihtiyacının artması, hastanın semptomlarının ağırlaşması bu bahsi geçen çok yönlü yükü artırdığı için bakım verenin stres düzeyini olumsuz etkilemektedir (Siegel ve ark., 1991).

Bakım verme konusunda öne çıkan kadınlar ev ekonomisine destek olmak için çalıştığı iş ortamıyla aile bütünlüğünü sağlama görevini yerine getirmek için ev ortamı arasında dengeyi sağlamaya çalışmaktadır. Bu durum kadının fiziksel ve ruhsal yönden ekstra çaba sarf etmesini gerektirirken stres düzeyini artırmaktadır. Ayrıca evde bakım vermenin getirdiği ekonomik, psikolojik ve sosyal baskı nedeniyle aile içi çatışmalar meydana gelmekte, eşlerin arası açılmakta ve bu durumdan yine en çok kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir (Öztop ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Araştırması ve Küresel Hastalık Yükü Araştırması (2010) engellilik yaygınlığı tahminlerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %15'i, yani bir milyardan fazla insan bakıma ihtiyacı olan engelli bireylerdir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2 Şubat 2019). Evde engelli çocuğa bakım verme tüm aile sistemini etkilese de çocuğun her döneminde (çocukluk, ergenlik, yetişkinlik) asıl sorumluluk anneye aittir. Anneler çocuğu yetiştirme, koruma, denetleme gibi sorumluluklarının yanında hem aile içindeki rolünü yerine getirmek zorunda kalır hem de çocuğu için gelecek kaygısı yaşamaktadır. Bu çoklu sebepler ve toplumun engellilere olan önyargısı kadınların ve bakım veren diğer aile üyelerinin stresini artırmaktadır (Ayyıldız ve ark., 2012). Yapılan çalışmalar kadın bakım verenlerin öz bakım aktivitelerindeki azalmaya daha duyarlı olduğunu göstermektedir. Bu sebeple bakım verme süresi arttıkça kadınların stres düzeyleri ve yardım ihtiyaçları artış göstermektedir (Uğur, 2006).

2.8. Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek

Stresin nedeni, süreci, maruz kalan kişinin özellikleri ne olursa olsun stresten tamamen kurtulmanın bir yolu bulunmamaktadır. Hasta birey, bakım veren ve ailesinin stres yaratan durumlar karşısında yapabileceği en iyi şey, stresin olumsuz etkilerinden kaçınmak için stresle başa çıkma stratejisi geliştirmektir. Böylece stresin motivasyon gibi olumlu etkilerini ön plana çıkarıp verdiği yıkım en aza indirgenebilmektedir (Doğan ve Eser, 2013). Stresle başa çıkma; bireyin herhangi bir stresör ile karşılaştığında algılayış biçimine göre stres faktörünün üstesinden gelebilmek için sarf ettiği çaba olarak tanımlanmakta ve bu çaba bilişsel süreç sonunda davranışsal tepki olarak karşımıza çıkmaktadır. Önceleri bu davranış duygulara cevap olarak görülmekteyken Lazarus ve Folkman (1984) stresle başa çıkma tarzını duygu odaklı yaklaşım ve problem odaklı yaklaşım olarak iki yöntem olarak gruplandırmıştır (Folkman ve Lazarus, 1988). Duygu odaklı başa çıkma tarzında; stresin yarattığı duygular üzerinde durulmaktadır. Amaç bu olumsuz duygularla mücadele etmek olduğu için inkar, problemden kaçma, sosyal destek arama gibi pasif, zihinsel süreçte ilerleyen davranışlar sergilenmektedir. Problem odaklı başa çıkma yöntemi; stresörün sebep olduğu yıkımın etkisi azaltma ya da tamamen ortadan kaldırmak için verilen mücadeleyi kapsamaktadır. Bu yöntem, kendi kontrolünü sağlama, sorunlar üzerinde düşünüp sorumluluğu alma, doğrudan soruna yönelme davranışlarını kapsamaktadır (Terzi ve Çankaya, 2009). Bu iki başa çıkma tarzı arasındaki fark; duygu odaklı yaklaşım, stresörün bıraktığı duygusal etkiyi azaltmaya çalışırken problem odaklı yaklaşım strese sebep olan durumla doğrudan yüzleşip somut adımlar atmaya içermektedir. Bu yüzden stresle başa çıkmada problem odaklı yaklaşımın duygu odaklı yaklaşıma göre daha etkili olduğu belirtilmektedir (Arslantaş, 2018).

Bireyin stresle baş etmede hangi yöntemi seçeceği yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kültür, hastalık algısı gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir. Sergileyeceği başa çıkma tutumu oluşana dek çeşitli bilişsel, duygusal ve karmaşık davranış stilleri denenmekte ve bu durum süreç almaktadır (Ağargün ve ark., 2005).

Bireyin stresin olumsuz etkileri karşısında sergileyeceği başa çıkma tarzında kişiler arası ilişkilerinin önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Bakımın zorlukları karşısında yaşadığı stresle mücadele eden bakım verenin; aile, akraba, komşu, arkadaş,

özel bir insan gibi sosyal destek kaynağının olması bakım verenin fiziksel ve ruhsal sağlığının iyi olmasında etkili olduğu düşüncesinin üzerinde durulmaktadır (Ardahan, 2006). Buradan hareketle sosyal desteği; bireyin çevresi tarafından verilen sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlamak mümkündür. Bireyin içinde bulunduğu çevre bireyi birebir etkilemektedir. Sosyal desteğin varlığını bilmek bakım verenin stresörler karşısında daha dirençli olmasını, maddi manevi kaynaklarının farkında olmasını ve yaşanan olumsuz durumların etkisini azaltmayı sağlamaktadır (Yıldırım, 1997).

Algılanan sosyal destek bakım verenin kişilik özelliklerine, mizacına, zamana ve koşullara göre değişim gösterse de; duygusal destek, yardım desteği, bilgi desteği ve güven desteği olarak 4 şekilde sınıflandırılabilir. Bunlardan duygusal destek; bakım verenin karşılaştığı zorluklarla mücadele etmesi için direnme gücü artırmayı sağlarken araçsal destek; bakım verene pratik ve somut çözümler sunmaktadır. Bakım verene sunulan bilgi desteği; öğüt, yönlendirme vs. ile stres yaratan durumlara çözüm bulmayı sağlarken güven desteği; olumlu duyguların ifade edilmesiyle bakım verenin güven ihtiyacının karşılanmasını sağlamaktadır (Kahrıman, 2014).

Bireyin sosyal desteği paylaşmayı öğrenmesi yalnızca stresörlere karşı dayanıklı olmasını değil aynı zamanda özverili arkadaşlıklar kurmasını, insani ilişkilerinin gelişmesini, güven, sevgi, takdir, minnet gibi duyguları yaşayıp hayattan tatmin olmasını sağlamaktadır (Üstündağ ve ark., 2019). Bireyin algıladığı sosyal destek değer gördüğünü, sevildiğini, önemsendiğini ve maddi manevi zora düştüğünde yardım alabileceği düşüncesine sahip olmasını sağlamaktadır (Meral ve Cavkaytar, 2012)

Bakım verenler, içinde buldukları süreçte gerek bakımla ilgili gerekse aile içi ve iş yaşamı sorumluluklarıyla ilgili birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Sahip olduğu sosyal destek bireyin karşılaştığı bu sorunlarla yüzleşmesini ve etkili bir şekilde başa çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Demirel ve Yücel, 2017). Günümüzde her ne kadar kişiler arası ilişkiler eskiye nazaran bozuluyor olsa da strese bağlı kriz ve gerginlik dönemlerinde; insan, doğası gereği doğal yardımcı olarak görülen aile üyelerinin ve arkadaşların desteğine ihtiyaç duymaktadır (Elkin, 2017). Bu dönemde devreye giren sosyal destek; bakım verenin duygularını ifade etmesini, bakımın maddi

ve hizmet yönünden kaynak bulmasını, ihtiyacı olan bilgiyi edinmesini sağlarken kişisel doyumunu, kimlik duygusunun korunmasını ve kendine olan güvenin artmasını sağlamaktadır (Tuna, 2010). Yapılan araştırmalar; bakım verenlerin sahip olduğu sosyal desteğin sağlık durumu ve aile içi iletişim üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu (Dökmen, 2012), anksiyete düzeyini azalttığını (Ay ve ark., 2017), özellikle aile bireyleri tarafından sağlanan sosyal desteğin artması ile stresle başa çıkma düzeyinin arttığını göstermektedir (Bedel ve Kutlu, 2018).

Bakım verenin stresle başa çıkmada ihtiyaç duyduğu sosyal destek; kaynak sayısı ve türü açısından çok boyutlu bir özellik göstermektedir. Bakım veren bu destek kaynaklarını; aile bireyleri, arkadaşlar, sağlık profesyonelleri ve toplumsal kurumlardan elde edebilmektedir (Coşkun ve Akkaş, 2009).

2.9. Stresle Başa Çıkma ve Algılanan Sosyal Desteğin Sağlanmasında Hemşireliğin Rolü

Hemşirelik; sahip olduğu rol ve sorumluluklar nedeniyle hasta, ailesi ya da toplumun herhangi bir bireyi tarafından karşılanamayan hizmeti sağlayan kuramsal-bilimsel bilgi temelli uygulama becerileri içeren bir sağlık disiplini. Hemşirelik mesleği tarihsel süreç içinde gösterdiği gelişim ile hastayı ve ailesini bir bütün olarak ele alan, hasta ve sağlıklı birey merkezli çalışan, diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yaparken bilgi, beceri ve deneyimleri doğrultusunda özerk kararlar verip uygulayabilen bir meslek grubudur (Taylan ve ark., 2012). Evde bakım hizmetlerinin etkin ve yararlı bir şekilde sürdürülebilmesi için sağlık ve sosyal hizmetlerin, profesyonel ve multidisipliner ekibin, hasta ve ailesine bütüncül yaklaşımını içermesi gerekmektedir. Bu hizmetin sağlanmasında kilit görevi gören hemşireler rol, sorumluluk ve yetkinlikleri ile bireyin mevcut sağlık durumunun iyileşmesine katkıda bulunurken bakım veren ve ailesinin sahip olduğu toplumsal kaynakları keşfetmesine yardımcı olmaktadır. Bu sayede bakım; hem hasta birey hem de bakım veren ve ailesi için daha kaliteli hale gelmektedir (Sezer ve ark., 2015).

Hemşireler mesleğin doğası gereği hasta, bakım veren ve ailesiyle en çok zaman geçiren, onları gözlemlene ve eksiklerini belirleme imkanına sahip olan sağlık

profesyonelleridir (Honea ve ark., 2008). Bakım verenler stresli durumla karşılaştığında; stresi yönetme, başa çıkma mekanizmaları geliştirme, değişen rollere ve artan sorumluluklara uyum sağlama konusunda yardıma ihtiyaç duymaktadır. Hemşireler bu hususta bakım veren ve ailesi için bilgi sağlama, psikolojik, fiziksel ve sosyal destek sağlama ve var olan sosyal destek sistemlerini güçlendirme faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Ayrıca hemşireler bakım verenlerin yararlanabileceği kurumlar, sivil toplum örgütleri, topluluklar ve kendileri gibi bakım verenlerle bir araya gelebileceği kuruluşlar hakkında bilgi sağlamada da ön plana çıkmaktadır (Karaaslan, 2013). Bu doğrultuda hemşireler; öncelikle hasta birey, bakım veren ve ailesini çok iyi tanımalı, sosyal destek kaynaklarını değerlendirmeli ve sosyal destek ile ilişkili olan sosyodemografik özelliklere göre destek kaynaklarını keşfetme ve artırmaya yönelik bakım planlamalıdır (Aras ve Tel, 2009). Tüm bu süreçte hemşirelerin sosyal destek sağlamadaki rolleri; bakım verici, uygulayıcı, yönetici, araştırmacı, savunucu ve danışman rolleri olarak ifade edilebilmektedir (Yurtsever ve Yılmaz, 2016).

Stresle başa çıkma ve sosyal desteğin sağlanmasında bu denli önemli olan hemşirenin sosyal destek sağlama hakkında bazı fonksiyonları göz ardı etmemesi gerekmektedir. Bu fonksiyonlar; destekleyici ilişkilerin stresle başa çıkmada etkin rol oynadığı, sosyal desteği paylaşmanın sosyal ağ ilişkilerinin bir parçası olduğu, bir ilişkinin destekleyici olabilmesi için sağlıklı olması gerektiği, desteğin tipi ve kalitesi duruma ve kişisel özelliklere göre değişebildiği olarak sıralanmaktadır (Ardahan, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Hastasına evde bakım verenlerde stres düzeyi ve stresle başa çıkmada sosyal desteğin etkisini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışma, tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ocak 2019- Mart 2019 tarihleri arasında Kırklareli Vize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne bağlı, Vize merkez ve ilçelerde yaşayan hastasına evde bakım verenler ile yapılmıştır. Vize Devlet Hastanesi; 30 yatak kapasiteli bir ilçe hastanesidir. Kurumda 39 hemşire görev yapmaktadır. Evde Sağlık Hizmetleri Birimi bünyesinde 1 hekim 2 hemşire, 1 sağlık personeli, 1 şoför ve 1 sekreter görev yapmaktadır. Birim; Vize ilçe merkezi ve ilçeye bağlı 16 köye hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2018 yılında Kırklareli Vize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı toplam 241 hastanın bakım vereni oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise bu tarihler arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 120 hastanın bakım vereni oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Evde bakıma ihtiyacı olan hastanın bakımından birinci derece sorumlu olmak,
- Bakım vermeyi engelleyecek herhangi bir durumu olmamak (zihinsel, fiziksel engel vs.),
- 18 yaşından büyük olmak,
- Fiziksel ya da bilişsel yönden araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun olmak,
- Kırklareli Vize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı olmak,
- Kayıtlı olduğu günden bugüne Kırklareli Vize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından aktif ziyaret edilen, sürekli takip ve tedavisi yapılan hastanın bakım vereni olmak,
- Çalışmaya katılmaya istekli olmak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri toplanırken, araştırmaya katılan bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan “Bakım Veren Tanıtım Formu” kullanılmıştır. Bakım verenlerin stres düzeyini ölçmek için “Stres Veren Stres Ölçeği”, stresle başa çıkma yöntemlerini belirlemek amacıyla ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ ve sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Bakım Veren Tanıtım Formu

Araştırmada, örnekleme oluşturan bakım vericilerin özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan ‘Bakım Veren Tanıtım Formu’ (Ek 3) kullanılmıştır (Şirzai ve ark., 2015; Akdemir ve ark., 2011; Akdemir ve Akel, 2014; Yıldırım ve ark., 2013). Bu formda bakım verenin sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, sosyal güvence, aile yapısı, yaşadığı yer, mesleği, aylık gelir durumu soruları yer

alırken, bakım verme ile ilgili; bakım verdiği kişiye yakınlık derecesi, bakım verme süresi ve bakım vermek için eğitim alıp almama durumlarını inceleyen sorular yer almaktadır.

3.4.2. Bakım Veren Stres Ölçeği

Robinson B. tarafından bakım konusunda endişeleri olan aileleri kısa sürede tespit etmek amacıyla 1983 yılında geliştirilmiştir. Robinson ölçeğin Cronbach's Alpha değerini 0.86 olarak belirlemiştir. Ölçek 13 sorudan oluşmaktadır. Bakım verenler sorulara Evet (1 puan), Hayır (0 puan) şeklinde cevap vermektedir. Ölçekten alınan toplam puanın 7 puan ve üstü olduğu durumda bakım veren stres düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2006 yılında Uğur tarafından onkoloji hastalarına bakım verenler üzerinde yapılmış olup Cronbach's Alpha değeri 0,75 elde edilmiştir (Gün, 2017). Ölçek; her yaşta bakım veren için kullanılabilir. Her soru bir stresörü ifade ederken genel olarak bakım verenin iş yükü, temel ilişkileri, amaçları, kısıtlanan sosyal hayatı, mahremiyeti, aile ve mesleki rol çatışması, sosyal destek durumu ve genel bakıcılık yaşantısı ile ilgili değişkenler ölçülmektedir (Uğur, 2006). Bizim çalışmamızda da ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,70 bulunmuştur.

3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında 'Stresle Başa çıkma Yolları Envanteri' olarak geliştirilmiş 4'lü Likert tipi 66 maddelik bir ölçektir. Türkiye'de Şahin ve Durak (1995) tarafından tekrar psikometrik değerlendirilmesi ve Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Yeni adıyla 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği' 4'lü Likert tipi, 30 maddeden ve 5 ayrı alt gruptan oluşmaktadır. Ölçeğin alt grupları: İyimser yaklaşım (2,4,6,12,18. madde), Kendine Güvenli Yaklaşım (8,10,14,16,20,23,26. madde), Çaresiz Yaklaşım (3,7,11,19,22,25,27,28. madde), Boyun Eğici Yaklaşım (5,13,15,17,21,24. madde) ve Sosyal Destek Arama (1,9,29,30. madde)' dir (Evgin ve Erdem, 2018). Her bir maddeye verilebilecek cevaplar, bana hiç uygun değil (% 0); bana uygun değil (%30); bana uygun (%70); bana çok uygun (%100) biçiminde

dağılım göstermektedir (Karahan ve Eplikoç, 2007). Ölçekte verilebilecek yanıtlar: 0 (Hiç uygun değil), 1 (Uygun değil), 2 (Uygun), 3 (Tamamen uygun) olarak puanlanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanın yüksek olması bakım verenin stresle başa çıkmada o alt ölçekteki yaklaşımı daha çok kullandığını göstermektedir. Sonuçta kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım alt boyut puanları yüksek çıkarsa kişinin; stresöre problem odaklı yaklaştığı, aktif tutum sergilediği ve stresle başa çıkmada etkili olduğu; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyut puanları yüksek ise kişinin stresöre duygu odaklı yaklaştığı, pasif bir tutum sergilediği ve stresle başa çıkmada etkisiz kaldığı sonucuna ulaşılabilmektedir (Gündüz ve ark., 2013). Ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayıları; her bir alt boyut için: Kendine Güvenli Yaklaşım 0.80, İyimser Yaklaşım 0.68, Çaresiz Yaklaşım 0.73, Boyun Eğici Yaklaşım 0.70, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı 0.47 olarak bulunmuştur (İnan ve Duman; 2013). Bizim çalışmamızda da ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayıları; her bir alt boyut için: Kendine Güvenli Yaklaşım 0.74, İyimser Yaklaşım 0.70, Çaresiz Yaklaşım 0.78, Boyun Eğici Yaklaşım 0.66, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı 0.62, ölçek toplam Cronbach's Alpha katsayısı 0.72 olarak hesaplanmıştır.

3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Zimet ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2001 yılında Eker, Arkar ve Yıldız tarafından yapılmıştır. Ölçekte her madde 7 aralıklı; 1 (Kesinlikle Hayır), 7 (Kesinlikle Evet) arasında derecelendirilmiştir (Meral ve Cavkaytar, 2012). Ölçekten elde edilen toplam puan ne kadar yüksekse algılanan sosyal destek düzeyinin o kadar yüksek olduğu söylenebilmektedir (Ateş ve Bilgili, 2013). Ölçek; kısa, kullanımını kolay ve öznel değerlendirmeyi içermektedir. Ölçek; 12 madde ve 3 alt gruptan oluşmaktadır. Alt ölçek yapısına bakıldığında sosyal destek kaynağı olarak aile, arkadaşlar ve özel bir insanın varlığı değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayıları; her bir alt boyut için: Aile 0.85, Arkadaş 0.88, Özel Bir İnsan 0.92 ve ölçek toplam 0,89 olarak bulunmuştur (Eker ve ark., 2001). Bizim çalışmamızda da ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayıları; her bir alt boyut için: Aile 0.87, Arkadaş 0.85, Özel Bir İnsan 0.97, ölçek toplam Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0.71 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun bakım verenlere, araştırmacı tarafından Evde Sağlık Ekibi ile birlikte gerçekleştirilen ev ziyaretleri sırasında, Bakım Veren Tanıtım Formu, Bakım Veren Stres Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği soru formları yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 45-50 dakika arası sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın sonunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için IBM SPSS (Statistical Packages for Social Sciences) for Windows 21.00 paket programı kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiye korelasyon analizi ile bakılmıştır. Verilerin Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda, normal dağılım sergilemedikleri görülmüş olup nonparametrik testler tercih edilmiştir. İki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu çalışmalarda ise Kruskal-Wallis H kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları.

Bağımlı Değişkenleri: Bakım verenlerin stres düzeyi ve stresle başa çıkma tarzları.

Kontrol Değişkenler: Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (EK:1), araştırmaya katılan bireylerden

sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onam (Ek:2) ve Vize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi için Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni (EK:11) alınmıştır. Ayrıca kullanılan ölçekler için; ölçek kullanım izin onayları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma Verileri; Kırklareli Vize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı hastaların bakım verenleri ile sınırlıdır. Bu hastanenin Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı hasta yakınları ile genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı (n=120)

Sosyodemografik Veriler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş Grubu		
18-32	13	10,8
33-39	32	26,7
40 ve üstü	75	62,5
Cinsiyet		
Kadın	103	85,8
Erkek	17	14,2
Eğitim durumu		
Okuma yazma yok	41	34,2
İlkokul	30	25,0
Ortaokul	16	13,3
Lise	27	22,5
Yüksekokul	6	5,0
Sosyal güvence		
SSK	70	58,3
Emekli Sandığı	16	13,3
Bağkur	17	14,2
Yeşilkart	17	14,2
Ailedeki kişi sayısı		
1-4	98	81,7
5-7	22	18,3
Çocuk sayısı		
Çocuk yok	26	21,7
1-6	94	78,3
Yaşadığı yer		
İl-İlçe	59	49,2
Köy	61	50,8
Kiminle yaşadığı		
Yalnız	49	40,8
Eş	36	30,0
Eş+ çocuklar+ bakıcı	35	29,2
Mesleği		
Memur	6	5,0
İşçi+ esnaf	16	13,3
Emekli	10	8,3
Diğer	88	73,3

Tablo 4.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı (n=120)
(Devam)

Sosyodemografik Veriler	Sayı	Yüzde (%)
Şu anda çalışma durumu		
Evet	15	12,5
Hayır	105	87,5
Aylık gelir durumunuz		
Gelir giderden az	30	25,0
Gelir giderden fazla	56	46,7
Gelir gidere denk	34	28,3
Bakım verilen kişiye yakınlık derecesi		
1. derece yakınım	50	41,7
Akrabam- Diğer	70	58,3
Kaç yıldır bakım verildiği		
1-5yıl	31	25,8
6-10yıl	27	22,5
11-15yıl	30	25,0
16+	32	26,7
Bakım vermek için daha önce eğitim alma durumu		
Evet	11	9,2
Hayır	109	90,8
Toplam	120	100

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan bakım verenlere ait sosyodemografik özellikler verilmiştir. Bakım verenlerin %62,5'i 40 ve üstü yaşta, %85,8'i kadın olduğunu ifade etmiştir. %34,2'sinin okuma yazması olmadığı, %58,3'ünün sosyal güvencesinin SSK olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerin %81,7'sinin ailesi 1-4 kişiden oluştuğu, %78,3'ünün 1-6 arası çocuğu olduğu, %50,8'i köyde yaşadığı, %40,8'i yalnız yaşadığı belirlenmiştir. %73,3'ü diğer meslek grubuna ait (pazarcı, işsiz vs.) iken %87,5'i şu an çalışmaya devam etmediğini ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin gelir durumuna bakıldığında %46,7'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu görülmüştür. %58,3'ü akraba- diğer yakınına bakım verdiği, %26,7'si evde hastasına 16 yıldan fazla süredir bakım verdiği ve %90,8'inin bakım vermek için daha önce herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Stres Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120)

BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ		
	Ortalama±SS	Min.-Max. Değerler
Bakım Verenin Stres Ölçeği Toplam Puan	6,83±2,11	2-10
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ		
Ölçek Alt Boyutu	Ortalama±Standart Sapma	Min.-Max. Değerler
Kendine güvenli yaklaşım	20,51±4,32	10-28
Çaresiz yaklaşım	20,41±5,34	8-30
Boyun eğici yaklaşım	17,12±2,77	11-23
İyimser yaklaşım	15,06±2,73	8-20
Sosyal desteğe başvuru yaklaşımı	10,17±1,43	7-14
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Toplamı	48,39±12,35	27-79
ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ		
Ölçek Alt Boyutu	Ortalama±Standart Sapma	Min.-Max. Değerler
Özel bir insan	12,59±9,47	4-28
Aile	17,97±6,35	4-28
Arkadaşlar	17,83±6,45	4-28
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamı	83,26±4,98	71-93

Tablo 4.2.'de bakım veren stres ölçeği, stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ) ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin stres düzeyi 6,83±2,11 olarak belirlenmiştir.

SBÇTÖ toplam puan ortalaması 48,39±12,35 olarak bulunurken en yüksek puandaki alt boyutu; 20,51± 4,32 puan ile kendine güvenli yaklaşım tarzı, en düşük

puandaki alt boyutu; 10,17±1,43 puan ile sosyal desteğe başvuru yaklaşımı olarak belirlenmiştir.

ÇBASDÖ incelendiğinde ölçek toplan puanı 83,26±4,98 olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarına bakıldığında ise en yüksek ortalamanın 17,97±6,35 ile aile, en düşük ortalamamım 12,59±9,47 ile özel bir insan alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özelliklere Göre Bakım Verenin Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120)

Özellikler	Ortalama±SS	Test Değeri	Min-Max değerler
Yaş Grubu 18 – 32 33 – 39 ≥40	5,69±2,25 7,25±1,95 6,84±2,11	KW=4,5 p=0,101	3 – 10 3 – 10 2 – 10
Cinsiyet Kadın Erkek	6,96±2,08 6,00±2,15	U=639,5 p=0,072	2 – 10 3 – 10
Eğitim durumu Okuma Yazma Yok İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul	7,63±1,58 6,50±2,22 6,31±2,24 6,59±2,24 5,33±2,50	KW =10,3 p=0,036	4 – 10 2 – 10 3 – 10 3 – 10 2 – 9
Sosyal güvence SSK Emekli Sandığı Bağkur Yeşilkart	6,44±2,22 7,13±1,78 7,35±1,84 7,59±1,97	KW =5,5 p=0,133	2 – 10 4 – 10 4 – 10 3 – 10
Ailedeki kişi sayısı 1-4 5-7	6,99±2,07 6,09±2,18	U=811,5 p=0,067	2 – 10 2 – 10
Çocuk sayısı Çocuk Yok 1-6	7,12±2,29 6,74±2,06	U=1069,5 p=0,325	3 – 10 2 – 10
Yaşadığı yer İl-İlçe Köy	6,47±2,23 7,16±1,94	U=-1,6 p=0,107	2 – 10 3 – 10

Tablo 4.3. Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özelliklere Göre Bakım Verenin Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120) (Devam)

Özellikler	Ortalama±SS	Test Değeri	Ölçek Toplam Ortalama(M in-Max)
Kiminle yaşadığı Yalnız Eş Eş+ Çocuklar+ Bakıcı	7,45±1,81 6,17±2,26 6,63±2,14	KW =7 p=0,031	3 – 10 2 – 10 2 – 10
Mesleği Memur İşçi+Esnaf Emekli Diğer	6,83±1,47 6,50±2,22 5,30±1,89 7,06±2,10	KW =6,4 p=0,091	5 – 9 3 – 10 3 – 9 2 – 10
Şu Anda çalışma durumu Evet Hayır	6,47±1,88 6,88±2,14	U=672 p=0,353	3 – 10 2 – 10
Aylık gelir durumu Gelir Giderden Az Gelir Giderden Fazla Gelir Gidere Denk	7,70±1,82 6,14±2,16 7,18±1,93	KW =11,2 p=0,004	3 – 10 2 – 10 3 – 10
Bakım verilen kişiye yakınlık derecesi 1.Derece Yakınım Akrabam-Diğer	6,40±2,34 7,13±1,89	z=-1,4 p=0,137	2 – 10 3 – 10
Kaç yıldır bakım verildiği 1-5 Yıl 6-10 Yıl 11-15Yıl 16+	6,10±2,45 5,93±2,11 7,60±1,81 7,56±1,44	KW =14,1 p=0,003	2 – 10 3 – 9 4 – 10 5 – 10
Bakım vermek için daha önce eğitim alma durumu Evet Hayır	5,82±2,18 6,93±2,08	z=1474,5 p=0,137	2 – 9 2 – 10

Tablo 4.3.'de Sosyodemografik özelliklere göre bakım veren stres ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo yaş değişkenine göre incelendiğinde bakım veren stres düzeyi en yüksek 33-39 yaş grubunda görülürken yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Cinsiyet değişkenine göre bakıldığında kadınlarda stres düzeyi daha yüksek bulunmuş olup cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Bakım verenin eğitim durumuna göre stres düzeyi incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının okur yazar olmayan bakım verenlerde, en düşük puan ortalamasının ise yükseköğretim mezunu bakım verenlerde olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Bakım verenlerin sosyal güvenceye göre stres düzeyine bakıldığında gruplar arası anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0,05$), yeşilkartlı bakım verenlerin stres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Ailedeki kişi sayısına göre stres düzeyine bakıldığında 1-4 kişilik ailelerde stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tabloya göre sahip olunan çocuk sayısına göre stres düzeyi incelendiğinde gruplar arası anlamlı bir farklılık belirlenmemiş olup ($p>0,05$) çocuğu olmayan bakım verenlerin stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Köyde yaşayan bakım verenlerin stres düzeyi yüksek bulunurken gruplar arasında yaşanan yer açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tabloya göre, yalnız yaşayan bakım verenlerin stres düzeyi yüksek bulunurken eşi, çocukları ve bakıcısıyla birlikte yaşayanlarda stres düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Bakım verenlerin mesleği ve şu anki çalışma durumlarına göre stres düzeyi incelendiğinde gruplar arası anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0,05$), en yüksek stres düzeyinin; diğer (pazarcı vs.) meslek grubuna ait bakım verenler ve şu anda çalışmayan bakım verenlerde olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin gelir durumuna göre stres düzeyi incelendiğinde bakım veren stres düzeyinin geliri giderinden az olanlarda en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tabloya göre bakım verenlerin bakım verdiği hastaya yakınlık derecesine göre stres düzeyine bakıldığında gruplar arası anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0,05$), akraba ve diğer yakınlarına bakım verenlerin stres düzeyi 1. derece yakınına bakım verenlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaya evde bakım verme süresinin araştırma grubunun stres düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde; stres düzeyinin, evde hastasına 11- 15 yılları arası ve 16 yıldan fazla bakım verenlerde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer gruplar arasından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Bakım verenlerin hastasına bakım vermek için herhangi bir eğitim alıp almama durumunun stres düzeyine etkisi incelendiğinde eğitim alan ve almayan gruplar arasından anlamlı bir farklılık olmazken ($p>0,05$), bakım eğitimi almayanların stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120)

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ						
Özellikler	Kendine Güvenli Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Çaresiz Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Boyun Eğici Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	İyimser Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Sosyal Desteğe Başvuru Yaklaşımı Ortalama (Min-Max)	Ölçek Toplam Ortalama (Min-Max)
Yaş Grubu 18 – 32 33 – 39 ≥40	22,85 (17 – 27) 21,34 (12 – 28) 19,75 (10 – 28) KW =8,1 p=0,017	16,54 (10 – 28) 20,63 (8 – 29) 20,99 (11 – 30) KW =6,1 p=0,045	15,15 (12 – 20) 16,69 (11 – 22) 17,64 (11 – 23) KW =10,8 p=0,004	16,08 (11 – 20) 15,22 (9 – 20) 14,81 (8 – 20) KW =3,2 p=0,201	9,46 (8 – 11) 10,19 (7 – 12) 10,28 (7 – 14) KW =4,7 p=0,091	80,08 (72 – 91) 84,06 (73 – 93) 83,47 (71 – 93) KW =5,8 p=0,053
Cinsiyet Erkek Kadın	20,53 (13 – 27) 20,50 (10 – 28) U= 875 p=0,997	17,41 (10 – 29) 20,90 (8 – 30) U= 551 p=0,014	17,53 (12 – 22) 17,05 (11 – 23) U= 782 p=0,479	16,76 (13 – 20) 14,78 (8 – 20) U= 518 p=0,007	10,41 (8 – 12) 10,13 (7 – 14) U= -0,705 p=0,481	82,65 (76 – 92) 83,36 (71 – 93) U=773,5 p=0,442
Eğitim durumu Okuma Yazma Yok İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul	18,32 (10 – 28) 20,07 (12 – 28) 21,19 (15 – 28) 22,44 (15 – 28) 27,17 (26 – 28) KW =29,5 p=0,0001	22,85 (11 – 30) 20,33 (10 – 29) 18,94 (8 – 29) 19,15 (12 – 28) 13,67 (11 – 19) KW =20,7 p=0,0001	18,17 (11 – 22) 17,73 (12 – 22) 16,69 (13 – 23) 15,96 (11 – 20) 13,17 (11 – 16) KW =24,3 p=0,0001	13,68 (8 – 20) 15,80 (9 – 20) 15,50 (9 – 19) 15,44 (9 – 20) 17,83 (16 – 20) KW =23,6 p=0,0001	10,34 (7 – 13) 10,13 (7 – 14) 10,13 (8 – 13) 10 (7 – 12) 10 (9 – 12) KW =1,2 p=0,868	83,37 (71 – 91) 84,07 (73 – 93) 82,44 (76 – 92) 83 (72 – 93) 81,33 (78 – 86) KW =2,8 p=0,584
Sosyal Güvence SSK Emekli Sandığı Bağkur Yeşilkart	21,50 (10 – 28) 20,31 (14 – 28) 17,76 (13 – 24) 19,35 (14 – 26) KW =12,9 p=0,005	19,36 (8 – 30) 20,13 (11 – 26) 22,12 (13 – 28) 23,29 (13 – 29) KW =10,8 p=0,012	16,60 (11 – 22) 17,38 (11 – 20) 17,76 (13 – 23) 18,35 (12 – 22) KW =7,4 p=0,061	15,49 (8 – 20) 15,31 (13 – 20) 14,29 (9 – 18) 13,82 (8 – 17) KW =8,1 p=0,043	10,07 (7 – 14) 9,94 (7 – 12) 10,47 (7 – 13) 10,47 (9 – 12) KW =2,2 p=0,521	83,01 (71 – 93) 83,06 (74 – 90) 82,41 (73 – 88) 85,29 (72 – 93) KW =5,1 p=0,165

Tablo 4.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120) (Devam)

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ						
Özellikler	Kendine Güvenli Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Çaresiz Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Boyun Eğici Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	İyimser Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Sosyal Desteğe Başvuru Yaklaşımı Ortalama (Min-Max)	Ölçek Toplam Ortalama (Min-Max)
Ailedeki kişi sayısı 1 – 4 5 – 7	20,15 (10 – 28) 22,09 (16 – 28) U=805 p=0,063	20,76 (10 – 30) 18,86 (8 – 29) U=869 p=0,155	17,22 (11 – 23) 16,64 (11 – 22) U=923 p=0,291	14,83 (8 – 20) 16,09 (10 – 20) U=772,5 p=0,037	10,20 (7 – 14) 10 (7 – 12) U= -0,586 p=0,558	83,16 (72 – 93) 83,68 (71 – 93) U=1017,5 p=0,681
Çocuk sayısı 1 – 6 Çocuk Yok	20,60 (10 – 28) 20,19 (12 – 28) U=1142 p=0,609	20,63 (8 – 30) 19,62 (10 – 29) U=1099,5 p=0,434	17,05 (11 – 23) 17,35 (11 – 22) U=1123 p=0,526	15,02 (8 – 20) 15,19 (9 – 20) U=1193 p=0,852	10,20 (7 – 14) 10,04 (7 – 13) U= -0,362 p=0,717	83,50 (71 – 93) 82,38 (73 – 92) U=1040 p=0,245
Yaşadığı Yer İl – İlçe Köy	21,95 (12 – 28) 19,11 (10 – 28) U= -3,5 p=0,0001	18,93 (8 – 29) 21,84 (11 – 30) U= -2,9 p=0,003	15,98 (11 – 23) 18,21 (12 – 22) U= -4,5 p=0,0001	15,75 (8 – 20) 14,39 (8 – 20) U= -3,2 p=0,001	10,24 (7 – 14) 10,10 (7 – 13) U= -0,315 p=0,753	82,85 (73 – 93) 83,66 (71 – 93) U= -1,2 p=0,196
Kiminle yaşadığı Yalnız Eş Eş+ Çocuklar+ Bakıcı	18,63 (10 – 28) 20,92 (13 – 28) 22,71 (16 – 28) KW =18,2 p=0,0001	22,10 (10 – 29) 19,61 (11 – 29) 18,86 (8 – 30) KW =9,9 p=0,007	17,98 (11 – 23) 17,19 (11 – 22) 15,83 (12 – 21) KW =14,6 p=0,001	14,10 (8 – 20) 15,67 (9 – 20) 15,77 (9 – 20) KW =12,8 p=0,002	10,12 (7 – 13) 10,17 (7 – 14) 10,23 (8 – 12) KW =0,08 p=0,961	82,94 (72 – 92) 83,56 (71 – 93) 83,40 (72 – 93) KW =0,445 p=0,801

Tablo 4.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120) (Devam)

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ						
Özellikler	Kendine Güvenli Yaklaşım Ortalama(Min-Max)	Çaresiz Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Boyun Eğici Yaklaşım Ortalama(Min-Max)	İyimser Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Sosyal Desteğe Başvuru Yaklaşımı Ortalama (Min-Max)	Ölçek Toplam Ortalama (Min-Max)
Mesleği						
Memur	24,83 (19 – 28)	15,67 (11 – 23)	15,17 (11 – 18)	16,50 (14 – 18)	9,50 (7 – 12)	81,67 (74 – 90)
İşçi+ Esnaf	23,88 (17 – 28)	19,13 (10 – 29)	15,44 (11 – 22)	16,50 (14 – 20)	10,13 (8 – 12)	85,06 (78 – 93)
Emekli	20,90 (16 – 28)	17,70 (11 – 25)	16,50 (11 – 19)	17,00 (13 – 20)	10,80 (8 – 12)	82,90 (77 – 89)
Diğer	19,56 (10 – 28)	21,27 (8 – 30)	17,63 (12 – 23)	14,48 (8 – 20)	10,15 (7 – 14)	83,08 (71 – 93)
	KW =19,4 p=0,0001	KW =10,2 p=0,017	KW =11,1 p=0,011	KW =15,6 p=0,002	KW =3,7 p=0,288	KW =2,09 p=0,554
Şu anda çalışma durumu						
Evet	21,93 (13 – 27)	18,80 (10 – 29)	15,73 (11 – 22)	16,67 (14 – 20)	9,07 (7 – 12)	82,20 (74 – 92)
Hayır	20,30 (10 – 28)	20,64 (8 – 30)	17,31 (11 – 23)	14,83 (8 – 20)	10,32 (7 – 14)	83,41 (71 – 93)
	U=609,5 p=0,157	U=642,5 p=0,249	U=552 p=0,061	U=466 p=0,011	U=383 p=0,001	U=653,5 p=0,286
Aylık Gelir Durumu						
Gelir Giderden Az	18,27 (10 – 25)	22,93 (13 – 30)	18,83 (15 – 22)	13,30 (8 – 20)	9,90 (7 – 12)	83,23 (71 – 93)
Gelir Giderden Fazla	22,14 (13 – 28)	18,52 (8 – 28)	16,09 (11 – 23)	15,77 (9 – 20)	10,32 (7 – 14)	82,84 (72 – 93)
Gelir Gidere Denk	19,79 (12 – 28)	21,29 (10 – 29)	17,29 (11 – 22)	15,44 (9 – 20)	10,15 (7 – 12)	83,97 (73 – 92)
	KW =16,6 p=0,0001	KW =15,04 p=0,001	KW =20,4 p=0,0001	KW =18,7 p=0,0001	KW =1,3 p=0,509	KW =1,4 p=0,492

Tablo 4.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120) (Devam)

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ						
Özellikler	Kendine Güvenli Yaklaşım Ortalama(Min-Max)	Çaresiz Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Boyun Eğici Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	İyimser Yaklaşım Ortalama (Min-Max)	Sosyal Desteğe Başvuru Yaklaşımı Ortalama(Min-Max)	Ölçek Toplam Ortalama(Min -Max)
Bakım verilen kişiye yakınlık derecesi 1.Derece Yakınım Akrabam – Diğer	21,18 (12 – 28) 20,03 (10 – 28) z= -1,3 p=0,179	18,86 (8 – 30) 21,51 (11 – 29) z= -2,7 p=0,006	17,18 (11 – 22) 17,07 (11 – 23) z= -0,305 p=0,761	15,56 (8 – 20) 14,70 (8 – 20) z= -2,3 p=0,023	10,04 (7 – 13) 10,26 (7 – 14) z= -0,76 p=0,447	82,82 (71 – 93) 83,57 (72 – 93) z= -0,419 p=0,675
Kaç yıldır bakım verdiği 1 – 5 Yıl 6 – 10 Yıl 11 – 15Yıl 16+	22,52 (15 – 28) 21,96 (10 – 28) 19,67 (12 – 28) 18,13 (14 – 22) KW =20,6 p=0,0001	17,45 (10 – 28) 18,44 (8 – 29) 21,60 (11 – 29) 23,81 (16 – 30) KW =26,9 p=0,0001	15,52 (11 – 22) 16,37 (12 – 21) 18,00 (12 – 23) 18,47 (13 – 22) KW =23,2 p=0,0001	16,35 (9 – 20) 15,67 (8 – 20) 14,70 (9 – 20) 13,63 (9 – 19) KW =26,6 p=0,0001	9,68 (7 – 13) 9,81 (7 – 14) 10,67 (8 – 13) 10,47 (7 – 13) KW =11,1 p=0,011	81,52 (73 – 87) 82,26 (71 – 93) 84,63 (73 – 93) 84,50 (76 – 91) KW =8,7 p=0,032
Bakım vermek için daha önce eğitim alma durumu Evet Hayır	25,91 (19 – 28) 19,96 (10 – 28) z=1498 p=0,179	14,91 (11 – 26) 20,96 (8 – 30) z=1234 p=0,006	13,73 (11 – 18) 17,46 (11 – 23) z=1693 p=0,761	17,55 (15 – 20) 14,81 (8 – 20) z=1327 p=0,023	9,64 (7 – 12) 10,22 (7 – 14) z=432,5 p=0,116	81,73 (74 – 90) 83,41 (71 – 93) z=1671,5 p=0,675

Tablo 4.4.'de sosyodemografik özelliklere göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yaş değişkenine göre bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde kendine güvenli yaklaşım tarzının 18- 32 yaş grubundaki bakım verenlerde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının ise 40 yaş ve üstü bakım verenlerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmezken ölçek toplam puanının en yüksek olduğu grup 33- 39 yaş grubu bakım verenler, en düşük olan grup ise 18-32 yaş grubu olarak belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde; kadınlarda çaresiz yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu görülürken, erkeklerde iyimser yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmezken kendine güvenli yaklaşım tarzı, boyun eğici yaklaşım tarzı ve sosyal desteğe başvuru yaklaşım tarzının erkeklerde kadınlardan daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Ayrıca stresle başa çıkma tarzları ölçeği toplam puanının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olarak saptanmıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde yüksekokul grubunda; iyimser yaklaşım tarzı ve kendine güvenli yaklaşım tarzının daha yüksek düzeyde, okuma yazması olmayan bakım verenlerde ise çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer alt gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmezken stresle başa çıkma tarzları ölçeği toplam puan ortalamasının en yüksek ilkokul düzeyi bakım verenlerde olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım verenlerin sosyal güvencesine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde kendine güvenli yaklaşım tarzının en yüksek SSK'lı bakım verenlerde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Tabloya göre; yeşilkartlı bakım verenlerde çaresiz yaklaşım tarzının, SSK'lı bakım verenlerde ise iyimser yaklaşım tarzının en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer alt gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmezken stresle başa çıkma tarzları ölçeği toplam puanı en yüksek yeşilkartlı, bakım verenlerde olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

Ailedeki kişi sayısına göre stresle başa çıkma tarzları leği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde iyimser yaklaşım tarzı 5- 7 kişilik ailelerde daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer alt gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmezken stresle başa çıkma tarzları leği toplam puanı yine 5- 7 kişilik ailelerde daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

ocuk sayısı ile stresle başa çıkma tarzları leği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; bakım verenlerin sahip olduğu ocuk sayısına göre stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bunun yanı sıra 1- 6 arası ocuk sahibi olanlarda ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin yaşadığı yere göre stresle başa çıkma tarzları leği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; köyde yaşayanlarda çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). İl ve ilçelerde yaşayanlarda kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzının köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmezken stresle başa çıkma tarzları leği toplam puanı köyde yaşayanlarda daha yüksek düzeyde belirlenmiştir ($p>0,05$).

Yalnız yaşayanlarda çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı; eşi ya da eşi, çocukları ve bakıcıyla yaşayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Eşi, çocukları ve bakıcıyla yaşayanlarda kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzı daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer gruplar açısından anlamlı bir farklılık görülmezken stresle başa çıkma tarzları leği toplam puanı en yüksek eşiyle yaşayan bakım verenlerde olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Bakım verenlerin mesleğine göre stresle başa çıkma tarzları leği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kendine güvenli yaklaşım tarzının en yüksek memur grubunda olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının diğer (pazarcı vs.) meslek grubunda daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İyimser yaklaşım tarzının ise en yüksek emekli olan bakım verenlerde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer gruplar açısından anlamlı bir

farklılık görülmezken stresle başa çıkma tarzları ölçeği toplam puanı en yüksek işçi+ esnaf grubunda olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; şu anda çalışmayanlarda sosyal desteğe başvuru yaklaşım tarzının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer gruplar açısından anlamlı bir farklılık belirlenmemiş olup çalışanlarda kendine güvenli yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Bakım verenlerin aylık gelir durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; geliri giderinden fazla olanlarda kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzı puan değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca geliri giderinden az olanlarda çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Bakım verdiği kişiye yakınlık derecesine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde 1. derece yakınına bakım verenlerde iyimser yaklaşım tarzı puanının, akraba/diğer yakınına bakım verenlerde çaresiz yaklaşım tarzı puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bakım verdiği kişiye yakınlık derecesine göre stresle başa çıkma tarzlarının diğer alt grupları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiş olup ölçek toplam ortalama puanı akraba ve diğer yakınına bakım verenlerde daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastasına evde bakım verme süresine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde hastasına evde 1- 5 yıl arası bakım verenlerde kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzı daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evde hastasına 11- 15 yıl arası bakım verenlerde ise sosyal desteğe başvuru yaklaşım tarzının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Yakınına evde 16 yıldan fazla bakım veren bireylerde çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı diğer bakım verenlere oranla daha yüksek bir değerde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ölçek toplam ortalama puanına bakıldığında ise; en

yüksek ortalama anlamlı derecede 11- 15 yılları arası bakım verenlerde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bakım verenlerin bakım eğitimi alma durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde yakınına bakım vermek için eğitim almayanlarda çaresiz yaklaşım tarzı puanının yüksek olduğu, eğitim alanlarda ise iyimser yaklaşım tarzı puanının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer gruplar açısından anlamlı bir farklılık belirlenmemekle birlikte ölçek toplam ortalama puanı eğitim almayanlarda eğitim alanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120)

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ				
Özellikler	Özel Bir İnsan Ortalama (Min-Max)	Aile Ortalama (Min-Max)	Arkadaşlar Ortalama (Min-Max)	Ölçek Toplam Ortalama (Min-Max)
Yaş Grubu				
18 – 32	13,62 (4 – 28)	19,23 (4 – 28)	18,15 (4 – 27)	51 (30 – 73)
33 – 39	15,69 (4 – 28)	18,22 (4 – 28)	15,47 (4 – 25)	49,38 (28 – 75)
≥40	11,09 (4 – 28)	17,64 (6 – 28)	18,79 (4 – 28)	47,52 (27 – 79)
	KW =4,2 p=121	KW =1,5 p=0,458	KW =6,7 p=0,035	KW =1,1 p=0,572
Cinsiyet				
Erkek	11,71 (4 – 28)	18,53 (4 – 28)	18,65 (7 – 28)	48,88 (29 – 75)
Kadın	12,74 (4 – 28)	17,87 (5 – 28)	17,70 (4 – 28)	48,31 (27 – 79)
	U=825,5 p=0,694	U=783,5 p=0,488	U=816,5 p=0,656	U=870 p=0,967
Eğitim durumu				
Okuma Yazma Yok	7,61 (4 – 28)	14,90 (5 – 26)	20,15 (4 – 28)	42,66 (27 – 69)
İlkokul	11,30 (4 – 28)	17,47 (4 – 28)	18,17 (4 – 28)	46,93 (27 – 79)
Ortaokul	15,69 (4 – 28)	18,50 (4 – 28)	18,13 (7 – 25)	52,31 (33 – 75)
Lise	17,37 (4 – 28)	21,29 (12 – 28)	15,11 (4 – 26)	53,67 (32 – 73)
Yüksekokul	23,33 (4 – 28)	25,50 (22 – 28)	11,83 (4 – 17)	60,67 (42 – 73)
	KW =25,4 p=0,0001	KW =26,6 p=0,0001	KW =17,4 p=0,002	KW =21 p=0,0001
Sosyal güvence				
SSK	14,67 (4 – 28)	18,96 (4 – 28)	16,90 (4 – 28)	50,53 (27 – 79)
Emekli Sandığı	9,13 (4 – 28)	19,44 (9 – 28)	18,88 (4 – 28)	47,44 (37 – 64)
Bağkur	9,29 (4 – 28)	15,29 (6 – 25)	19,59 (7 – 28)	44,18 (33 – 73)
Yeşilkart	10,59 (4 – 27)	15,18 (7 – 23)	18,94 (6 – 28)	44,71 (37 – 65)
	KW =8,5 p=0,037	KW =9,7 p=0,021	KW =3,4 p=0,323	KW =5,7 p=0,123

Tablo 4.5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120) (Devam)

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ				
Özellikler	Özel Bir İnsan Ortalama(Min-Max)	Aile Ortalama(Min-Max)	Arkadaşlar Ortalama(Min-Max)	Ölçek Toplam Ortalama(Min-Max)
Ailedeki kişi sayısı 1 – 4 5 – 7	11,52 (4 – 28) 17,36 (4 – 28) U=681 p=0,005	17,39 (4 – 28) 20,55 (11 – 28) U=770 p=0,036	17,82 (4 – 28) 17,91 (6 – 28) U=1056 p=0,881	46,72 (27 – 74) 55,82 (31 – 79) U=633,5 p=0,003
Çocuk sayısı 1 – 6 Çocuk Yok	13,40 (4 – 28) 9,65 (4 – 28) U=989,5 p=0,122	18,87 (9 – 28) 14,69 (4 – 28) U=812 p=0,009	17,46 (4 – 28) 19,19 (4 – 28) U=99,5 p=0,156	49,73 (27 – 79) 43,54 (28 – 73) U=818,5 p=0,011
Yaşanılan yer İl – İlçe Köy	16,90 (4 – 28) 8,43 (4 – 28) U= -4,5 p=0,0001	20,22 (5 – 28) 15,79 (4 – 28) U= -3,8 p=0,0001	15,78 (4 – 27) 19,82 (4 – 28) U= -3,7 p=0,0001	52,90 (28 – 79) 44,03 (27 – 75) U= -3,8 p=0,0001
Kiminle yaşadığı Yalnız Eş Eş+Çocuklar+Bakıcı	6,53 (4 – 23) 16,78 (4 – 28) 16,77 (4 – 28) KW =36,1 p=0,0001	15,39 (4 – 28) 19,17 (6 – 28) 20,34 (11 – 28) KW =14,1 p=0,001	19,24 (4 – 28) 17,89 (4 – 28) 15,80 (4 – 26) KW =7,3 p=0,026	41,16 (27 – 60) 53,83 (33 – 79) 52,91 (27 – 75) KW =27,8 p=0,0001

Tablo 4.5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120) (Devam)

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ				
Özellikler	Özel Bir İnsan Ortalama(Min-Max)	Aile Ortalama(Min-Max)	Arkadaşlar Ortalama(Min-Max)	Ölçek Toplam Ortalama(Min-Max)
Mesleği				
Memur	14,00 (4 – 28)	22,83 (12 – 28)	14,17 (4 – 22)	51 (38 – 64)
İşçi+Esnaf	15,44 (4 – 28)	16,88 (5 – 26)	17,56 (7 – 27)	49,88 (33 – 73)
Emekli	12,30 (4 – 28)	23,40 (16 – 28)	18,90 (10 – 28)	54,60 (42 – 73)
Diğer	12,01 (4 – 28)	17,22 (4 – 28)	18,01 (4 – 28)	47,24 (27 – 79)
	KW =1,1 p=0,772	KW =13,1 p=0,004	KW =2,1 p=0,535	KW =4,3 p=0,229
Çalışma durumu				
Evet	14,00 (4 – 28)	18,40 (5 – 27)	14,67 (4 – 27)	47,07 (30 – 69)
Hayır	12,39 (4 – 28)	17,90 (4 – 28)	18,29 (4 – 28)	48,58 (27 – 79)
	U=747,5 p=0,741	U=724,5 p=0,616	U=530 p=0,041	U=695 p=0,463
Aylık Gelir Durumu				
Gelir Giderden Az	8,20 (4 – 28)	14,93 (4 – 27)	19,20 (5 – 28)	42,33 (27 – 67)
Gelir Giderden Fazla	17,50 (4 – 28)	20,38 (6 – 28)	16,45 (4 – 28)	54,32 (27 – 79)
Gelir Gidere Denk	8,38 (4 – 27)	16,68 (5 – 28)	18,91 (4 – 28)	43,97 (28 – 69)
	KW =25,3 p=0,0001	KW =16,9 p=0,0001	KW =6,9 p=0,031	KW =24,2 p=0,0001

Tablo 4.5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=120) (Devam)

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ				
Özellikler	Özel Bir İnsan Ortalama (Min-Max)	Aile Ortalama (Min-Max)	Arkadaşlar Ortalama (Min-Max)	Ölçek Toplam Ortalama (Min-Max)
Bakım verilen kişiye yakınlık derecesi 1.Derece Yakınım Akrabam – Diğer	13,34 (4 – 28) 12,06 (4 – 28) z= -0,834 p=0,404	18,82 (4 – 28) 17,36 (5 – 28) z= -1,44 p=0,149	17,34 (4 – 28) 18,19 (4 – 28) z= -0,768 p=0,442	49,50 (27 – 79) 47,60 (30 – 74) z= -0,611 p=0,542
Kaç yıldır bakım verdiği 1 – 5 Yıl 6 – 10 Yıl 11 – 15Yıl 16+	16,26 (4 – 28) 15,89 (4 – 28) 12,77 (4 – 28) 6,09 (4 – 21) KW =23,1 p=0,0001	21,03 (4 – 28) 20,56 (4 – 28) 16,37 (7 – 27) 14,31 (6 – 25) KW =27,4 p=0,0001	14,94 (4 – 28) 17,07 (4 – 25) 17,97 (6 – 28) 21,16 (10 – 28) KW =14,8 p=0,002	52,23 (27 – 79) 53,52 (33 – 75) 47,10 (28 – 73) 41,56 (27 – 56) KW =5,5 p=0,001
Bakım vermek için daha önce eğitim alma durumu Evet Hayır	20,45 (4 – 28) 11,80 (4 – 28) z=1600 p=0,404	23,27 (5 – 28) 17,43 (4 – 28) z=1479,5 p=0,149	13,18 (4 – 25) 18,30 (4 – 28) z=1606 p=0,442	56,91 (33 – 75) 47,53 (27 – 79) z=1635,5 p=0,542

Tablo 4.5.'de sosyodemografik özelliklere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yaş değişkenine göre bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi incelendiğinde arkadaşlar alt boyutunun 40 yaş ve üzeri bakım verenlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Diğer yaş gruplarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte ölçek toplam puanı en yüksek olan grup 18- 32 yaş grubu bakım verenler olduğu tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tabloya göre kadın ya da erkek bakım veren olmanın çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği puanları arasında istatistiksel bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$). Yine tabloya göre araştırmaya katılan erkek bakım verenlerde sosyal destek

kaynağı olarak aile ve arkadaşlar daha yüksek düzeyde tercih edilirken kadınlarda özel bir insanın varlığı daha yüksek düzeyde tercih edildiği belirlenmiştir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği toplam ortalama puanı incelendiğinde ise erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldığı ve gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan bakım verenlerin eğitim durumları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde yüksekokul grubunda özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutunun yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Okuma yazması olmayan bakım verenlerde ise arkadaşlar alt boyutunun en yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ölçek toplam puanı incelendiğinde en yüksek puanı yüksekokul grubunun aldığı görülmektedir ($p<0,05$).

Sosyal güvenceye göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde SSK'lı bakım verenlerde özel bir insanın varlığı alt boyutunun daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Emekli sandığına bağlı bakım verenlerde sosyal destek kaynağı olarak aileye başvurma en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemekle birlikte çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçek toplam puanı en yüksek puan SSK'lı bakım verenlerde bulunmuştur ($p>0,05$).

Hastasına evde bakım veren 5- 7 kişilik ailelerde özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutu en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçek toplam puanı incelendiğinde 5- 7 kişilik ailelerin puan ortalaması 1- 4 kişilik ailelere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Bakım verenin çocuk sayısına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde 1- 6 arası çocuğu olan bakım verenlerde sosyal destek kaynağı olarak aile alt boyutu anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçek toplam puanına bakıldığında yine 1- 6 arası çocuğu olanların puanı çocuğu olmayan bakım verenlerin puanından daha yüksek olduğu

görülmektedir ($p<0,05$). Bakım verenlerin ifadelerine göre diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yaşanılan yere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında, il ve ilçede yaşayanlarda özel bir insanın varlığı ile aile alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Köyde yaşayan bakım verenlerde ise sosyal destek kaynağı olarak arkadaşlar alt grubu anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tabloya göre yalnız yaşayan bakım verenlerde arkadaşlar alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Eşiyle yaşayan bakım verenlerde özel bir insanın varlığı ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Eşi, çocukları ve bakıcıyla bir arada yaşayan bakım verenlerde ise aile alt boyutu en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bakım verenin mesleğine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde emekli olan bakım verenlerde sosyal destek kaynağı olarak aile alt boyutunun en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçek toplam puanı en yüksek emekli grubunda saptanmıştır ($p>0,05$).

Bakım verenin şu andaki çalışma durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde şu an çalışmayanlarda arkadaşlar alt grup puanının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bakım verenin çalışma durumuna göre diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olup çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçek toplam puanı şu anda çalışmayan bakım verenlerde daha yüksek düzeyde belirlenmiştir ($p>0,05$).

Gelir durumu değişkenine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde geliri giderinden fazla

olanlarda; özel bir insanın varlığı ve aile alt boyut puanları ve ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Geliri giderinden az olan bakım verenlerde ise arkadaşlar alt boyut puanı daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan bakım verenlerde; bakım verilen hastaya yakınlık derecesine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte 1. derece yakınına bakım verenlerde; özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutu ve ölçek toplam puanı daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Evde hastaya bakım verme süresine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde hastasına evde 1-5 yıl arası bakım verenlerde özel bir insanın varlığı ve aile alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Evde hastasına 6-10 yıl arası bakım verenlerde ölçek toplam puanı daha yüksek bulunurken 16 yıldan fazla bakım verenlerde ise aile alt boyut puanı daha yüksek düzeyde bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan bakım verenlerin ifadelerine göre bakım vermek için eğitim alıp almamanın çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde gruplar arası istatistiksel bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bunun yanı sıra eğitim alanlarda özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutları ve ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Bakım Verenlerin Stres Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişki

		Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal desteğe başvuru yaklaşımı	STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ	Özel bir insan	Aile	Arkadaşlar	ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ
BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ	r	-0,565**	0,736**	0,456**	-0,673**	0,154	0,228*	-0,508**	-0,538**	-0,093	-0,715**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,093	0,012	0,000	0,000	0,313	0,000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

Tablo 4.6.'da bakım verenlerin stres ölçeği ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki verilmiştir. Araştırmamıza katılan bakım verenlerin stres düzeyi ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-,565$) ($p<0,05$). Bakım veren stres düzeyi ile çaresiz yaklaşım tarzı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=,736$) ($p<0,05$). Benzer şekilde bakım verenin stres düzeyi ile boyun eğici yaklaşım tarzı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r= ,456$) ($p<0,05$). Bakım veren stres düzeyi ile iyimser yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= -,673$) ($p<0,05$). Stres düzeyi ile sosyal desteğe başvurma yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bakım veren stres düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları ölçek toplam puanı arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r= ,154$) ($p<0,05$).

Bakım veren stres düzeyi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin korelasyon analizi incelendiğinde; stres düzeyi ile ölçek toplam puanı arasında negatif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r= -,715$) ($p<0,05$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi alt boyutları puan dağılımına bakıldığında; bakım veren stres düzeyi ile özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutları arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r değerleri sırasıyla= $-,508$, $-,538$) ($p<0,05$). Bakım veren stres düzeyi ile arkadaşlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Hastasına evde bakım verenlerde stres düzeyi ve stresle başa çıkmada sosyal desteğin etkisini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları konu ile ilgili literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

5.1. Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özelliklere Göre Bakım Veren Stres Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Stresin uzun süre ve yüksek düzeyde yaşanması bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını olumsuz etkilemektedir. (Eren ve Öztunç, 2016). Stres, günümüzün en belirsiz kavramlarından biri olarak kabul edilirken, birçok hastalığın ve sorunun altında yatan en önemli nedenlerden biri olduğu bilinmektedir (Tekin, 2009; Karahan ve Eplikoç, 2007). Hastasına evde bakım verenlerin, bakım sorumluluğunun yanı sıra çeşitli sorumluluklarının da olması; stres, çaresizlik, depresyon gibi olumsuz durumları beraberinde getirmektedir (Yağmur ve Türkmen, 2017). Bu yüzden bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre stres düzeyinin belirlenmesi önemlidir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaşına göre stres ölçeği puanı incelendiğinde (Tablo 4.3); stres düzeyinin 33-39 yaş aralığında daha yüksek olduğu ancak yaş değişkeninin stres düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Malak ve Dicle'nin (2008) beyin tümörlü hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada yaş değişkeninin bakım veren stres ölçeği puanlarını etkilemediği görülmüştür. Yine Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri üzerinde yaptığı çalışmada ise stres ölçeği puanı en yüksek 60 yaş ve üstünde görülürken; yaş ile stres düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin cinsiyetine göre stres ölçeği puanı incelendiğinde (Tablo 4.3); kadınlarda stres düzeyinin daha yüksek olduğu ancak

cinsiyet değişkeninin bakım veren stres düzeyini etkilemediği görülmektedir. Kim ve ark. (2007) kanser hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada kadınların stres düzeyini erkeklerden daha yüksek olduğunu ancak cinsiyetin stres düzeyini etkilemediğini saptamıştır. Malak ve Dicle (2008) de yaptığı çalışmada cinsiyetin stres düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Kaner (2004) engelli çocukları olan ana babaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarını incelediği raporunda cinsiyetin stres düzeyine etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatüre paralellik göstermektedir. Bakım verme sorumluluğunun daha çok kadının görevi olarak düşünülmesi, toplumun kadına; bakım sorumluluğuna ek olarak ev işleri, ocuk büyütme vs. sorumluluklarını yüklemesi nedeniyle kadınların stres düzeyinin daha fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Bakım verenlerin eğitim düzeyine göre bakım veren stres ölçeği puanlarına bakıldığında (Tablo 4.3); eğitim durumunun stres düzeyini anlamlı derecede etkilediği ve okuma yazması olmayanların en yüksek, yüksekokul mezunu olanların ise en düşük stres düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Çetinkaya'nın (2006) kanser hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmasında stres düzeyi en düşük olan grup yüksekokul grubu olmuştur. Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri üzerinde yaptığı çalışmasında da ilkokul mezunu bakım verenlerin stres düzeyi yüksekokul grubundan daha yüksek düzeyde çıkmıştır. Kim'in (2017) engelli yetişkin bireylerin bakım verenleri ile yaptığı çalışmasına göre eğitim düzeyi yüksek olan kadınların daha özgüvenli olduğu ve stres düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür. Ancak Grater'in (2005) onkoloji hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmasında eğitim düzeyi ile sağlık profesyonellerine danışma konusunda ters bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bakım verenin eğitim düzeyi arttıkça sağlık profesyonellerine daha az danıştığı, hastalıkla ilgili kendileri araştırma yaptıkları için daha yüksek stres düzeyine sahip olacaklarını savunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan bakım verenlerin; bakım verme konusunda karşılaşılan sorunlara daha kolay çözüm bulduğu, bakımın nasıl olması gerektiğini daha iyi anladığı bu durumun stres düzeyini azalttığı düşünülmektedir (Öner, 2012). Literatürdeki bu farklılığın sebebi; örnekleme grubuna dahil edilen bakım verenlerin bilgiyi arama davranışından ve bilgi edinmek için başvurduğu kaynakların farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım verenin sosyal güvencesine göre bakım veren stres ölçeği puanlarına bakıldığında (Tablo 4.3); sosyal güvencenin stres düzeyini etkilemediği ancak yeşilkartlı bakım verenlerin en yüksek düzeyde strese sahip olduğu belirlenmiştir. Literatürde bulguları destekleyen çalışmalar mevcuttur (Karaaslan, 2013; Çetinkaya, 2006).

Bakım verenlerin ailesindeki kişi sayısına ve sahip olunan çocuk sayısına göre stres düzeyine bakıldığında (Tablo 4.3); aile yapısının ve çocuk sayısının bakım veren stres düzeyini etkilemediği ancak 1-4 kişilik ailelerde ve çocuğu olmayan bakım verenlerde stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Karaaslan'ın (2013) çalışmasında da çocuk sayısının stres düzeyini etkilemediği ancak çocuk sayısı arttıkça stres düzeyinin arttığı sonucu görülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Öner (2012) onkoloji hastalarının bakım verenleri ile yaptığı çalışmada evli ve çocuk sahibi olan bakım verenlerin stres düzeyinin daha yüksek olduğunu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varmıştır. Bu farklılığın sebebi; çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin evdeki hastaya bakım verme konusunda diğer aile bireyleri tarafından yardım alıp almamasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yaşadığı yere göre stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup köyde yaşayan bakım verenlerin stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.3); Çetinkaya'nın (2006) çalışmasında da yaşanılan yer ile stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yine Yabacı'nın (2019) dermatoloji polikliniklerine başvuran kronik kaşıntılı hastalarda stres düzeyi ve stresle baş etme yöntemlerini araştırdığı çalışmada yaşanılan yerin stres düzeyini etkilemediği ancak ilçede yaşayanların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatüre benzerlik göstermektedir. Köyde yaşama, ekonomik olarak yoksul olma gibi nedenlerle ailelerin sağlık hizmetlerine kolay ulaşım sağlayamaması sağlık düzeyini azaltmaktadır (Karataş, 2011). Bizim çalışmamızda da araştırma verilerini toplarken edinilen bilgiler ışığında; köylerden ilçe merkeze ulaşımın zor olduğu net bir şekilde söylenebilir. Özellikle kış şartlarında yolların kapanmasıyla sağlık hizmetine ulaşım neredeyse minimuma inmektedir. Köyde yaşayan bakım verenlerin ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetine, bakım için gerekli malzemelere ulaşma imkanı ve kişisel ihtiyaçlarını karşılama şansı

daha azdır. Bu yüzden köyde yaşayan bakım verenlerin stres düzeyinin daha yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Bakım verenlerin kiminle yaşadığına göre stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup yalnız yaşayan bakım verenlerin stres düzeyi yüksek bulunurken eşi, çocukları ve bakıcısıyla birlikte yaşayanlarda stres düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.3). Öztürk'ün (2019) hemşirelerin algıladıkları stres ile premenstrual sendrom düzeyleri ilişkisini incelediği çalışmasında evli bireylerin; aile ortamının getirdiği düzen ve destek algısı sayesinde daha düşük stres düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde; yalnızlığın, stresle başa çıkma, algılanan sosyal destek düzeyini, yaşam doyumunu azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Üstündağ ve ark., 2019; Yılmaz ve ark., 2017; Çetin, 2009). Tüm bu faktörlerden etkilenen stres düzeyinin yalnız yaşayanlarda yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin mesleğine ve çalışma durumuna göre stres düzeyi incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamış olup diğer meslek grubunu (pazarcı, işsiz vs.) icra eden ve şu anda çalışmayan bakım verenlerin stres düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Meslek ve çalışma durumunun stres düzeyini etkilemediği sonuçları Karaaslan'ın (2013) ve Çetinkaya'nın (2006) çalışmalarında da karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin aylık gelir durumları ile stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiş olup gelir düzeyi azaldıkça stres düzeyinin arttığı görülmüştür (Tablo 4.3). Sarıkoç ve ark. (2015) ruhsal hastalığı olan yakınlarına bakım verenlerin yardım arama tutumlarını incelediği çalışmasında gelir durumu düşük olan ve çalışmayan bakım verenlerin; zorlanma alt boyut puanının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Ancak literatürde gelir durumunun stres düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılan çalışmalar mevcuttur (Karaaslan, 2013; Çetinkaya, 2006). Bakım verme; ekstra gereksinimleri beraberinde getirdiği için başlı başına stresli bir durumdur. Bu gereksinimleri karşılamakta zorluk çeken bakım verenler daha çok olumsuzlukla karşılaşmakta, stres düzeyi ve bakım yükü artmaktadır (Gülpak ve Kocaöz, 2014). Çalışmamıza katılan bakım verenler

ekonomik olarak hem ailenin geçimi hem de bakım gereksinimlerini karşılamada zorlandıkları için stres düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verdiği hastaya yakınlık derecesine göre stres düzeyine bakıldığında (Tablo 4.3); bakım verilen kişiye yakınlığın stres düzeyini etkilemediği ancak akraba ya da tanıdığına bakım verenlerin stres düzeyi 1. derece yakınına bakım verenlerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Tel ve ark. (2012) Koah'lı hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada; bakım verilen kişiye yakınlık derecesinin bakım zorluğunu etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Çetinkaya'nın (2006) çalışması da bulgularımıza benzerlik göstermekteyken Karaaslan'ın (2013) çalışmasında bakım verilen kişiye yakınlık derecesi ile stres düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Türk toplumunda evde bakım verme işini çoğunlukla 1. derece akrabaların üstlendiği görülmektedir. Bireylerin bakımının geleneksel temellere dayanmasının sonucu olarak toplumumuzda bakım verme özellikle kadınlar tarafından yerine getirilmektedir (Söğüt ve Dündar, 2017). Öyle ki Çatak ve ark. (2012) evde bakım verilen yaşlı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da bakım verenlerin yaklaşık onda dokuzunun kadınlar olduğu ve Türkiye genelinde bakıma muhtaç bireylere bakım verme işinin sırasıyla eşler, anne ve gelinler tarafından üstlenildiği görülmektedir (Beşpınar, 2013). Çalışmamıza katılan bakım verenlerin de geleneksel aile yapısına sahip olduğu bu yüzden yakınlık derecesinin stres düzeyini etkilemediği düşünülmektedir.

Bakım verme süresi ve stres düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.3); evde hastaya bakım verme süresinin stres düzeyini etkilediği, en yüksek stres düzeyine sahip grubun evde hastasına 11-15 yılları arası bakım verenler olduğu belirlenmiştir. Wilson ve ark.'nın (2018) demanslı bireylerin bakım verenleri ile yaptığı çalışmada da bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin algılanan stres ve bakım yükü düzeyinin arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Uzun süre bakım verme ve bakımın zorluklarına maruz kalma bakım verenin stresini, tükenmişlik düzeyini, doğal olarak bakım yükünü artırmaktadır (Kalıncara ve Kalaycı, 2017). Nitekim Salama ve El- Sound (2012) engelli yaşlısına bakım verenler ile yaptığı çalışmasında bakımın günlük ve genel süresi arttıkça bakım yükünün arttığını ve aradaki ilişkinin istatistiksel

olarak anlamlı olduğunu tespit etmiştir. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin bakım eğitimi alma durumuna göre stres düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.3); bakım eğitimi almanın stres düzeyini etkilemediği ancak bakım eğitimi almayanların stres düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öner (2012) onkoloji hastalarının bakım verenleri ile yaptığı çalışmada bakım eğitimi alma durumu ile stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Ancak Uğur ve Fadiloğlu (2012) kanser hastalarına uygulanan planlı eğitimin bakım veren stres düzeyine etkisini araştırdığı çalışmasında; bakım verenerlere uygulanan eğitimin stres düzeyini azalttığı sonucuna varmıştır. Bu farklılık çalışmamıza katılan bakım verenlerin; bakımın nasıl olacağı konusunda bilgi eksikliği yaşamadığını, gerekli bilgiye sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşireler aracılığıyla, eğitim programları düzenlenmese dahi ulaşabildiği, bu yüzden stres düzeyini etkilemediği düşünülmektedir.

Tablo 5.2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Bireylerin stresli bir durum karşısında sergilediği tutumlar incelendiğinde; stresle başa çıkmada başarılı olan bireylerin stresli durum karşısında problem odaklı yaklaşım sergilediği, kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzına başvurduğu görülmektedir. Stresle etkili başa çıkamayan bireylerin ise stresli durum karşısında daha çok duygu odaklı yaklaşım sergilediği, çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzını benimsediği vurgulanmaktadır (Şahin ve Durak, 1995).

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaşı ile stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde (Tablo 4.4) 18-32 yaş grubunda kendine güvenli yaklaşım tarzının, 40 yaş ve üstü bakım verenerlerde ise çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; bulguları destekler nitelikte Erkuran'ın (2015) alzheimerlı hastaya bakım verenler ile yaptığı araştırmasında 40 yaş ve üzeri bakım verenerlerde çaresiz yaklaşım tarzının, 29 yaş ve altı bakım verenerlerde ise kendine güvenli yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu

görülmüştür. Gürbüz'ün 2009 yılında yaptığı çalışmada 41 yaş ve üzerinde olan bakım verenlerde kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzının yüksek olduğu görülmüştür. Onwumere ve ark. uzun dönem psikozların bakım verenlerinde baş etme tarzlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ise stresle başa çıkma ile yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik veriler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Onwumere ve ark, 2011) Bu farklılığın; çalışmamıza dahil edilen bakım verenlerin yaşı ilerledikçe algıladığı ve yaşadığı stresin artmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Cinsiyet ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.) kadınlarda çaresiz yaklaşım tarzının, erkeklerde ise iyimser yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gün (2017) de inmeli hastalara bakım verenlerin tükenmişlik ve stresle baş etme durumunu incelediği çalışmasında kadın bakım verenlerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzının, erkek bakım verenlerin ise kendine güvenli yaklaşım tarzının yüksek olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde Evgin ve Erdem'in (2018) Kronik Böbrek Yetmezliği olan çocukların ebeveynleri üzerinde yaptığı çalışmada da annelerin stres karşısında çaresiz yaklaşım tarzını babalardan daha çok benimsediği görülmüştür. Çalışmamız bu yönüyle literatüre benzerlik göstermektedir. Toplumun kadın ve erkeğe yüklediği sorumlulukların getirisi olarak kadının daha çok ev işleri, çocuk büyütme, hasta bakımından sorumlu olması, erkeklerin evin finansal idaresini üstlenmesi de bu durumun sebebi olarak gösterilebilir (Aygüler ve Ayalp, 2018). Hakim olan bu bakış açısı ile bakım vermenin stresli yönleri karşısında kadınlar çaresizce durumu kabul etmektedir.

Eğitim durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.) yüksek okul grubunda; iyimser yaklaşım tarzı ve kendine güvenli yaklaşım tarzının, okuma yazması olmayan bakım verenlerde ise çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte araştırmalar mevcuttur. Demirtaş (2013) multipl myelomlu hastalar üzerine yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır. Çalışma sonuçlarına göre ilkököl mezunu bakım verenlerde çaresiz yaklaşım tarzı daha yüksek düzeyde görülmüştür. Yine Yıldız (2016)'ın kronik psikiyatri hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmasında da üniversite mezunu bakım verenlerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı puan ortalamasının daha düşük

olduğu görülmüştür. Eğitim durumunun bakım kalitesini artırdığı ve zorluklarla baş etmede en önemli faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bakım verenlerin hastalığa olan uyumu ve problem çözme yeteneği artmaktadır (Ayyıldız ve ark., 2012). Çalışma sonuçlarımız literatüre yakınlık göstermektedir.

Bakım verenlerin sosyal güvencesine göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.) sosyal güvenceye sahip bakım verenlerde kendine güvenli yaklaşım tarzı, yeşil kartlı bakım verenlerde ise çaresiz yaklaşım tarzı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca benzer olarak Erkuran (2015); alzheimerli hastaya bakım verenler ile yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olan bakım verenlerde kendine güvenli yaklaşım tarzını, sosyal güvencesi olmayan bireylerde ise sosyal destek arama yaklaşım tarzını daha yüksek tespit etmiştir. Çalışmamız bu yönüyle literatüre paralellik göstermektedir.

Ailedeki kişi sayısına göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.) iyimser yaklaşım tarzı 5- 7 kişilik ailelerde daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak Çetinkaya'nın (2006) çalışmasında ailedeki kişi sayısı arttıkça finansal zorluk arttığı için stresör karşısında bakım verenin daha çok zorlandığı, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım sergilediği sonucuna varılmıştır. Bu durumun; araştırmamıza katılan bakım verenlerin stresle başa çıkmada aile bireylerinden yardım almasıyla sorunlar karşısında daha iyimser yaklaşabildiğini düşündürmektedir.

Çocuk sayısına göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.) gruplar arası anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde Subaşı (2010) kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada ve Özdemir'in (2017) meme kanseri hastaları ile yaptığı çalışmalarda çocuk sayısı ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak Gürbüz'ün 2009 yılında kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmada 5 ve daha fazla çocuğu olan bakım verenlerde boyun eğici yaklaşım tarzının daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu farklılığın; bakım verenlerin çocuklarıyla olan iletişiminden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bakım verenlerin yaşadığı yere göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.) köyde yaşayanlarda çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu, il ve ilçede yaşayanlarda ise kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak Demirtaş (2013) multipl myelomlu hastalar üzerine yaptığı çalışmada yaşanan yerin yaşam kalitesini etkilediği ancak bakım verenlerin stresle baş etme tarzlarını etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Yabancı'nın (2019) dermatoloji polikliniklerine başvuran kronik kaşıntılı hastalarda stres düzeyi ve stresle baş etme yöntemlerini araştırdığı çalışmasında yaşanan yer ile stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu fark; çalışmamıza katılan bakım verenlerde il ve ilçede yaşayanların yaşam konforu daha yüksek olduğu için stresli durum karşısında daha iyimser ve kendinden emin yaklaşım tarzı sergilemesiyle açıklanabilir.

Bakım verenlerin kiminle yaşadığına göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.3) yalnız yaşayanlarda çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının yüksek olduğu belirlenmiştir. Eşi, çocukları ve bakıcısıyla yaşayan bakım verenlerde ise kendine güvenli yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızı destekler nitelikte Gürbüz (2009) de geniş ailede yaşayan ebeveynlerin kendine güvenli yaklaşım tarzının anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmiştir. Yine Yılmaz ve ark.'nın (2017) öğrenci hemşireler ile yaptığı çalışmada yalnız yaşayanların çaresiz yaklaşım tarzı puanının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Şener'in (2009) serebral palsi'li çocuğa sahip anneler ile yaptığı çalışmada bakım konusunda eşinden yardım alan annelerin stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım tarzını, eşinden yardım almadığını ifade eden annelerin ise daha çok çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzını benimsedikleri görülmüştür. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin mesleğine göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.3) kendine güvenli yaklaşım tarzının en yüksek memur grubunda, çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının diğer (pazarcı vs.) meslek grubunda daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. İyimser yaklaşım tarzının ise en yüksek emekli olan bakım verenlerde olduğu saptanmıştır

($p<0,05$). Dişçi ve Tan (2019) multiple sklerozlu hastalarda stresle baş etme tarzlarının değerlendirdiği çalışmasında icra edilen meslek ile SBÇTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bireyin geliri meslek aracılığıyla elde edilir ve meslek bir nevi sağlığı ve sağlık hizmetine ulaşımı etkileyen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Erkuran, 2015). Bu bilgi ışığında çalışmamıza katılan bakım verenlerin mesleğinin; gelir durumu ve sosyo-ekonomik düzeyini etkilemesi ile açıklanabilir. Daha iyi standartlarda çalışan ve gelir durumu iyi olan bakım verenler (memur) stresle başa çıkmada kendinden daha çok emin yaklaşım tarzı sergilemektedir. Herhangi bir mesleği olmayan bakım verenler stresör karşısında daha çok duygu odaklı yaklaşım tarzı sergileyip çaresizce boyun eğdiği söylenebilir.

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.) şu anda çalışmayanlarda sosyal desteğe başvuru yaklaşım tarzının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Erkuran'ın (2015) çalışma sonuçlarında da çalışma durumuna göre SBÇTÖ alt grup puanları arasında da anlamlı farklılık bulunmuş, çalışmayan bakım verenlerin sosyal desteğe başvuru yaklaşım puanı daha yüksek tespit edilmiştir. Ancak literatürde çalışma durumunun stresle başa çıkmayı etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Tuğrul, 2015; Demirtaş, 2013). Bu farklılığın sebebi olarak: Çalışmamıza katılan şu anda çalışmayan bakım verenlerin çalışanlara oranla sosyal çevresinin daha küçük olduğu bu yüzden sosyal destek arama yaklaşımına başvurduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin aylık gelir durumuna göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.) geliri giderinden fazla olanlarda kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzı puan değerinin daha yüksek olduğu, geliri giderinden az olanlarda çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu sonuçları destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Dişçi'nin (2019) multiple sklerozlu hastalarda stresle baş etme tarzlarını değerlendirdiği çalışmasında geliri giderinden fazla olanlarda iyimser yaklaşım tarzının yüksek olduğunu belirlemiştir. Yıldız (2016) çalışmasında gelir durumu kötü olan bakım verenlerde çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kayır (2014) onkoloji hastalarının hastalık algısı ve stresle başa çıkma biçimlerini incelediği çalışmasında gelir durumu

kötü olanların çaresiz yaklaşım tarzı puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Gün (2017) çalışmasında geliri giderinden az olan bakım verenlerde boyun eğici yaklaşım tarzının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatüre yakınlık göstermektedir.

Bakım verdiği kişiye yakınlık derecesine göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.); 1. derece yakınına bakım verenlerde iyimser yaklaşım tarzı puanının, akraba/diğer yakınına bakım verenlerde çaresiz yaklaşım tarzı puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde bakım verilen kişiye yakınlık derecesi ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar ile katkısı olan çalışmalar mevcuttur. Erkuran'ın (2015) çalışma sonuçlarına göre eşine bakım verenlerde boyun eğici yaklaşım tarzı daha yüksek görülürken; Tuğrul'un (2015) depresyon hastalarına bakım verenler üzerine yaptığı çalışmasında ve Gün'ün (2017) inmeli hastalara bakım verenler ile yaptığı çalışmasında bakım verilene yakınlık derecesinin SBCTÖ ve alt grup puanlarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonuçlarının literatür ile benzerlik göstermeme sebebi: çalışmaya katılan bakım verenlerin 1. derece yakını ile ilgili bir sorun ile karşılaştığında problem odaklı ve daha toleranslı yaklaşması olarak düşünülmektedir.

Hastasına evde bakım verme süresine göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.); 1- 5 yıl arası bakım verenlerde kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzının, 11- 15 yıl arası bakım verenlerde ise sosyal desteğe başvuru yaklaşım tarzının, 16 yıldan fazla bakım veren bireylerde çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Literatürde bakım verme süresi ve stresle başa çıkma tarzları ile ilgili farklı sonuçlar yer almaktadır. Gün (2017), 6-12 ay arası bakım verenlerde iyimser yaklaşım tarzı ve çaresiz yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu sonucuna varırken; Ateş (2011) ve Erkuran (2017) yaptığı çalışmalarda bakım verme süresi ile SBTÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varmıştır. Bu fark; çalışmamıza katılan bakım verenlerin bakım verme süresi arttıkça strese karşı dayanıklılığının azalması ve problem odaklı yaklaşımdan duygu odaklı yaklaşıma geçişin artması ile açıklanabilir

Bakım verenlerin bakım eğitimi alma durumuna göre stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.4.); yakınına bakım vermek için eğitim almayanlarda çaresiz yaklaşım tarzı puanının yüksek olduğu, eğitim alanlarda ise iyimser yaklaşım tarzı puanının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yıldırım ve Conk (2005) zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisini incelediği araştırmasında bakım verenlere eğitim verildikten sonra çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı puanlarında azalma olduğunu saptamıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatüre paralellik göstermektedir. Bakım ile ilgili verilen eğitim; bakım verenin bilgi düzeyini ve bakım verme yeterliliğini artıran önemli faktörlerden biridir (Cingil ve ark., 2015). Bakım verenlerin stresle başa çıkmada uyum geliştirmeleri ve doğru stratejileri keşfetmeleri için profesyonel yardım ve eğitim almaları gerekmektedir (Yıldırım ve Conk 2005). Bu konuda hasta ile birebir iletişimde olan hemşireler, bakım ve hizmet sunumunda eğitim ve danışmanlık rolünü üstlenmektedir (Kaya ve Sivrikaya, 2018).

Tablo 5.3. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Bakım verenlerin yaşadığı zorluklarla nasıl ve ne kadar başa çıkabildiği sosyal destek sistemleri ile orantılıdır. Sosyal destek kaynağı olan aile, arkadaşlar ya da özel bir insan; bakım veren için stresin olumsuz etkilerine karşı kalkan oluşturmaktadır (Coşkun ve Akkaş, 2009).

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaşa göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi incelendiğinde (Tablo 4.5.); 40 yaş ve üzeri bakım verenlerde arkadaşlar alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p<0,05$). Molu' nun (2008) duygulanım bozukluğu tanısı ile tedavi gören hasta yakınlarının sosyal destek düzeylerini incelediği çalışmasında gruplar arası anlamlı farklılık olduğu görülürken; Ayaz ve ark. (2008) jinekolojik kanserli hastalar ile yaptığı çalışmasında yaşa göre algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Literatürdeki bu farklılığın sebebi örneklem seçimi ile ilişkilendirilebilir.

Bakım verenlerin cinsiyeti ile çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği puanları arasında istatistiksel bir farklılık görülmemekle birlikte erkeklerin ölçek toplam puanı kadınların toplam puanından daha yüksektir ($p>0,05$) (Tablo 4.5.). Benzer sonuç Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri üzerinde yaptığı çalışmasında ve Bursa'nın (2010) fiziksel engelli bireyler ile yaptığı çalışmasında da görülmüştür. Ancak Kılıç (2018) ve Dayapoğlu ve Tan'ın (2009) çalışmalarında cinsiyete göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Bu farkın; çalışmamıza katılan bakım verenlerin yaşadığı bölgede, bakım sorumluluğunun kadının görevi olarak görülmesi ve bu yüzden toplum tarafından kadınlara daha az destek verilmesi ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin eğitim durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi incelendiğinde (Tablo 4.5.); eğitim düzeyinin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi toplam ortalama ve alt boyut puanlarını etkilediği görülmüştür. Yüksekokul grubunda özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutunun yüksek, okuma yazması olmayan bakım verenlerde ise arkadaşlar alt boyutunun en yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer sonuçlar Molu'nun (2008) duygulanım bozukluğu tanısı ile tedavi gören hasta yakınları ile yaptığı çalışmada da karşımıza çıkmaktadır. Araştırmaya katılan bakım verenlerde eğitim durumu yükseldikçe algılanan sosyal destek düzeyinin arttığı görülmüştür. Literatürde benzer sonuçların elde edildiği birçok çalışma bulunmaktadır (Dayapoğlu ve Tan, 2009; Yüzer ve ark., 2006; Tan ve ark., 2005; Coşkun ve Akkaş, 2009). Ancak; Bursa'nın (2010) fiziksel engelli bireyler ile yaptığı çalışmasında ve Özdemir'in (2017) meme kanseri hastaları ile yaptığı çalışmasında eğitim durumunun algılanan sosyal desteği etkilemediği görülmüştür. Bu fark; çalışmamıza katılan bakım verenlerin eğitim seviyesi arttıkça farkındalığının artmış olabileceği ve sosyal destek kaynaklarını daha doğru keşfetmesiyle açıklanabilir.

Bakım verenlerin sosyal güvencesine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi incelendiğinde (Tablo 4.5.); bakım verenin sosyal güvencesinin özel bir insanın varlığı ve aile alt boyut puanlarını etkilediği, diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yiğit'in (2009) yaşlıların sosyal yaşam desteği algılamaları hakkında yaptığı çalışmada benzer sonuçlar karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmada sosyal güvence ile sosyal destek kaynağı olarak özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık görülmekteyken diğer puan ortalamalarının sosyal destek düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgularından farklı olarak Yuvakgil (2017) ve Yiğit (2009) çalışmalarında sosyal güvencenin algılanan sosyal destek düzeyini artırmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu farkın; çalışmamıza dahil edilen bakım verenlerin sosyal güvence ve sosyal statüsünün artışıyla çevreden gördüğü desteğin artmış olabileceğinden kaynaklandığı varsayılmaktadır.

Bakım verenin aile yapısına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi incelendiğinde (Tablo 4.5.); özel bir insanın varlığı, aile ve ölçek toplam puanlarında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Aile genişledikçe alt boyut ve toplam puan artış göstermiştir. Molu'nun (2008) çalışmasında aile yapısına göre gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Esmek' in (2007) şizofren hastaların yakınları ile yaptığı çalışmada da aile yapısı ve sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış olup çekirdek aileden geniş aileye gidildikçe aile alt boyut puanının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatüre yakınlık göstermektedir. Zira bu sonuçlar beklendik sonuçlardır. Çünkü bakım verenin ihtiyaç duyduğu değer verilme, hoşlanma, sevgi, özen gösterilme, anlayış gibi ihtiyaçları önce ailesinden sonra arkadaşları, sevdikleri, akrabaları ve komşularından aldığı bilinmektedir (Olgun, 2019).

Bakım verenlerin çocuk sayısına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5.); çocuk sayısının artışıyla, aile alt boyutu ve ölçek toplam puanlarında anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Literatürde bu sonuçlara benzerlik göstermeyen çalışmalar mevcuttur (Bursa, 2010; Yuvakgil, 2017; Karaaslan, 2013). Selamet (2014) de bu çalışmalardan farklı olarak kemoterapi gören kanserli çocukların annelerinin algıladıkları sosyal desteğin ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında çocuk sayısı arttıkça sosyal destek algı düzeyinin azaldığını görmüştür. Bu farkın örnekleme dahil edilen bakım verenlerin aile ilişkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışma; hastaların sosyal desteği en çok eşi ve çocuklarından, daha sonra tanıdıkları, arkadaşları ve sağlık profesyonellerinden aldıklarını göstermektedir (Özyurt, 2014). Bakım verenler sosyal destek kaynağı olarak öncelikle

aile bireylerini tercih ettiği için çalışmamıza katılan bakım verenlerin çocuk sayısının artması ile sosyal desteğini artırmış olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yaşadığı yere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5.); yaşanılan yerin ölçek toplam puanını ve tüm alt boyut puanlarını etkilediği görülmektedir. Arkadaşlar alt boyutu köyde yaşayanlarda, diğer puan ortalamaları il ve ilçede yaşayanlarda yüksek görülmüştür. Dayapoğlu ve Tan'ın (2009) inmeli hastalar ile yaptığı çalışmasında ise yaşanılan yerin aileden algılanan sosyal desteği etkilemediği görülmektedir. Literatürde bu konuyla ilgili yeterli bilgiye ulaşılamamıştır. Elde ettiğimiz sonuçların sebebi olarak ise; köy yaşamında sosyal ilişkilerin daha kuvvetli olması, insanlar arasında şehirleşmenin getirdiği mesafe gibi bir dezavantaj olmaması olarak düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yaşadığı kişilere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5.); tüm alt boyutlar ve ölçek toplam puanında anlamlı düzeyde değişiklik olduğu görülmüştür. Yalnız yaşayanlarda arkadaşlar alt boyutunun, eşiyile yaşayanlarda özel bir insanın varlığı alt boyutu ve ölçek toplam puanının, eşi, çocukları ve bakıcıyla bir arada yaşayan bakım verenlerde ise aile alt boyutu daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca yalnız yaşayanların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçek toplam ortalama puanı en düşüktür ve bu beklenen bir sonuçtur. Yuvakgil'in (2017) çalışmasında ve Melchiorre ve ark, (2013) çalışmasında da mevcuttur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verenin mesleğine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5.); emekli olan bakım verenlerde sosyal destek kaynağı olarak aile alt boyutunun en yüksek düzeyde olduğu ($p<0,05$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Tan ve ark. (2005) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında da mesleğin sosyal desteği etkilediği ve ölçek toplam puanının en yüksek emekli grubunda olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ancak Literatürde mesleğin algılanan sosyal destek düzeyini etkilemediği gösteren çalışmalar da mevcuttur (Esmek, 2007; Karaaslan, 2013; Dayapoğlu ve Tan, 2009). Literatürdeki bu farklılığın sebebi olarak;

örneklem gruplarındaki bireylerin ve çevresinin meslek aracılığıyla sahip olunan yaşam standardı ölçütlerinin farklı olması gösterilebilir.

Bakım verenin şu andaki çalışma durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5.); şu an çalışmayanlarda arkadaşlar alt grup puanının daha yüksek bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yuvakgil'in (2017) ve Selamet'in (2014) çalışmalarında; çalışan bireylerin daha yüksek sosyal desteğe sahip olduğu sonucu çıkmıştır. Ancak literatürde çalışma durumunun sosyal desteği etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Bursa, 2010; Karaaslan, 2013; Esmek, 2007). Literatürdeki bu farklılığın sebebi; bakım verenin kişisel özelliklerinden ve bakım verilen hastanın bakım verene bağımlılık düzeyinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çalışmayan bakım verenlerin desteğe ihtiyaç duyduğunda arkadaşlarına daha kolay ulaşabildiği ve bunun için zamanı olduğu çıkarımı yapılabilir.

Bakım verenlerin geliri durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5.); gelir düzeyinin algılanan sosyal desteği etkilediği, ölçek toplam puan ortalaması ve tüm alt gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu ve sosyal destek düzeyi puanı en yüksek geliri giderinden fazla olanlarda olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer sonuçlara ulaşılmış çalışmalar mevcuttur (Dayapoğlu ve Tan, 2009; Ayaz ve ark., 2008; Karakurt ve ark., 2013; Coşkun ve Akkaş, 2009). Molu'nun (2008) duygulanım bozukluğu tanısı ile tedavi gören hasta yakınlarının sosyal destek düzeylerini incelediği çalışmasından elde edilen sonuçlara göre gelir düzeyi yalnızca aile ve arkadaşlar alt boyutunu etkilemektedir. Yiğit (2009) ve Karaaslan'ın (2013) çalışmalarında ise gelir durumunun sosyal desteği etkilemediği sonuçlarına ulaşılmıştır. Literatürdeki bu farklılığın sebebinin örneklem seçimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan bakım verenlerin gelir durumu ve sosyal statüsü arttıkça çevresinden gördüğü desteğin arttığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verdiği kişiye yakınlık derecesine göre (Tablo 4.5.); algılanan sosyal destek düzeyi puanları arasında bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Dayapoğlu ve Tan'ın (2009), Karaaslan'ın (2013) ve Esmek' in (2007)

çalışmalarında da bakım verilen kişiye yakınlık derecesinin sosyal desteği etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin hastasına evde bakım verme süresine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5.); bakım verme süresinin algılanan sosyal desteği ve tüm alt boyutlarını etkilediği, bakım verme süresi arttıkça sosyal desteğin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Dökmen (2012) yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasında bakım süresi arttıkça sosyal desteğin azaldığını görmüştür. Selamet (2014) kemoterapi gören kanserli çocukların annelerinin algıladıkları sosyal desteğin ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında çocuğuna günde 19-24 saat arası bakım veren annelerin sosyal destek düzeyini anlamlı derecede düşük bulmuştur. Ancak literatürde bakım verme süresinin sosyal desteği etkilemediği sonucuna ulaşılan çalışmalar da mevcuttur (Molu, 2008; Esmek, 2007). Elde ettiğimiz sonuçlar; araştırmamıza dahil edilen bakım verenlerin zaman geçtikçe bakım ve zorlukları konusunda daha çok tecrübeye sahip olmaları ve daha az desteğe ihtiyaç duymaları ile açıklanabilir.

Bakım verenlerin ifadelerine göre bakım vermek için eğitim alıp almamanın çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği ancak bakım eğitimi alanlarda özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutları ve ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kılıç'ın (2018) yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerin sosyal destek algıları, bakım yükleri ve etkileyen faktörlerini incelediği çalışmasında bakım eğitimi alanın sosyal desteği etkilediği ve eğitim alanların sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde bu konu ile ilgili yeterli bilgiye ulaşılamamıştır. Bu farklılığın sebebi örneklem grubuna dahil edilen bakım verenlerin eğitime bakış açısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bakım verene bakımla ilgili verilen eğitim; sadece sosyal destek düzeyini değil, stres düzeyi, bakım yükü, umutsuzluk gibi olumsuz etkileri azaltacaktır. Bu yüzden literatürde eğitim ile ilgili çalışmaların artırılması gerekmektedir.

5.4. Bakım Verenlerin Stres Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda elde edilen veriler sonucunda; bakım verenlerin stres düzeyi ile kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r değerleri sırasıyla= $-,565$, $-,673$) ($p<0,05$). Bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzı arttıkça stres düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bakım verenlerin stres düzeyi ile çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r değerleri sırasıyla= $,736$, $,456$) ($p<0,05$). Bakım verenlerin çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı arttıkça stres düzeyinin arttığı görülmektedir. Ayrıca sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzının stres düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Benzer sonuçlar Koçhan'ın (2019) engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları, hastalık yükü algıları ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkisini incelediği çalışmasında ve Hancıoğlu'nun (2017) üniversite öğrencilerinin algıladıkları stres düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkini incelediği çalışmasında da karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bakım veren stres düzeyi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin ilişkisi incelendiğinde; stres düzeyi ile ölçek toplam puanı arasında negatif yönlü yüksek düzeyde, anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r= -,715$) ($p<0,05$). Bakım verenlerin algıladığı sosyal destek arttıkça stres düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bakım veren stres düzeyi ile özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutları arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r değerleri sırasıyla= $-,508$, $-,538$) ($p<0,05$). Bakım verenlerin aileden ve özel bir insan tarafından gördüğü destek, stres düzeyini azaltmaktadır. Bakım veren stres düzeyi ile arkadaşlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Yenihayat'ın (2008) lösemili hastalar ile yapmış olduğu çalışmasında çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları ile stres düzeyleri puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. ($r:-0.339$; $p:0.001$; $p<0.01$). Aynı çalışma sonuçlarına göre stres düzeyi ölçeği ile özel bir insan puanı arasında negatif yönlü, %26.3 (orta) düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r:-0.263$; $p:0.006$; $p<0.01$). Karaaslan'ın (2013) çalışma

sonuçlarında da sosyal desteğin stres düzeyini etkilediği, stres düzeyi ile sosyal destek arasında negatif yönde orta bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r=-0,466$, $p=0,0001$). Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışma; hastasına evde bakım verenlerde stres düzeyi ve stresle başa çıkmada sosyal desteğin etkisi belirlenmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. Örnekleme alınan hastasına evde bakım verenlerin %62,5'i 40 ve üstü yaşta, %85,8'i kadındır. %34,2'sinin okur yazar olmadığı, %58,3'ünün sosyal güvencesinin SSK olduğu belirlenmiştir. %81,7'sinin ailesi 1-4 kişiden oluşurken %78,3'ünün 1-6 arası çocuğu olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %50,8'inin köyde yaşadığı, %40,8'inin yalnız yaşadığı belirlenmiştir. %73,3'ü diğer meslek grubuna mensup (pazarcı, işsiz vs.) iken %87,5'i şu an çalışmaya devam etmemektedir. %46,7'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu görülmüştür. %58,3'ü akraba- diğer yakınına bakım verdiği, %26,7'si evde hastasına 16 yıldan fazla süredir bakım verdiği ve %90,8'inin bakım vermek için daha önce herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir.
2. Araştırmaya katılan bakım verenlerin stres düzeyi $6,83 \pm 2,11$ olarak belirlenmiştir. Okuma yazması olmayan, yalnız yaşayan, geliri giderinden az olan ve hastasına 11 yıldan fazla bakım verenlerin stres düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.
3. Bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği toplam puan ortalaması $48,39 \pm 12,35$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Ölçek alt boyutları değerlendirildiğinde; En yüksek düzeyde $20,51 \pm 4,32$ puan ortalaması ile kendine güvenli yaklaşım tarzı, en düşük düzeyde ise $10,17 \pm 1,43$ puan ortalaması ile sosyal desteğe başvuru yaklaşım tarzı sergilendiği belirlenmiştir. Yüksekokul mezunu ve geliri giderinden fazla olan bakım verenlerde; iyimser yaklaşım tarzı ve kendine güvenli yaklaşım tarzının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yalnız yaşayanlarda ve evde hastasına 16 yıldan fazla bakım veren bireylerde ise çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir.
4. Bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği toplam puan ortalaması $83,26 \pm 4,98$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde;

bakım verenlerin en çok ailesinden destek aldığı görülmüştür (Tablo 4.2). Yüksekokul mezunu, geliri giderinden fazla olan ve evde hastasına 1- 5 yıl arası bakım verenlerin sosyal desteği en çok ailesinden ve özel bir insandan aldığı tespit edilmiştir. Yalnız yaşayan bakım verenlerin ise sosyal desteği daha çok arkadaşlarından aldığı görülmüştür.

5. Bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzı arttıkça stres düzeyinin azaldığı, çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı arttıkça stres düzeyinin arttığı sonucuna varılmıştır.
6. Bakım verenlerin algıladığı sosyal desteğin, özellikle aileden ve özel bir insan tarafından gördüğü desteğin stres düzeyini azalttığı sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir;

1. Hastaya evde bakım vermenin zorlukları ve stres düzeyini artırabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi,
2. Hastasına evde bakım verenlerin gereksinimlerinin belirlenip karşılanması ve stres düzeyini azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması,
3. Bakım verenlerin stres düzeylerinin, stresle başa çıkma durumlarının ve algıladığı sosyal desteğin birçok değişkene bağlı olduğu göz önüne alınarak; bakım veren bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını destekleyecek eğitim programlarının geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
4. Bakım vermenin getirdiği maddi yük ve buna paralel olarak stres düzeyinin azaltılması için bakım verenler uygun politikalarla desteklenmeli ve sağlık hizmetine ulaşılabilirliği arttırılmalı,
5. Bakım verenler, hasta bireyin bakımı dışında ilgilenmesi gereken konular (ev ileri, çocuk bakma, bir işte çalışma) ile ilgili yardım alabilecekleri sosyal kaynaklar hakkında bilgilendirilmeli ve yönlendirilmeli,
6. Bakım verenlerin stresle başa çıkmada kullanabileceği etkili baş etme yöntemini keşfedebilmesi için sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Özellikle hemşireler; hasta ve bakım verenle birebir iletişim halinde oldukları için

bakımın nasıl olması gerektiği konusunda bakım vereni eğitmeli ve stresör karşısında etkili baş etme yöntemini belirlemede danışmanlık hizmetini sunması,

7. Algılanan sosyal desteğin stres düzeyini azalttığı göz önüne alınarak; bakım verenlerin ve sosyal çevresinin bu konuda farkındalığını artıracak eğitim programlarının düzenlenmesi,
8. Literatürde bakım verenlerin sosyo demografik özelliklerine göre stres düzeyini, stresle başa çıkmada sosyal desteğin etkisini araştıran çalışmaların artırılması ve var olan çalışmalar ışığında sistematik çalışmaların planlanması,
9. Hastasına evde bakım verenlerin gereksinimleri saptanıp bu doğrultuda gerekli eğitimlerin planlanması,
10. Araştırma sonuçları doğrultusunda sağlık profesyonellerine ve politika sağlayıcılara düşen görevlerin net olarak belirlenmesi,
11. Bakım verenlerin ihtiyaç değerlendirilmesi daha geniş düzeyde ele alınmalı ve gerekli olan hemşirelik girişimlerinin planlanması,
12. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde görev alan hemşireler tarafından bakım verenlerin stres düzeyini azaltacak ve algılanan sosyal destek düzeyini artıracak faktörler değerlendirilmeli ve bu konuda uygun olan eğitim ve danışmanlık programları düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005, 6:221-226.

Akdem F, Akel BS. Otizmlili bireylerin bakım verenlerinin yaşam kalitesi ve zaman yönetimini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2014, 2(3): 121-129.

Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011, 38 (1): 57-65.

Akı MK, Dikmen YD. Hemodiyaliz hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri üzerine bir gözden geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012, 2(3):24-28.

Aksoy A, Kutluca F. Çalışma hayatında stres kaynakları, stres belirtileri ve stres sonuçlarının incelenmesi üzerine bir araştırma. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. 2010, 0(49): 458-486.

Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A. Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve uygulamaları. *Türk Med J*. 2015, 7(1): 118-123.

Alpak M. Evde sağlık hizmetlerinin Türkiye'deki yeri (Antalya Örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2015.

Altuntaş M, Yılmaz TT, Güçlü YA, Öngel K. Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 2010, 20(3): 153-158.

Aras A, Tel H. Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*. 2009, 10(2):63-68.

Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006, 9(2):68-75.

Arslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*. 2018, 1(1):44-55.

Arslantaş H. Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*. 2018, 4(1):39-47.

Aşiret GD, Çetinkaya F. Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden beklentileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2016, 9(4):120-125.

Atagün M, Balaban Ö, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A, Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011, 3(3): 513-552.

Ateş E. Spinal kord yaralanmalı bireye bakım verenlerin bakım verme yükü, stresle baş etme durumları ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: T.C. Gazi Üniversitesi, 2011.

Ateş E, Bilgili N. Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2013, 15(3):1-12.

Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay O, Sayar GH. Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yükleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Family Practice & Palliative Care*. 2017, 2(3):38-44.

Ayaz S, Efe ŞY, Korukluoğlu S. Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2008, 28(6): 880-885.

Aydın M. Evde bakım hizmeti alan kişilerde sık karşılaşılan tıbbi ve sosyal sorunlar. Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Aydın: T.C. Adnan Menderes Üniversitesi, 2014.

Aygüler E, Ayalp MÇ. Türkiye'deki evde bakım aylığı düzenlemesine eleştirel bir yaklaşım. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018, 16(3):1- 22.

Aytaç S. Stres kaynakları ve stresin psikolojik semptomlarının öfke kontrolü ile ilişkisi: polis memurları üzerine bir araştırma. *Journal of Social Policy Conferences*. 2015, (69):1-27.

Ayyıldız T, Şener DK, Kulakçı H, Veren F. Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin stresle baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2012, 11(2):1-12.

Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007, 2(4):34-39.

Bayık A, Özsoy SA, Ardahan M, Özkahraman Ş, İz FB. Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006, 9(2):1-12.

Bedel A, Kutlu A. Başa çıkma stratejilerinin algılanan sosyal desteğe göre incelenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018, 8(15):107-121.

Beşer A, Topçu S. Evde bakım çalışanlarında mesleki riskler ve önleme stratejileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019, 8(1):49-54.

Beşpınar FU. Toplumsal Cinsiyet Ve Aile. İçinde: Turğut M, Feyzioğlu S. *Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler*. Birinci Basım, İstanbul, 2013:234- 279.

Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006, 9(3):78-86.

Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2010.

Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2012, 6(1):13-21.

Bursa D. Fiziksel engelli bireylerde depresyon ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi, 2010.

Carroll L, Chippior J, Karmali S, Sriram D. We are caregivers: Social identity is associated with lower perceived stress among rural informal caregivers. *Canadian Journal On Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*. 2019, 38(1):59-75.

Cingil D, Gözüm S, BODUR S. Bağımlı yaşlısına bakım veren aile üyelerine sunuş yolu ile verilen eğitimin bakım verme yeterliliği ve yaşlı bakımı bilgi düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015, 18(4): 259- 267.

Constitution of WHO: Principles. <https://www.who.int/about/mission/en/> 10 Ocak 2019.

Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009, 10(1):213-227.

Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2012, 10(1):13- 21.

Çavuş F.Ö. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

Çetinkaya Y. Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumlar ve etkilerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: T.C. Ege Üniversitesi, 2006.

Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2012, 15 (2):171-178.

Çoban M, Esatoğlu A. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. 2004, 12(2):109-120.

Çubukçu M, Yazıcıoğlu B. Samsun eğitim ve araştırma hastanesi evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 2016, 16(4):325-31.

Danış MZ, Solak Y. Evde bakım hizmetlerinin organizasyonu: Hollanda örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2014, 24:57-71.

Dayapoğlu N, Tan M. İnmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009, 12(4): 41- 48.

Demirel Y, Yücel M. Sosyal destek ve psikolojik güçlendirmenin duygusal tükenmişlik üzerine etkisi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2017, 18(1):310-320.

Demirtaş G. Multipl myelomlu hastalarda yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma tutumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, İstanbul: T.C. Haliç Üniversitesi, 2013.

Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010, 17(2):74-82.

Dişçi Z, Tan N. Multiple sklerozlu hastalarda stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018, 1(1): 14- 21.

Doğan B, Eser M. Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma yöntemleri: Nazilli MYO örneği. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2013, 3(4):29-39.

Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012, 3(1):3-38.

Dölek B. Evde ve kurumda uzun dönemli bakım. *Klinik Gelişim*. 2012, 25(3): 95-99.

Dönmez MD. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2018.

Duran S, Eroğlu S. Psikiyatrik hastalık tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016, 13(3): 237-247.

Duran Ü, Öğüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018, 2(3):138-147.

Durna U. Üniversite öğrencilerinin stres düzeylerinin bazı değerşkenler açısından incelenmesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2006, 20(1):320-343.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Dünya Engellilik Raporu, <https://static.ohu.edu.tr/uniweb/media/portallar/engelsizuniversite/duyurular/1345/diwnu3i5.pdf>. 2 Şubat 2019.

Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12(1): 17-25.

Elkin N. Sağlık bilimleri yüksekokulu öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık durumlarının değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017, 7 (2):89-96.

Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2012, 1:45-48.

Erbay E. Alzheimerlı hasta yakını olmak. *Akademik Geriatri Dergisi*. 2013, 5(2):57-63.

Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005, 8(3):101-106.

Eren BN, Öztunç G. Sağlık çalışanlarında aromaterapinin stres ve anksiyete üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5(4):107-111.

Erkuran H. Alzheimerlı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle başetme durumlarına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2015.

Esmek M. Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek Ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi, 2007.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 25751, 10 Mart 2005.

Evgin D, Erdem E. Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları. *Bozok Tıp Dergisi*. 2018, 8(2): 33-41.

Folkman S, Lazarus LS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988, 54(3):466-475.

Gel TK, Keskin TM. İnfomal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017, 20(4):266-277.

Genet N, Boerma GW, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, Melchiorre MG, Greco C, Devillé W. Home care in Europe: a systematic literature review. *biomed Central Health Services Research*. 2011, 11(207):1-14.

Given AB, Gİven WC, Sherwood P. The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*. 2012, 28(4):205-212.

Grater JJ. The impact of health care provider communication on self-efficacy and caregiver burden in older spousal oncology caregivers. Graduate School Of Social Work, Doctor of Philosophy, Pennsylvania: University of Pittsburgh, 2005.

Güçlü N. Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2001, 21(1):91-109.

Gülpak M, Kocaöz S. Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014, 13(2):99- 108.

Gülsoy H. Yaşlı Bireylere Verilen Öz-Bakım Eğitiminin Sağlığın Geliştirilmesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İstanbul: T.C. Haliç Üniversitesi, 2017.

Gültekin T, Sezer S. Engelli ailelerinin yaşadıkları sosyal ve ekonomik sorunlar. *Aydın İktisat Fakültesi Dergisi*. 2017, 2(2):81-100.

Gün S. İnmeli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik Ve Stresle Baş Etme Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2017.

Gündüz B, Tunç B, İnandı Y. Okul yöneticilerinin öfke ve stresle başa çıkma yaklaşımları ile çatışma yönetimi stilleri arasındaki ilişki. *International Journal of Human Sciences*. 2013, 10(1): 641-660.

Güner AT, Erdoğan Z, Özdemir B, Çoban G, Aksu N. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2018, 2 (13):91-97.

Gürbüz D. Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: T.C Erciyes Üniversitesi, 2009.

Gürkan KP. Tip 1 Diyabetli Adölesanlara Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Evde Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, 2018.

Hancıoğlu Y. Üniversite öğrencilerinin algıladıkları stres düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2017, 15(1): 130- 149.

Harmancı P, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016, 7(2):82–86.

Hisam A, Khan N, Tariq N, İrfan H, Arif B, Noor M. Perceived stress and monetary burden among thalassemia. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*. 2018, 34(4): 901-906.

Honea NJ, Brintnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, Northouse LL. Putting evidence into practice: Nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, 12(3):507-516.

İnan FŞ, Duman ZÇ. Şizofreni Hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013, 16(4): 205-211.

İnce T. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi Ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, 2012.

İnci H.F. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2006.

İzgu N. Hematopoyetik kök hücre nakli yapılan hastaların primer bakım vericilerinde bakım verme yükü ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015, 2(1);61-69.

Kahrıman F. Kanserli hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir; T.C. Ege Üniversitesi, 2014.

Kalınkara V, Kalaycı I. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2017, 10(2):19-39.

Kaner S. Engelli çocukları olan anababaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi. T. C. *Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü. Ankara, 2004:56-68.

Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi, 2013.

Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013, 3(1):1-7.

Karahan F, Eplikoç H. Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzlarının uzun süreli yaşadıkları yerleşim birimine ve algıladıkları anne-baba tutumlarına göre incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007, 3(33):119-130.

Karakaş N, Özçelik E. Evde hasta bakım öğrencilerinin eğitimleri ve mesleğin geleceği ile ilgili görüşleri ve evde hasta bakım programını tercih etme nedenleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2014, 2(2):22-28.

Karakurt P, Aşıl Rh, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013, 14(1): 1-9.

Karaman D, Kara D, Atar N. Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015, 4(3): 347-359.

Karataş Z. Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkmadaki etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Din Psikolojisi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Rize: T.C. Rize Üniversitesi, 2011.

Karayazgan S. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin aktivite, aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergoterapi Programı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: T.C. Hacettepe Üniversitesi, 2013.

Kaya E, Sivrikaya SK. Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2019, 28(3): 216- 221.

Kaya MD, Keskin G. Yöneticilerin yönetsel stres kaynakları ve strese yatkınlık düzeyleri: Erzurum’da bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2008, 11(1): 371 – 388.

Kayusa RT, Polgar BP, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*. 2000, 108(7):119-23.

Keser ENN. Alzheimer Tanısı Konulan Yaşlıların Ailelerinin Sosyal Hizmet Gereksinimleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.

Kılıç G. Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Şanlıurfa: T.C. Harran Üniversitesi, 2018.

Kim D. Relationships between caregiving stress, depression, and self-esteem in family caregivers of adults with a disability. *Occupational Therapy International*. 2017, 1: 1-9.

Kim Y, Baker F, Spillers R. Cancer caregivers' quality of life: effects of gender, relationship, and appraisal. *Journal Of Pain And Symptom Management*. 2007, 34(3):294–304.

Koç Z, Sağlam Z, Çınarlı T. Kanser tanısı almış olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016, 1(1):99-116.

Koçhan A. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları, hastalık yükü algıları ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: T.C. Başkent Üniversitesi, 2019.

Koraltan A. Eve Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Genel Sağlık Algısı İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Doğu Üniversitesi 2017.

Kurtdaş M. “Sağlıklı Yaşam!” sloganı etrafında şekillenen yeni tüketim biçimleri. *Sosyolojik Düşün*. 2016, 1(1):1-10.

Łukasz J. Krzych, Maciej T. Wybraniec, Agnieszka Siennicka, Belinda Lees, Kinga Gościńska-Bis at al. A study to evaluate the prevalence and determinants of stress coping strategies in heart failure patients in poland (caps-lock-hf sub-study) *Kardiologia Polska* 2016, 74(11):1327-1331.

Malak AT, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. 2008, 18(2):118-121.

Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, Ioannidi-Kapolou E, Barros H, Macassa G, Soares JFJ. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *Plos One*. 2013, 8(1): e54856.

Meral BF, Cavkaytar A. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin otizmli çocuk aileleri üzerinden incelenmesi. *E-İnternational Journal Of Educational Research*. 2012, 3(4):20-32.

Mollaoğlu M, Tuncay ÖF, Fertelli KT. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011, 4(3):125-130.

Molu NG. S.Ü Tıp Fakültesi psikiyatri servisinde duygulanım bozukluğu tanısı ile yatan hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi, 2008.

Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2007, 10(2):100-108.

Oğlak S. Yaşlı bakımında görünmeyen işgücü aile bakımı ve ekonomik değeri. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2017, 4 (2):73-87.

Olgun Y. Spinal kord yaralanmalı hastalarda stresle başa çıkma, algıladığı sosyal destek ve ilişkili faktörler. Konya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.

Onwumere J, Kuipers E, Bebbington P, Dunn G, Freeman D, Fowler D, Garety P. Coping styles in carers of people with recent and long-term psychosis. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. 2011, 199(6):423-424.

Öksüz H. Evde Sağlık Hizmetleri Ve Hasta Memnuniyeti. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ: T.C. Namık Kemal Üniversitesi, 2018.

Önder R. Sağlık Arama Davranışı ve Etkili Nedenler. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın: T.C. Adnan Menderes Üniversitesi, 2014.

Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım AC. Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015, 42 (3):342-345.

Öner Öİ. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: T.C. Fırat Üniversitesi, 2012.

Öz H. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral Ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi, 2006.

Özbay E. İstanbul ilinde askeri hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin stres kaynakları ve başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi, 2007.

Özdemir D. Onkoloji eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi, 2017.

Özel Y, Karabulut BA. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2018, 1(1):48-56.

Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012, 3(2):96-103.

Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2008, 1(1):39-49.

Öztürk A. Hemşirelerin algıladıkları stres ile premenstural sendrom düzeyleri ilişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. İstanbul Okan Üniversitesi, 2019.

Öztürk E, Şentürk Ş, Macit Y. Evde bakım hizmeti alan engelli bireye sahip ailelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi: Amasya örneği. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*. 2017, 1(1):49-67.

Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014, 15:39-44.

Özyurt BE. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*. 2014, 15(1): 1- 15.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 29280, 27 Şubat 2015.

Sakakibara K, Kabayama M, Ito M. Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *Biomed Central Research Notes*. 2015, 8(827):2-11.

Salama RAA, El- Soud FAA. Caregiver burden from caring for impaired elderly: a cross-sectional study in rural lower egypt. *Italian Journal Of Public Health*. 2012, 9(4): 1- 10.

Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açikel CH. Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015, 4(1): 32- 38.

Schulz R, Eden J. Families Caring for an Aging America. Families Caring for an Aging America. Show details Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Schulz R, Eden J, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Nov 8. ContentsHardcopy Version at National Academies Press.

Selamet G. Kemoterapi gören kanserli çocukların annelerinin algıladıkları sosyal desteğin ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi, 2014.

Sezer A, Demirbaş H, Kadıoğlu H. Evde bakım hemşireliği: mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015, 23(2):160-165.

Sıkılmaz D. Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

Siegel K, Revies VH, Houts P, Mor V. Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer*. 1991, 68(5):1131-1140.

Sivrikaya T, Tekinarslan Çİ. Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annelerde stres, sosyal destek ve aile yükü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*. 2013, 14(2): 17-29.

Söğüt Ç, Dündar EP. Manisa'da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde evde sağlık hizmeti alan kişilere bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*. 2017, 15(1):37-46.

Subaşı D. Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: T.C. Mersin Üniversitesi, 2010.

Sungur G, Tekinsoy P, Ceyhan Ö, Taşcı S, Şahin S, Görüş S. Hemodiyaliz hastalarının evde bakım gereksinimleri. *Nefroloji Hemşireliği* 2009, 6(1-2):17-21.

Şahin G. Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik sağlamlığın öz yeterlik, sosyal destek ve etkili baş etme ile ilişkisinde algılanan stresin etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi, 2016.

Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *TÜRK Psikoloji Dergisi*. 1995, 10(34): 56- 73.

Şener F. 5–14 Yaş serebral palsi'li çocuğa sahip annelerin stresle başa çıkma tarzları ve denetim odağı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Programı, İstanbul: T. C. Maltepe Üniversitesi, 2009.

Şentürk S, Bıçak D, Akça D. Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2018, 5(1):35-39.

Şimşek HN, Demirci H, Bolsoy N. Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018, 8(2):97-103.

Şirzai H, Delialioğlu SÜ, Sarı İF, Özel S. İnme ve bakım verme yükü. *Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*. 2015, 18(3):162-169.

Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005, 8(2):32- 39.

Tanrikulu S. Evinde Bir Aile Üyesine Bakım Veren Kadınların Bakım Verme Yüklerinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: T.C. Başkent Üniversitesi, 2019.

Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2012, 14(3):66-74.

Teixeira RJ, Remondes-Costa S, Graça Pereira M, Brandão T. The impact of informal cancer caregiving: A literature review on psychophysiological studies. *European Journal Of Cancer Care*. 2019, <https://doi.org/10.1111/ecc.13042>.

Tekin Ö. İlköğretim okul müdürlerinin stresle başa çıkma stratejilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi (İzmir ili örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi, Teftişi, Planlaması Ve Ekonomisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: T.C. Ege Üniversitesi, 2009.

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

Terzi Ş, Çankaya ZC. Bağlanma stillerinin öznel iyi olmayı ve stresle başa çıkma tutumlarını yordama gücü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2009, 4(31):1-11.

Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi, Dünya Sağlık Örgütü. Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru- 25 Cevap. apps.who.int/iris/bitstream/10665/42526/10/9241545690_tur.pdf. 23 Ocak 2019.

Torun N. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Fototerapi Uygulamasına Yönelik Maliyet Etkililik Analizi Ankara İli Örneği. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Doktora Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi, 2016.

Tuğrul M. Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2015.

Tuna M. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi, 2010.

Turan S. Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: T.C. Başkent Üniversitesi, 2008.

Türk Dil Kurumu (TDK), Bakım. 2018; http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5cab8fef39fcd2.85868604. Erişim tarihi: 01.04.2018.

Uğur Ö. Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, Doktora Tezi, İzmir: T. C. Ege Üniversitesi, 2006.

Uğur Ö, Fadiloğlu ZÇ. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2012, 1(2): 53- 58.

Uygun ÜK, Taylan HH. Alzheimer hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü etkileyen faktörler. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2018, 71:513-531.

Üstündağ H, Bostancı Z, Aydoğan B. Hemşirelik öğrencilerinin stresle baş etme düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019, 6(1):74-83.

Verma R, Anand SK. Gender differences in anxiety and depression among the caregivers of patients with dementia. *Advances in Alzheimer's Disease*. 2012, 1(3):17-21.

Vitaliano PP, Young MH, Zhang J. Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science*. 2004, 13(1):13-16.

Wang X, Yang X, Li J, Liu F, Chen J, Liu X, Cao J, Shen C, Yu L, Lu F, Wu X, Zhao L, Wu X, Li Y, Hu D, Huang J, Lu X, Gu D. Impact of healthy lifestyles on cancer risk in the Chinese population. *Cancer*. 2019, 125(12): 2099-2106.

Wilkerson K.B. Care of the chronically ill at home: an unresolved dilemma in health policy for the united states. *The Milbank Quarterly*. 2007, 85(4):611-639.

Wilson KNS, Velez EG, Angelica J, Wiggs K, Savransky A, Tranel D. A novel two-day intervention reduces stress in caregivers of persons with dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 2018, 4: 450- 460.

Yabancı S. Dermatoloji polikliniklerine başvuran kronik kaşıntılı hastalarda stres düzeyi ve stresle baş etme yöntemleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ortak Yüksek Lisans Programı, Yozgat: T.C. Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi, 2019.

Yağmur T, Türkmen SN, Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017, 4(1):542-548.

Yamaç Ö. Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Bölümü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.

Yaşar E.K. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2009.

Yeniçeri E, Özen B, Şahin C. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2014, 1(1): 25-29.

Yeniheyat F. Yetişkin lösemili hastaların algıladıkları sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. Haliç Üniversitesi, 2008.

Yeşil T, Ulusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016, 5(4):54-66.

Yıldırım F, Conk Z. Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005, 9(2): 1- 10.

Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1997, 13(13): 81-87.

Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013, 50(2): 169-174.

Yıldız E. Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya: T.C. İnönü Üniversitesi, 2016.

Yıldız M, Ekinci M, Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017, 14(3): 176-184.

Yıldızeli F. Geriatri kanser hastasına bakım verenlerin yorgunluk düzeyi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: T.C. Gaziantep Üniversitesi, 2017.

Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*. 2010, 11(3):125-132.

Yılmaz M, Yaman Z, Erdoğan S. Öğrenci hemşirelerde stres yaratan durumlar ve baş etme yöntemleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017, 10(2): 88- 99.

Yiğit H. Yaşlıların sosyal yaşam desteğini algılamaları. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. Beykent Üniversitesi, 2009.

Yurtsever N, Yılmaz M. Evde bakım alanında çalışan hemşirelerin çalışma koşulları, yaşadıkları güçlükler ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2016, 1(1): 19-25.

Yuvakgil Z. Yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın: T.C. Adnan Menderes Üniversitesi, 2017.

Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B. Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006, 9(4): 54- 62.

Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu GE, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(1):48-54.

EKLER

EK-1. ETİK KURUL KARAR FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Hastasına Evde Bakım Verenlerde Stres Düzeyi ve Stresle Başa Çıkmada Sosyal Desteğin Etkisi"
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
		BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
		OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
Diğer:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/211	Tarih: 19.12.2018			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden izin alınması şartıyla gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oybirliği ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Gülten ERKEN	Fizyoloji Ad	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Elif AKSÖZ	Tıbbi Farmakoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Akın USTA	Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Eyüp AVCI	Kardiyoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı AD	Balıkesir KEAS Organize Sanayi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av.Erman ARDA	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hüsnü KUNDAKÇI	Eczacı	Balıkesir Sağlık Uygulama ve Arş.Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Serhat ALDEMİR	Emekli		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Fuat EREL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-2. KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ÖRNEĞİ

Katılımcının:

Adı Soyadı:

Tarih:

BİLGİLENDİRME

Bu klinik çalışmanın amacı Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Balıkesir Devlet Hastanesinde görev yapan hemşirelerin mahremiyet hakkındaki tutumlarını değerlendirmek, hemşirelik bakım uygulamalarının hasta mahremiyeti üzerine etkilerini incelemek ve bunların bazı demografik özellikler, mesleki değişkenler ile ilişkisini araştırmaktır. Balıkesir Üniversitesi Etik Kurulu bu çalışmanın Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğunu onaylamış olup çalışma denetime açıktır. Bu çalışma öncesinde araştırmaya gönüllü olarak katılmak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Elif KAYA

Balıkesir Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan benyukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bunun, denetime açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı.

Ayrıca, araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebileceğim ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmeme hakkım olduğu konusunda da bilgilendirildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirmeyi yapan

Adı Soyadı:

İmza:

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

EK-3. BAKIM VEREN TANITIM FORMU

1. Yaşınız.....

19-25 () 26-32 () 33-39 () 40 ve üstü ()

2. Cinsiyetiniz.....

Kadın () Erkek ()

3. Öğrenim durumunuz

Okuma yazma yok () İlkokul () Ortaokul ()

Lise () Yüksekokul ()

4. Sosyal güvenceniz

SSK () Emekli sandığı () Bağ-kur () Yeşil kart () Diğer ()

5. Aile kaç kişiden oluşuyor.....

6. Kaç çocuk var.....

7. Yaşadığınız yer

İl..... İlçe..... Köy.....

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız () Eş () Çocuklar () Bakıcı ()

9. Mesleğiniz

Memur () Esnaf () İşçi () Emekli () Diğer ()

10. Şu anda çalışıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

11. Aylık gelir durumunuz.

Gelir giderden az () Gelir giderden fazla () Gelir gidere denk ()

12. Bakım verdiğiniz kişiye yakınlık dereceniz nedir?

1. Derece Yakınım () Akrabam () Yakın arkadaş () Diğer ()

13. Hastanıza evde kaç yıldır bakım veriyorsunuz?

1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 15 yıl ve daha fazla ()

14. Evde hastanıza bakım vermek için daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet () Hayır ()

EK-4. BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ

Size başkalarının zor bulduğu bir işler listesi okuyacağım. Bunlardan hangilerinin sizin için geçerli olduğunu bana söyler misiniz?

	EVET:1	HAYIR:0
1. Uykum bölünüyor (örn:.....yatıyor,kalkıyor ya da gece dolaşıyor)		
2. Bu uygun bir iş değil (örn:yardım çok zaman alıyor ya da yardım etmek için uzun bir yol gitmek gerekiyor)		
3. İş fiziksel bir zorluk gerektiriyor (örn:Hastanın sandalyesine oturtulması , sandalyeden kaldırılması ya da çaba ve dikkat gerektirmesi gibi)		
4. İş, beni sınırlıyor (örn:Hastaya yardım etmek boş zamanımı sınırlandırıyor ya da arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum)		
5. Aile yaşantımda değişiklikler oldu (Örn:Bakım veriyorum ,düzenim bozuldu,hiçbir mahremiyetim kalmadı...)		
6. Kişisel planlarımda değişiklikler oldu (Örn:Bir işi geri çevirmek zorunda kaldım , tatile çıkamadım)		
7. Çalışma süremde başka istekler oldu (Örn:Diğer aile bireylerinden gelen istekler...)		
8. Duygusal yönden değişiklikler oldu (Örn:Şiddetli münakaşalardan dolayı.....)		
9. Hastanın bazı davranışları can sıkıcı Örn:İdrar ya da gaitasını tutamama, başkalarının eşyalarını almakla suçlanması)		
10. Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı bir durum (Örn:Öncekinden farklı birisi)		
11. İşlemlerle ilgili düzenlemeler oldu Örn:İzin almak zorunda kaldığım için)		
12. İş ,mali yönden stres getiriyor		
13. İş yükü altında tamamen ezildiğimi hissediyorum (.....konusunda kaygılıyım ,bakım konusunda endişelerim var.)		
Toplam puan: Evet cevaplarını sayınız her evet cevabı için o alanda bir müdahale duyulan ihtiyacı gösterir.7 ya da daha yüksek puan yüksek stres düzeyini gösterir.)		

EK-5. BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİN ONAYI

Ölçek Kullanım İzni

EK

Elif KAYA

9.09.2019 Pzt 09:38

sahin.nesrin@gmail.com

↶ ↷ → ...

Sayın Hocam Merhabalar.

Yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak üzere geçerlik güvenirlik çalışmasında yer aldığınız Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin kullanım iznini rica ediyorum

İyi çalışmalar, saygılar.

re

O

ozlem.ugur@deu.edu.tr

5.09.2019 Per 14:03

Siz

↶ ↷ → ...

Elif merhaba. Bakım verenin stres ölçeğini tezinizde kullanabilirsiniz.Tezimi YÖK' den indirebilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar diliyorum. Saygılarımla.

EK-6. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
Kimsenin bilmesini istemem.				
İyimser olmaya çalışırım.				
Bir mucize olmasını beklerim.				
Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
. Problemin çözümü için adak adarım.				
. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
. Mücadeleden vazgeçerim.				

. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.				
. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum.				
. “Benim suçum ne ?” diye düşünürüm.				
. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				


EK-7. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ


Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar uygun olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. **İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
2. **Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim özel bir insan var.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
3. **Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
4. **İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
5. **Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
6. **Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
7. **İşler kötü gittiğinde arkadaşşıma güvenebilirim.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
8. **Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
9. **Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
10. **Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
11. **Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
12. **Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

EK-8. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİN ONAYI

Ölçek Kullanım İzni 2

 haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>
10.09.2019 Sal 06:27
Siz


 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal ...
16 KB

Sayın Elif Kaya,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, ...).

Kimden: "Elif KAYA" <Kayaelif4310@hotmail.com>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 9 Eylül Pazartesi 2019 12:38:28
Konu: Ölçek Kullanım İzni

Sayın Hocam Merhabalar.
Yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak üzere geçerlik güvenilirlik çalışmasında yer aldığınız Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin kullanım iznini rica ediyorum
İyi çalışmalar, saygılar.

EK-10. KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ

 <p>KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ</p>	<p>KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA BAŞVURULARI İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU</p>
---	--

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Elif KAYA
Kurumu	Kırklareli Vize Devlet Hastanesi
Araştırma Yapılacak İller	Kırklareli
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Kırklareli Vize Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi
Araştırmanın Konusu	"Hastasına Evde Bakım Verenlerde Stres Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Sosyal Desteğin Etkisi"
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu (x) Var / () Yok Araştırma Sağlık Tesisi İzin Formu (x) Var / () Yok Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (x) Var / () Yok Araştırma İzin Taahhütnamesi (x) Var / () Yok Kurum-Kişi Talebi (x) Var / () Yok Etik Kurul Kararı (x) Var / () Yok Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu (x) Var / () Yok
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	25.01.2019-25.06.2019
KOMİSYON KARARI	
Araştırma Başvurusu, Komisyon tarafından oybirliği ile uygun görülmüştür.	
KARAR TARİHİ : 18.01.2019 KARAR NO : 1	

Komisyon Başkanı
Dr. Şenay MANDACI
Sağlık Hizmeti. Başkanı

Üye
Uzm. Dr. Nilgün Sema ÇOMAKLI
Kamu Hastaneleri Hizmeti. Başkanı Yar.

Üye
Selçuk ÖZTÜRK
Sağlığın Gel.Birim Sor.

OLUR.
.../.../2019
Dr. Çiğdem CERİT
İl Sağlık Müdürü

EK-11. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Elif KAYA
Doğum tarihi	: 26.07.1993
Doğum yeri	: KÜTAHYA
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Devlet Mah. Menekşe Sok. No:1 D:2 VİZE/ KIRKLARELİ
Tel	: 0542 627 4769
Faks	: -
E-mail	: kayaelif4310@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Hüsni Kişioğlu Lisesi (KÜTAHYA/ 2011)
Lisans	:Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (Balıkesir/ 2016)
Yüksek lisans	:Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (2016-..)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: -
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	