

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YATAĞA BAĞIMLI HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERE
YÖNELİK HEMŞİRE LİDERLİĞİNDE VAKA YÖNETİMİ MODELİNE
TEMELLENDİRİLMİŞ AİLE DESTEK PROGRAMININ GELİŞTİRİLMESİ
VE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DOKTORA TEZİ

Fatma TANRIKULU

**Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik**

Tez Danışman: Prof. Dr. Yurdanur DİKMEN

AĞUSTOS-2021

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YATAĞA BAĞIMLI HASTALARA BAKIM VEREN
BİREYLERE YÖNELİK HEMŞİRE LİDERLİĞİNDE
VAKA YÖNETİMİ MODELİNE
TEMELLENDİRİLMİŞ AİLE DESTEK
PROGRAMININ GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DOKTORA TEZİ

Fatma TANRIKULU

**Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı: Hemşirelik**

“Bu tez 02/ 08/ 2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.06.2019 tarihli 16214662/050.01.04/127 sayılı onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Fatma TANRIKULU

Çalışma Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Koordinatörlüğü tarafından lisansüstü tez projeleri (LÜTEP) kapsamında 2019-7-25-283 No'lu proje olarak desteklenmiştir.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, tezimin tüm aşamalarında sabırla ve büyük bir ilgiyle bana destek olan, güler yüzüyle ve içtenliğiyle yanımda olduğunu daima hissettiren, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Yurdanur Dikmen'e,

Tez süresince önerileriyle çalışmama ışık tutan ve beni destekleyen tez izleme jürisi hocalarım Prof. Dr. Ali Fuat Erdem'e ve Dr. Öğr. Üyesi Havva Sert'e,

Doktora tez sürecim boyunca desteklerini esirgemeyen ortak danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Gülgün Durat'a,

Çalışmamın gerçekleştirilmesinde bana destek olan Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Başhekimi Op. Dr. Adil Murat Akgül'e, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Uzm. Hemş. Berna Karabulut'a ve Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Ekibi'ne,

Çalışmamdaki eğitim videolarının oluşturulmasına katkı ve destek veren Sakarya Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi müdürü Prof. Dr. Mehmet Barış Horzum'a, video çekim ve düzenleme ekibinden Yakup Babalı'ya ve Furkan Oskay'a, eğitimciler; Dr. Öğr. Üyesi Özge Öner'e, Öğr. Gör. Funda Erol'a, Arş. Gör. Emine Cincioğlu'na, Hemş. Selçuk Çimen'e ve Dyt. Senem Çelik'e,

Çalışmamın gerçek yürütücüleri olan, COVID-19 gibi zor bir dönemde dahi çalışmaya katılmaya devam eden, bana güvenen değerli hastalarım ve bakım vericilerine,

Tez sürecinde ev ziyaretlerinde bana destek olan sevgili öğrencilerim Akın Özdemir'e ve Ceyda Özsoy'a

Tez çalışmam sırasındaki sonsuz sabır, anlayış ve desteklerinden dolayı değerli anneme ve babama,

Her daim desteğini hissettiğim sevgili eşim Uğur Tanrıkulu'na,

Sevgisi ile beni cesaretlendiren, küçük yaşına rağmen bana daima destek olan ve birçok fedakarlıkta bulunan canım oğlum Çağan Berk Tanrıkulu'na,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla...

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. EVDE BAKIM KAVRAMI VE KAPSAMI	6
2.1.1. Kavramsal Çerçeve ve Tanımlar	6
2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinde Ekip Yaklaşımı ve Hemşirenin Rolü	10
2.1.2.1. Evde Bakım Hemşireliği Uygulama Standartları	11
2.1.2.2. Evde Bakım Hemşireliği Profesyonel Performans Standartları	12
2.1.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı.....	14
2.1.4. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamındaki Hastalar.....	15
2.2. YATAĞA BAĞIMLI HASTANIN EVDE BAKIMI	17
2.2.1. Yatağa Bağımlılık ve Nedenleri	17
2.2.2. Evde Yatağa Bağımlı Hasta Bakımının Değerlendirilmesi.....	18
2.2.3. Yatağa Bağımlı Hastanın Evde Bakımında Karşılaşılan Güçlükler..	21
2.3. VAKA YÖNETİMİ MODELİ	23
2.3.1. Tanım, Uygulama ve Yönetim	23
2.3.2. Vaka Yönetimi Modeli ve Uygulama Aşamaları	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	27
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	27
3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	27
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	28
3.5. ARAŞTIRMANIN ZAMANI	28
3.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	30
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31

3.7.1. Hasta Bireylerden Veri Toplamak Amacıyla Kullanılan Formlar	31
3.7.2. Bakım Verici Bireylerden Veri Toplamak Amacıyla Kullanılan Formlar	32
3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE UYGULAMA FAALİYETLERİ	34
3.8.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Belirlenmesi.....	34
3.8.2. Kontrol Grubu Uygulama Faaliyetleri (Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeli Uygulanmayan Grup)	37
3.8.3. Müdahale Grubu Uygulama Faaliyetleri (Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeli Uygulanan Grup)	37
3.8.3.1. Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modelinin Uygulanması ...	38
3.9. VERİLERİN ANALİZİ	46
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	47
4. BULGULAR	48
4.1. YATAĞA BAĞIMLI HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	48
4.2. BAKIM VERİCİ BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	52
4.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDA ÖLÇÜM ZAMANLARINA GÖRE BAKIM YÜKLERİ, YAŞAM KALİTELERİ VE AİLE İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR	56
5. TARTIŞMA	66
5.1. YATAĞA BAĞIMLI HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	66
5.2. BAKIM VERİCİ BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	71
5.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDA ÖLÇÜM ZAMANLARINA GÖRE BAKIM YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE AİLE İŞLEVSELLİK DÜZEYİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
6.1. SONUÇLAR	82
6.2. ÖNERİLER	83
KAYNAKLAR	84
EKLER	98
ÖZGEÇMİŞ	140

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ALS	Amyotrofik Lateral Skleroz
ANA	American Nurses Association
APGAR	Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve
CMSA	Case Management Society of America
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
KAH	Kronik Arter Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	Konjestif kalp yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MS	Multipl Skleroz
PEG	Perkütan Endoskopik Gastrostomi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SVO	Serebro Vasküler Olay
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF-TR	Turkish version of the World Health Organization Quality of Life Instrument

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Hasta Bakımında Bakım Vericilere Yönelik Kanıt Temelli Yaklaşımlar...	21
Tablo 2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	29
Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubu Dağılımı	35
Tablo 4. Web Destekli Eğitim ve Danışmanlık Sisteminde Yer Alan Eğitim Videoları	44
Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Yatağa Bağımlı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	48
Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yatağa Bağımlılık Özelliklerine Göre Dağılımı	50
Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Yatağa Bağımlı Hastaların Barthel GYA İndeksine Göre Bağımlılık Düzeyi Dağılımı.....	51
Tablo 8. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Yatağa Bağımlı Hastaların Kronik Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 9. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	53
Tablo 10. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Hasta Bakımı Verme ile ilgili Özelliklerinin Dağılımı	55
Tablo 11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Ölçüm Zamanlarına Göre Bakım Yükü Puanlarının Dağılımı.....	56
Tablo 12. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Ölçüm Zamanlarına Göre WHOQOL-BREF- TR Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	59
Tablo 13. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Ölçüm Zamanlarına Aile APGAR Puanlarının Dağılımı.....	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Amerikan Hemşireler Birliği Evde Bakım Hemşireliği Standartları.....	11
Şekil 2. Yaygın Yatağa Bağımlılık Nedenleri	18
Şekil 3. Vaka Yönetimi Modeli Hemşirelik Aktiviteleri.....	25
Şekil 4. Deney grubu ve kontrol grubu örneklem büyüklüğü.....	30
Şekil 5. Araştırmanın Akış Şeması	36
Şekil 6. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeli Temelli Aile Destek Programının Uygulama Adımları	39
Şekil 7. Web Tabanlı Eğitim ve Destek Sistemi Ana Sayfası	42
Şekil 8. Web Tabanlı Eğitim ve Destek Sistemi Kullanıcı Ekranı	42
Şekil 9. Web Tabanlı Eğitim ve Destek Sistemi İletişim Ekranı.....	43
Şekil 10. Web Tabanlı Eğitim ve Destek Sistemi Eğitim Videoları.....	43
Şekil 11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Bakım Yükü Puanlarının Dağılımı	588
Şekil 12. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin WHOQOL- BREF-TR Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Değerlendirme Puanlarının Dağılımı.....	63
Şekil 13. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Aile APGAR Puanlarının Dağılımı.....	655

ÖZET

Giriş ve Amaç: Evde bakım alan hasta ve yakınlarının buldukları ortamda desteklenerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de bakım verici birey üzerindeki yükünü hafifletmek son derece önemlidir. Bu araştırmada, yatağa bağımlı olan hastalara bakım veren aile bireylerine yönelik hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma müdahale (n=13) ve kontrol (n=14) gruplu randomize kontrollü deneysel desende Mart 2020- Ocak 2021 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Müdahale grubunda bulunan bakım vericilere beş aşamalı hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programı uygulanmış olup, kontrol grubunda yer alan bakım vericiler rutin izlemler doğrultusunda evde sağlık hizmetleri tarafından takip edilmiştir. Veriler “Hasta Bireyi Tanılama Formu”, “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi”, “Bakım Verici Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği”, “WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Aile APGAR Ölçeği” kullanılarak, girişim öncesi, girişim sonrası üçüncü ay ve altıncı ayda toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümlerde ANOVA, çoklu karşılaştırma testi (Bonferroni), ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve aile işlevsellik düzeyi toplam puanları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Sonuç: Bakım verici bireylere yönelik oluşturulan hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının bireylerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve aile işlevsellik düzeyleri üzerine olumlu etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, yatağa bağımlı hasta, vaka yönetimi, hemşire.

SUMMARY

Development and Evaluation of the Family Support Program Based on the Nurse-Lead Case Management Model for the Family Members Who Care for Bedridden Patients

Introduction and Aim: It is of paramount importance to enable the patients receiving home care and their relatives to adapt social life, to fulfil their social integration, to relieve the burden of family members of the individual in need of care, especially the individual providing care, by supporting them in the environment where they live. In this study, it was aimed to investigate the effect of the family support program based on the nurse-led case management model for family members who care for bedridden patients.

Material and Method: The study was conducted between March 2020 and January 2021 in a randomized controlled experimental design with intervention (n=13) and control (n=14) groups. The family support program based on a five-stage nurse-led case management model was administered for the caregivers in the intervention group, the caregivers in the control group were monitored by home health services through routine follow-ups. Data were collected before and after the intervention, in the third and sixth months by “Patient Identification Form”, “Barthel Activities of Daily Living Index”, “Caregiver Identification Form”, “Zarit Caregiver Burden Scale”, “WHOQOL-BREF-TR Quality of Life Scale” and “Family APGAR Scale”. ANOVA, multiple comparison test (Bonferroni) and chi-square test were utilized in the evaluation of the data.

Results: It was found out that there was a significant difference among care burden, quality of life, and family functionality level total scores of caregivers in the intervention and control groups in terms of group, time and group*time interaction ($p < 0.05$).

Conclusion: It was concluded that the family support program based on a nurse-led case management model for caregivers had a positive effect on individuals’ care burden, quality of life, and family functionality level.

Keywords: Home care, bedridden patient, case management, nurse.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin giderek hızlandığı günümüzde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sürdürülebilirliği değişiklik göstermiş olup, bu hizmetler daha kapsamlı ele alınmaya başlanmıştır. Özellikle sağlık hizmetleri alanında yaşanan ilerlemeler hastalıkların daha erken dönemde tanınmasına, tedavi yöntemlerinin gelişmesine ve dolayısıyla bireylerin ortalama yaşam süresinin uzamasına neden olmaktadır (Akdemir ve ark 2011, Can, Abacı ve Kadıoğlu 2013). Bu durum toplum sağlığı açısından ele alındığında olumlu bir yansıma olarak değerlendirilse de yaşlı nüfusunda yaşanan artış kronik hastalıkların da giderek arttığının göstergesidir (Bahar ve Parlar 2007). Ayrıca kronik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan erken ve geç komplikasyonlar bireylerin hastane ortamında daha uzun süre kalmasına, sağlık bakım sistemi içerisinde maliyetlerin ve sağlık işgücüne duyulan gereksinimin de artmasına yol açmaktadır (Aşiret ve Çetinkaya 2016, Selçuk ve Avcı 2016). Hastaların hastanede uzun süre kalması hem hasta bireylerin hem de ailelerin genellikle fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Zaybak, Güneş, İsmailoğlu ve Ülker 2012). Bir diğer önemli sorun ise hastaların hastaneden taburcu edilmesi ile evde bakımlarının nasıl yürütüleceğidir (Bahar ve Parlar 2007). Tüm bu etkenler hastane merkezli bir anlayışın yerine bireyin alıştığı ortamda tedavisinin ve bakımının sürdürüldüğü evde bakım ortamının benimsenmesine neden olmuştur (Can ve ark 2013, Yılmaz ve ark 2010).

Evde bakım, hasta ve ailelerinin yaşadıkları ortamda tedavisinin ve bakımının sürdürülmesini sağlayan tüm uygulamaları içermektedir (Dik 2017). Bir diğer ifade ile evde bakım; bireylerin öz bakım gereksinimlerinin (banyo yapma, el/yüz/tırnak bakımı, giyinme vb.), evsel hizmetlerin (temizlik, tamir, bakım, onarım vb.) ve evde sağlık hizmetlerinin sunumu da dahil olmak üzere çok geniş anlamda kullanılmaktadır (WHO 2015). Literatürde ise evde bakımın bireylerin ev ortamında değerlendirilmesini sağlayan, maliyet etkili olan ve bireylerin kendisi ya da bakım vericileri tarafından günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesini hedefleyen hizmetler bütünü olduğu belirtilmektedir (Bahar ve Parlar 2007, Korkmaz, Naz, Naz, Toka 2018). Evde bakım hizmetlerinin temelinde bireylerin hastalığının etkilerini en aza

indirmek, bakım alan ve bakım veren bireylerin yaşam kalitesini arttırmak yer almaktadır (Yılmaz ve Şara 2014).

Evde bakım hizmetleri; ameliyat sonrası uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan hastalar, yaşlı bireyler, yeni doğum yapan anneler, kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyan bireyler olmak üzere çok geniş yelpazede ihtiyaç sahiplerine sunulmaktadır (Yılmaz ve Şara 2014, Can ve ark 2013). Özellikle yatağa bağımlı hastalar, kronik hastalıkları olan bireyler, palyatif bakım gerektiren enteral-parenteral gereksinimi olan terminal dönem hastalar ve hastanede gördüğü tedavi veya cerrahi operasyon sonrası taburcu edilen ve tedavisinin evde sağlanması gereken hastalar evde sağlık hizmetleri kapsamında bakım almaktadır (Korkmaz ve ark 2018). Yapılan araştırmalarda evde bakım hizmeti almak için başvuruların büyük çoğunluğunu yatağa bağımlı hasta grubunun oluşturduğu belirtilmektedir (Önder, Anuk, Kahramanca ve Yıldırım 2015, Andrade, Silva, Seixas and Brada 2017, Korkmaz ve ark 2018). Korkmaz ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında evde bakım hizmeti alan hastaların %42,4'ünün yatağa tam bağımlı hasta olduğu saptanmıştır. Ayrıca yatağa bağımlı olarak evde bakım alan hastaların büyük çoğunluğunu yaşlı bireyler oluşturmakla birlikte engelliler ve kronik hastalığı (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, serebrovasküler hastalık, alzheimer, kronik böbrek yetmezliği, kronik kalp yetmezliği vb.) bulunan yatağa bağımlı olan bireyler de uzun dönem evde bakım hizmetlerine gereksinim duymaktadır (Akdemir ve ark 2011, Taşdelen ve Ateş 2012, Düzkaya ve Bozkurt 2013, Bilgili ve Gözüm 2014).

Ülkemizde sosyokültürel yapı itibarıyla bakım gereksinimi olan bireylerin evde bakım anlayışının yaygın olduğu bildirilmektedir. Modernleşme ve kentleşme sosyal süreçlerinin etkinliği dikkate alındığında; yaşlı bireylere hizmet veren huzurevi gibi kuruluşların sayısının arttığı görülse de aile yanında bakım anlayışı gerek yaşlılar gerekse yetişkin çocuklar tarafından kabul gören bir durumdur (Öztop, Şener ve Güven 2008, Limnili ve Özçakar 2013, Öğür ve ark 2019). Günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bu hastaların beslenme, boşaltım, hareket, tedavilerinin uygulanması gibi tüm öz bakım gereksinimleri hastaya bakım veren aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır (Düzkaya ve Bozkurt 2013, Öğür ve ark 2019). Bu nedenle evde bakım alan hasta ve yakınlarının buldukları ortamda desteklenerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek,

bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de bakım verici birey üzerindeki yükünü hafifletmek son derece önemlidir (Gel ve Kesgin 2017).

Yatağa bağımlı hastaların evde bakımını üstlenen hasta yakınları hem maddi hem manevi yük getirmesi nedeniyle çeşitli zorluklar ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Uzun süreli bakım verme, bireylerin sağlığını, sosyoekonomik ve psikolojik durumunu olumsuz etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan bir süreçtir. Gerek dünyada gerekse ülkemizde yapılan çalışmalarda bakım verenlerin; fiziksel, ekonomik, psikolojik, aile içi ilişkilerde güçlük, bakım verdikleri hastanın tedavisi ve hijyenik gereksinimleri ile ilgili sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (Stoltz, Udén and Willman 2004, Akdemir ve ark 2011, Aşiret ve Çetinkaya 2016). İsveç'te yapılan bir çalışmada, evde bakım vermekte olan aile üyelerinin en çok izole olmaktan yakındıkları, bu nedenle ev dışında zaman geçirmeye ihtiyaç duydukları ve en sık hissettikleri duygunun ise bakım verdiği bireyin sorumluluğu nedeniyle endişe olduğu saptanmıştır (Stoltz et al 2004). Navaie-Waliser ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında; 4874 birey ile telefon görüşmesi yapılarak bakım verenlerin durumunu saptanmaya çalışılmış, %36'sının evde hasta bakımı vermeye başladıktan sonra daha hassas olduğu ve bakım vermekte zorlandıkları, üçte birinden fazlasının ise fiziksel sağlıklarının bozulduğu saptanmıştır. Ülkemizde ise Tuna ve Olgun'un (2010) çalışmasında, inmeli hastaya bakım verenlerin %51,8'sinin genel sağlık durumunun olumsuz etkilendiği ve %57'sinin fiziksel veya psikolojik sorunlar yaşadığı ifade edilmiştir. Konu ile ilgili yapılan bir diğer çalışmada ise evde bakım vericilerin çoğunlukla bakım verdiği bireyin hastalığı, beslenmesi, ilaçlarının nasıl kullanılacağı ve boşaltım sorunları ile baş etmede zorlandıkları, ayrıca kendilerini yorgun ve uykusuz hissettikleri belirlenmiştir (Kapucu, Türkan ve Fesci 2009). Bu durum sürekli olarak hasta bakımını üstlenen bireylerin bireysel baş etmede zorlandıklarını ve profesyonel destek almaları gereğini ortaya koymaktadır.

Evde bakım hizmetlerinin sunumu, hasta bireyi ve aileleri fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel boyutlarıyla ele alan bütüncül bakış açısına sahip, multidisipliner ekip anlayışı ile yürütülmelidir (Bahar ve Parlar 2007, Aşiret ve Çetinkaya 2016). Bu ekibin en önemli üyesi olan evde bakım hemşireleri hasta bakımının planlanmasında ve sürdürülmesinde kilit rollere sahiptir (Akdemir ve ark 2011, Sezer, Demirbaş ve Kadıoğlu 2015). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik

Yapılmasına Dair Yönetmelik'te (2011); evde bakım hemşiresinin görevleri arasında ev ortamının değerlendirilmesi, bakım destek ekipmanlarının denetiminin yapılması, hasta yakınlarına sağlık eğitimi verilmesi, bireylerin istek ve sorunlarının dinlenilmesi yer almaktadır (<https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html>). Bununla birlikte literatürde evde bakım hemşirelerinin görev ve sorumluluklarının çok daha geniş kapsamlı olduğu belirtilmektedir (Gölbaşı 2003, Ovayolu, Özdemir ve Ovayolu 2009). Bunlar;

- Hastayı, ailesini ve çevresini tüm yönleri ile tanıma, değerlendirme,
- Hastanın bakım gereksinimlerini ve problemlerini belirleme, çözüm için girişimleri planlama ve ihtiyaca göre tekrar düzenleme,
- Dokümantasyonu sağlama,
- Diğer ekip üyelerine hastada meydana gelen değişiklikleri iletme,
- Uygulanan girişimlerin sonuçlarını izleme,
- Eğiticilik, danışmanlık, liderlik, hasta savunuculuğu gibi farklı rollerini de gerçekleştirerek bakımın koordinasyonunu sağlama,
- Birey ve ailesine primer koruma hizmetlerini sunma,
- Aile ve bakım vericilerle iş birliği içinde bireyin sekonder ve tersiyer bakımını yürütme olarak tanımlanmıştır.

Evde bakım hemşirelerinin tüm bu yetki ve sorumluluklarının bulunması çok yönlü bir yaklaşım gerektirir. Bu doğrultuda planlanan girişimleri uygulayabilmede ve bütüncül yaklaşım tarzını sunabilmede kullanılan yaklaşımlarından biri vaka yönetimi modelidir. Genel olarak vaka yönetimi modeli, bireyin sağlık gereksinimlerini karşılamak için iletişim ve mevcut kaynaklar kullanılarak gerekli uygulamaları tanımlama, planlama, uygulama, koordinasyon ve değerlendirme süreci olarak tanımlanır (Drennan and Goodman 2005, Morales-Asencio et al 2008).

Vaka yönetimi modeli farklı ülkelerde çeşitli hasta gruplarına göre temel alınan en yaygın yaklaşımlardan biridir. Ayrıca bu model, sunulan bakımı geliştirmek ve maliyetleri kontrol altına almak için hedef grupları koordine etmek amacıyla da kullanılmaktadır (Roggenkamp and White 2001, Hutt, Rosen and McCauley 2004). Vaka yönetimi süreci “vaka yöneticisi” tarafından planlanmakta olup, hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık profesyonelleri vaka yöneticisi olabilmektedir. Konu

ile ilgili yapılan çalışmalarda vaka yöneticisi olarak genellikle hekimlerin ve hemşirelerin görev aldığı, bu çalışmaların çoğunluğunda ise, hemşirelerin vaka yöneticisi olarak belirlendiği dikkati çekmektedir. Hemşire liderliğinde vaka yönetimi modelinin kullanıldığı birçok çalışmada akut veya kronik durumların yönetiminde bu modelin etkin olduğu belirlenmiştir (Chow and Wong 2010, Landi et al 2001).

Ülkemizde hemşire liderliğinde vaka yönetimi modelinin kullanıldığı sınırlı sayıda çalışma olmakla birlikte, bu araştırmaların daha çok kronik hastalıkların yönetilmesi amacıyla yürütüldüğü belirlenmiştir (Tokem, Argon and Keser 2011, zelik, Fadiloğlu, Karabulut and Uyar 2014). Bununla birlikte son yıllarda evde bakım alan hastaların hızla arttığı ülkemizde bu hastaların kurum bakımı sonrası bakımının sürekliliğini ve koordinasyonunu sağlayacak, maliyet etkili, aynı zamanda bakım vericilerin sorunlarının giderildiği ve eğitim gereksinimlerinin karşılandığı herhangi bir evde bakım hizmet modelinin kullanılmadığı saptanmıştır. Tüm bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmanın evde bakım ve rehberlik hizmetlerinin yürütülmesinde primer sorumlu olan sağlık profesyonellerine ve evde yatağa bağımlı olan hastaların bakımından sorumlu olan bireylere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAşTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada, yatağa bağımlı olan hastalara bakım veren aile bireyelerine yönelik hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE BAKIM KAVRAMI VE KAPSAMI

2.1.1. Kavramsal Çerçeve ve Tanımlar

Evde bakım veya “ev ortamında bakım” kavramı yüzyıllardır var olan, sağlık ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulduğu tüm uygulamaları kapsamaktadır. Çoğu zaman evde bakım, sağlık bakım hizmetlerinin bir alt grup olarak ele alınsa da bazı faktörlere bağlı olarak hasta merkezli bakımı benimseyen yönü ile sunulmuştur. Kavramın ilk ortaya çıkışı 1700’lü yılların sonunda Avrupa Ülkeleri’nde ve Amerika’da temel sağlık hizmeti modeli ile kullanılması ile başlamıştır. Daha sonra tarihsel süreç içerisinde meydana gelen yoksulluk, hastanelere olan talebin artması ve salgın hastalıklar gibi faktörler nedeniyle evde bakım hizmetlerine olan talep değişiklik göstermiştir (Drennan and Goodman 2005, Beyazıt ve ark 2016).

Evde bakıma olan talebi etkileyen en önemli faktör 20. ve 21. yüzyılda bilim ve teknolojiye yaşanan gelişmeler olmuştur. Özellikle teknoloji alanında yaşanan olumlu sonuçlar tıpta hastalıkların erken tanınmasına ve tedavi edilmesine neden olarak bireylerin ortalama yaşam sürelerinin uzamasına yol açmıştır. Bu sonuç yaşlı bireylerin nüfusunun hızla çoğalmasına ve yaşlılıkla birlikte meydana gelen kronik hastalıklarında görülme oranının da artmasına neden olmuştur. Dolayısıyla sağlık kurumlarına olan talepler artmış ve bunun sonucunda evde bakım, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir kavram olma özelliğini tekrar kazanmıştır (Akdemir ve ark 2011, Bahar ve Parlar 2007). Günümüzde ise evde bakım çok geniş kapsamda ele alınmaktadır (Beyazıt ve ark 2016).

Evde bakım; bireylerin ev ortamında değerlendirilmesini sağlayan, maliyet etkili olan ve bireylerin kendisi ya da bakım vericiler tarafından günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesini hedefleyen hizmetler bütünüdür (Bahar ve Parlar 2007; Korkmaz ve ark 2018). Evde bakım hizmetleri bireylerin öz bakım gereksinimlerinin (banyo yapma, el/yüz/tırnak bakımı, giyinme vb.), evsel hizmetlerin (temizlik, tamir, bakım, onarım vb.) ve evde sağlık hizmetlerinin sunumu da dahil olmak üzere çok geniş anlamda kullanılmaktadır (WHO 2015). Literatürde ise bu kavramın “evde sağlık bakımı”, “evde sağlık hizmetleri”, “evde bakım hizmetleri” ya da “evde sağlık bakım

hizmetleri” olarak adlandırıldığı görülmektedir (Boyoğlu ve Oktay 2002, Önder ve ark 2015, Korkmaz ve ark 2018). Tüm terimlerin ortak teması ise hasta ya da gereksinimi olan bireye ev ortamın gerekli olan bakım uygulamalarının sürdürülmesidir (Aşiret ve Çetinkaya 2016). Akdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında evde bakım; sağlık hizmetlerinden faydalanmayı gerekli kılan durumlarda bireyleri ve ailelerini yaşadıkları ortamda destekleyerek sağlık ekibi tarafından rehabilite ve tedavi edici hizmetlerin sunulması şeklinde ifade edilmektedir. Can ve arkadaşları (2013) ise evde bakımı sağlık profesyonelleri hem de bakım vericiler tarafından verilen paramedikal bakım olarak tanımlamıştır. Bir başka tanıma göre evde bakım; özel bakım gereksinimi olan bireyleri buldukları alanda fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan destekleyen, bakım veren bireyin üzerindeki yükü hafifletmeyi amaç edinen bir bakım modelidir. Başlangıçta modelin uygulanmasında hasta bakım uygulamalarını içerdiği belirtilse de daha sonra kavramın çok farklı boyutları ile ele alındığı bildirilmiştir (Beyazıt ve ark 2016).

Ülkemizde 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu ile ilgili Yönetmelikte **evde bakım hizmeti** olarak belirtilmiş olup, *“hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması”* şeklinde ifade edilmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html>). Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından 2015 yılında ise Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik’te **evde sağlık hizmeti** olarak belirtilmekte ve *“çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri”* şeklinde tanımlanmaktadır (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/2015022714.htm>) Her iki tanımda da evde bakım kavramı tıbbi açıdan ele alınmakla birlikte bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve özel bakım gereksinimi olan bireylerin sağlık bakım hizmetlerinden faydalanmasını sağlamak amacıyla yürütüldüğü belirtilmektedir. Günümüzde ülkemizdeki bu hizmetlerin T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilgili yönetmelikler doğrultusunda çoğunlukla yaşlı ve yatağa bağımlı olan bireylere yapılan

değerlendirmeler sonucunda uygun görülmesi durumunda faydalanılmaktadır (Yıldırım, Arabacı ve Nal 2017).

Evde bakım kavramına ilişkin tanımlamalar; sunulan hizmetlerin süresine (uzun süreli, kısa süreli), sosyal ya da tıbbi olmasına, kim/kimler tarafından sürdürüldüğüne (formal, informal) ve içeriğine (koruyucu, rehabilite edici, tedavi edici) göre değişiklik göstermektedir. Bu tanımlamalar aşağıda detaylı açıklanmıştır:

Uzun süreli evde bakım: Sağlık profesyonelleri ya da bakım vericiler (aile üyeleri, arkadaşlar, komşular) tarafından bakıma gereksinim duyan bireyler için gerçekleştirilen tüm faaliyetleri içerir. Uzun süreli bakım ihtiyacı, bir bireyin yaşamı boyunca fiziksel, zihinsel ve/veya bilişsel yönden desteklenmesini gerekli kılmaktadır. Evde uzun süreli bakım alan bireylerin birçoğu kaliteli bakım uygulamaları sayesinde kaybettikleri işlevlerini geri kazanabilmektedir. Bu bakımın amacı; bireysel öz bakım uygulamalarını yerine getiremeyen bireylerin mümkün olan en yüksek düzeyde kendi bakımına katılmalarını sağlayarak yaşam kalitelerini arttırmaktır. Bu nedenle uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin değerlerine özen gösterilmeli bu doğrultuda bakım uygulamaları gerçekleştirilmelidir. Bununla birlikte uzun süreli bakımda finansal, sosyal ve hukuki destek ile birlikte tıbbi tedavi ve rehabilitasyon gibi başka hizmetlere de ihtiyaç duyulabilir. Bu nedenle bakım vericiler gereksinim duydukları konularda destekleyici hizmetlere erişebilmelidir (Yılmaz ve ark 2010, Bilge, Elçioğlu, Ünalacak ve Ünlüoğlu 2014)

Kısa süreli evde bakım: Bireyin ev ortamında kendi kendine yetebilecek duruma gelinceye kadar kısa süreli bakımın verilmesidir. Bu bakım çoğunlukla ameliyat sonrası bakım, cerrahi kaynaklı yara bakımı, solunum tedavisi, fiziksel rehabilitasyon, konuşma, dil gelişimi terapisi, hasta ve bakım vericinin eğitimi, intravenöz uygulamalar, enteral beslenme uygulamaları ve enjeksiyon uygulamaları gibi hastane sonrası dönemde tıbbi hizmetlerin sunulduğu bakım uygulamalarını kapsamaktadır. Bu uygulamalar hasta merkezli olup, hastanın tekrar sağlığına kavuşmasını, hastalığa bağlı komplikasyonların önlenmesini, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile hastanın ve ailesinin desteklenmesini benimseyen multidisipliner yaklaşımlarla verilmektedir. Süresi hastanın gereksinimlerine göre değişiklik göstermektedir (Yılmaz ve ark 2010).

Evde formal bakım: Bireyin gereksinim duyduğu bakım uygulamalarının hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikiyatrist, sosyal çalışmacı gibi profesyonel meslek grupları tarafından sunulmasıdır (Beyazıt ve ark 2016).

Evde informal bakım: Bireyin gereksinim duyduğu bakım uygulamalarının yakınları (eşi, oğlu/kızı, akrabaları), arkadaşları ya da komşuları tarafından sunulmasıdır (Beyazıt ve ark 2016).

Evde koruyucu bakım: Bireylerin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik uygulamaların ev ortamında sunulduğu ve genellikle yaşı bireylerin faydalandığı bakım hizmetleridir. Bu kapsamda sağlığı geliştirmeye yönelik ev ziyaretleri, bazı tarama ve tanı testlerini kullanarak bireylerin sağlık sorunlarını ve bakım ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yapılan ziyaretler ile düşmeleri ve kazaları önlemek için yapılan ziyaretler yer almaktadır. Evde koruyucu bakımın avantajları; bireylerin zorluklar ile başa çıkma stratejilerini geliştirmesi, yaşam standartlarını arttırması, hastalıkların erken dönemde tespit edilmesi ve daha özerk bir yaşam sunması sayılabilir (Tøien, Bjørk and Fagerström 2015).

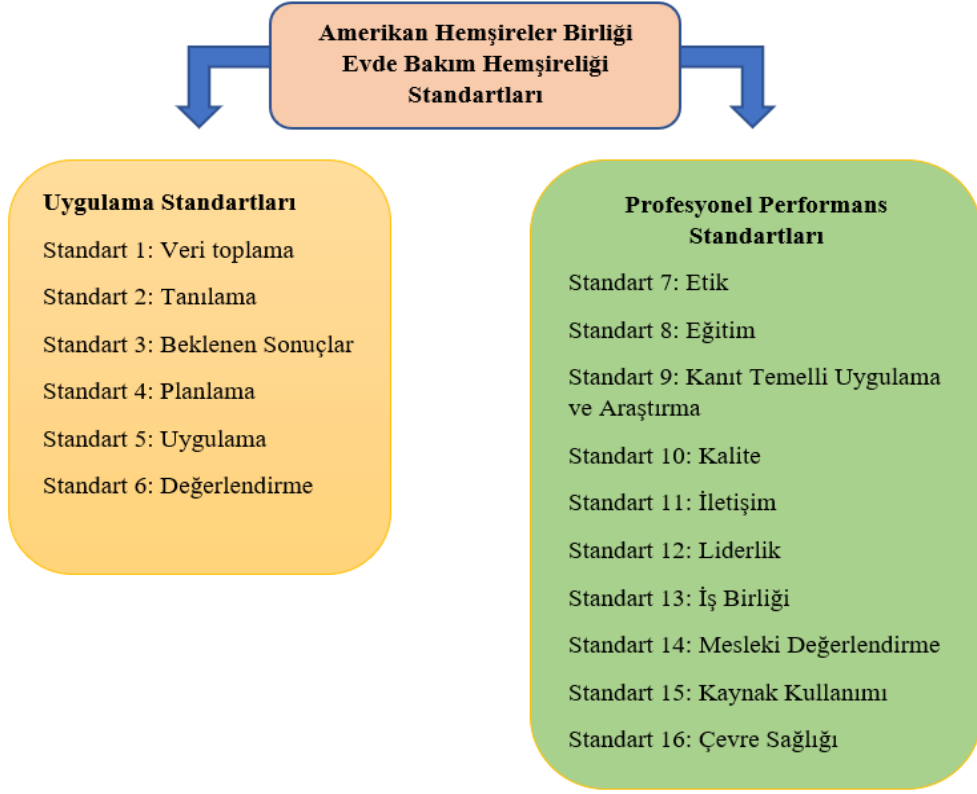
Evde rehabilite edici bakım: Bu bakımda bireylerin mevcut fiziksel sağlığının korunması, geliştirilmesi, bireysel aktivitelerini yerine getirmesinin sağlanması ve yaşam kalitelerinin arttırılması hedeflenmiştir. Hastanede belirli süre tedavi ve bakım uygulamaları tamamlanmış olan hastalarda evde rehabilitasyon hizmetleri ile hastanın özelliklerine göre mekanik ventilatörde takip, oksijen tedavisi, enteral beslenme ve fiziksel rehabilitasyon gibi uygulamalar sağlanabilmektedir. Rehabilite edici bakımda evde uzun süreli bakım alan hastalarda meydana gelen basınç yaraları, kas atrofileri, ve eklem kontraktürleri gibi olumsuz durumlar önlenabilir. Bakım verici bireylerin eğitimi de evde rehabilite edici bakım içerisinde verilmelidir (Cook et al 2013, Beyazıt ve ark 2016).

Evde tedavi edici bakım: Evde tedavi edici bakım, bazı hastalıkların ev ortamında bakım ve tedavi uygulamalarının sürdürüldüğu hizmetler olup, evde hastane olarak da ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle konjestif kalp yetmezliği (KKY) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) gibi teşhisi konmuş olgularda hastaların uzun süreli tedavilerinin ev ortamında sürdürülmesinin hastaneden daha düşük maliyetli olması, hastalarda hastane kaynaklı komplikasyonların az olması, hastaların

günlük yaşam aktivitelerini daha bireysel yapabilmesi ve bakım vericilerin bu bakım uygulamasından memnuniyetlerinin yüksek olması gibi olumlu yansımalarının olduğu belirtilmektedir (Lazare 2013).

2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinde Ekip Yaklaşımı ve Hemşirenin Rolü

Evde bakımı sürdürülen bireylerin ve bakım vericilerinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden ele alınarak, bütüncül bir yaklaşım gerektirmesi evde bakım hizmetlerinin profesyonel yaklaşım ile sürdürülmesini gerekli kılmaktadır (Bahar ve Parlar 2007, Ovayolu ve ark 2009). Sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve bakımın kalitesi açısından uygulamaların multidisipliner ekip yaklaşımı ve anlayışı içinde sürdürülmesi önemlidir (Sezer ve ark 2015). Bu doğrultuda hastanın primer gereksinimine göre hasta bakımının ve tedavisinin sürdürülmesinde hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, ebe, çocuk gelişim uzmanı, konuşma terapisti, psikoterapist gibi farklı meslek gruplarının içerisinde olduğu kapsamlı bir yaklaşım gerekmektedir (Ovayolu ve ark 2009). Dolayısıyla evde bakım hizmetlerinde ekip yaklaşımının temeli yüksek kalitede sağlık hizmeti sunulmasına yönelik olmalıdır. Evde bakımda multidisipliner ekip yaklaşımı; hastanın ve hastaya bakım sunan kişinin kaliteli sağlık bakım hizmeti almasını sağlar. Sunulan hizmetlerin etkin olmasında özellikle evde bakım hemşirelerinin birçok görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği tarafından evde bakım hemşirelerinin görev ve sorumluluklarına yönelik rehber olması amacıyla bazı standartlar yayınlanmıştır (American Nurses Association, ANA 2014). Bu standartlar “*Uygulama Standartları*” ve “*Profesyonel Performans Standartları*” olmak üzere iki temel standart ve bu standartlara bağlı toplam 16 standardı içermektedir. Şekil 1’de “*Amerikan Hemşireler Birliği Evde Bakım Hemşireliği Standartları*” verilmiştir.



Şekil 1. Amerikan Hemşireler Birliği Evde Bakım Hemşireliği Standartları

2.1.2.1. Evde Bakım Hemşireliği Uygulama Standartları

Standart 1: Veri toplama

Evde bakım alan hastanın sağlığı ve durumu ile ilgili kapsamlı verilerin toplanmasını içermektedir. Evde bakım hemşiresi hastanın fiziksel, işlevsel, beslenme, psikososyal, duygusal, bilişsel, cinsel, kültürel, çevresel, ruhsal ve ekonomik değerlendirmeleri yaparak sistematik olarak ve devam eden bir süreçte veri toplamalıdır.

Standart 2: Tanılama

Bu standartta hemşire hastanın gereksinimlerini ve sorunlarını belirlemek ve hemşirelik tanılarını saptamak için elde ettiği verileri analiz eder. Hemşire, hemşirelik tanılarını belirlerken hemşirelik tanılama sistemlerini ve klinik karar destek araçlarını kullanabilmelidir.

Standart 3: Beklenen Sonuçlar

Evde bakım hemşiresi hastayı ve çevresini (aile, bakım verici) de kapsayan bireyselleştirilmiş bir plan için beklenen sonuçları saptar. Bu süreçte diğer sağlık

bakım üyelerinin görüşleri de alınmalıdır. Beklenen sonuçlar hastaya özgü, spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir ve zaman tanımlı olmalıdır. Ahlaki değerler, evde bakım ortamı ve kültürel çevre beklenen sonuçların belirlenmesine dahil edilmelidir.

Standart 4: Planlama

Beklenen sonuçlara ulaşmak için geliştirilen stratejileri ve planlamaları içerir. Hemşire bakımı planlarken bireye özgü olmasına, yasa ve yönetmeliklere uygun olmasına ve en iyi uygulamaları araştırarak kanıta dayalı olmasına özen göstermelidir. Bununla birlikte planlamada, hasta gereksinimlerinin etiyojisini ve veri toplama sonucunda belirlenen hemşirelik tanımlarını dikkate almak önemlidir.

Standart 5: Uygulama

Evde bakım hemşiresi bireye özel oluşturulan hasta bakım planını uygular. Bu standart dört temel noktaya odaklanır. Bunlar; bakımın koordinasyonu, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi, danışmana (konsültasyon) ve önerilen tedaviyi uygulamadır. Hemşire özellikle sağlık eğitimi konusunda bakım verici bireyi de dahil ederek basit bir dil ile eğitim vermeli ve öğretim stratejilerini de kullanmalıdır. Evde bakım hemşiresinin hastaya yönelik oluşturduğu planı güvenli ve zamanında uygulaması, kanıta dayalı uygulamalardan yararlanması ve sağlık ekibinin tüm üyeleri ile koordine etmesi önemlidir.

Standart 6: Değerlendirme

Bu standart beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığını içerir. Değerlendirme devam eden bir süreçtir. Belirlenen hemşirelik tanımları ve beklenen sonuçlar bir süre sonra hasta için uygun değilse veya planlanan girişimler hastaya yarar sağlamıyorsa tüm standartlar tekrar gözden geçirilmelidir.

2.1.2.2. Evde Bakım Hemşireliği Profesyonel Performans Standartları

Standart 7: Etik

Hemşireler için belirlenen etik ilkeler evde bakım hemşireleri için de geçerlidir. Hasta onurunun korunması, özerkliğe saygı, hasta hakları ve mahremiyetin korunması gibi etik ilkeler konusunda evde bakım hemşiresi özen göstermelidir. Evde bakım alan hastanın hemşirelik bakımını diğer hastanede sunulan hemşirelik bakımından ayıran en önemli özellik hemşirenin hasta ile sürekli aynı ortamda olamamasıdır. Hemşire

hastanın gereksinimi olduğunda ve düzenli aralıklar ile hastasını ziyaret eder. Bu nedenle hemşire hastanın istismarı, hasta güvenliği sorunları gibi etik yönden farklı durumlar ile karşı karşıya kalabilir. Evde bakım hemşiresi bu gibi etik sorunlar konusunda dikkatli olmalıdır.

Standart 8: Eğitim

Evde bakımı hemşiresi, hemşirelik uygulamaları ile ilgili bilgi ve yeterliliğe sahip olmalıdır. Evde bakım çok geniş yelpazede hizmetlerin sunulduğu uygulamalar bütünüdür. Dolayısıyla hemşirenin evde bakım verdiği hastasının sahip olduğu hastalıklar, postoperatif bakım, yara bakım uygulamaları gibi birçok konuda bilgi sahibi olması gerekir.

Standart 9: Kanıt Temelli Uygulama ve Araştırma

En iyi hasta sonuçlarını elde etmenin yolu güvenilir, fayda sağlayabilecek ve uygun maliyetli kanıt dayalı hemşirelik bakım uygulamalarının belirlenmesidir. Evde bakım hastalarına yönelik verilen bakımda hemşireler hastaları için en iyi kanıtların nasıl sağlanacağını bilmelidir. Bununla birlikte hemşireler, hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmek, var olan sorunları çözmek ve bilimsel sonuçlar elde etmek amacıyla araştırmalara katılmalıdırlar.

Standart 10: Kalite

Evde sunulan hemşirelik bakımının kalite göstergeleri için tıbbi kayıtların gözden geçirilmesi, kalite iyileştirme faaliyetlerine katılma, dokümantasyon, evde bakım düzenlemeleri gibi yapılan uygulamalardır.

Standart 11: İletişim

Evde bakım hemşiresi hastalarla, hastaların aileleriyle, ekip üyeleri ile ve diğer sağlık hizmeti sunucuları ile iletişim kurmaktadır. Bu nedenle hemşire etkili iletişim becerilerine sahip olmalı ve bu becerileri geliştirmek amacıyla motivasyonel görüşme, sağlık koçluğu gibi farklı konularda eğitimlere katılmalıdırlar.

Standart 12: Liderlik

Evde bakım hemşiresi profesyonel uygulama ortamında ve meslekte liderlik göstermelidir. Hemşire bu standarda bağlılığını, mesleki organizasyon komitelerine

aktif katılım göstererek, alanı ile ilgili konularda yasa ve yönetmeliklerin çıkarılmasına katkı sağlayarak ve profesyonel organizasyonlara katılarak gösterebilir.

Standart 13: İş Birliği

Evde bakım uygulamaları sonucunda kaliteli bir çıktı elde etmenin yollarından biri de hasta, hastanın ailesi, bakım verici birey ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile iş birliği yapmaktır. Evde bakım hemşireleri daha çok vaka yöneticisi olarak hareket ederek, hekim, fizyoterapist ya da diyetisyen gibi diğer disiplinlerle birlikte çalışır.

Standart 14: Mesleki Değerlendirme

Bu standart, evde bakım hemşirelerinin mesleki kılavuzlarına yönelik oluşturulan yasal düzenlemelerle ilgili olarak hemşirelik uygulamalarını değerlendirmelerini öngörür. Bu standart kapsamındaki ölçüm kriterleri, öz değerlendirme yapmak, akran geri bildirimlerini göz önünde bulundurmak ve mesleki uygulamaları iyileştirmek için harekete geçmek olarak sıralanır.

Standart 15: Kaynak Kullanımı

Evde bakımı hemşiresi hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında güvenli, etkili ve mali açıdan sorumluluk bilinci içerisinde uygun kaynakları kullanır.

Standart 16: Çevre Sağlığı

Evde sağlık hizmetlerinin çevreye duyarlı ve sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini kapsamaktadır. Bu standarttan primer olarak evde bakım hemşiresi sorumludur. Evde hasta bakımında kullanılan atıkların imhası, çevresel olarak güvenli sağlık uygulamaları ve enfeksiyonlardan korunmak için kişisel koruyucu ekipmanların giyilmesi çevre sağlığı içerisinde ele alınmaktadır.

2.1.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Evde bakım kapsamındaki hizmetlerin açık ve anlaşılır bir şekilde tanımlanması ve hizmetin sunulacağı topluma açıklama yapılması önemlidir. Ancak bu hizmetlerin uluslararası düzeyde tanımlandığı asgari veya temel hizmet listesi bulunmamaktadır. Bu nedenle her ülkenin kendi imkanları ve sosyo-kültürel dinamikleri doğrultusunda düzenli olarak gözden geçirildiği hizmetler tanımlanmıştır (Çayır, Avşar, Avşar, Cansever ve Khan 2013).

Ülkemizde 2015 yılında yayınlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik”te Madde 19’da Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin kapsamı ile ilgili olarak aşağıdaki ifadeler yer almaktadır (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>):

- Hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini,
- İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesini,
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunmasını,
- Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesini,
- Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini,
- Gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine naklini kapsar.

2.1.4. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamındaki Hastalar

Evde bakım hizmetleri, kendi günlük yaşam aktivitelerini sürdüremeyen, uzun ya da kısa süreli bir başkasının bakımına ihtiyaç duyan, bebeklerden yaşlılara kadar tüm yaş gruplarındaki bireylere sunulmaktadır. Hizmetlerin sürdürülmesinde bireyin özellikleri ve gereksinimleri göz önünde bulundurulmaktadır. Evde bakım hizmetlerinden özellikle yatağa bağımlı olan, kronik hastalığı bulunan, uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan, çoğunlukla ileri yaştaki, özel bakım gerektiren ve cerrahi bir operasyon sonrası evde bakımı uygun bulunan bireyler faydalanmaktadır. Bu kapsamda yeni doğum yapmış anneler, yara bakım gereksinimi olan cerrahi hastaları, kronik obstrüktif akciğer hastaları, serebral palsi, meningomyelose, miyopati, parkinson, multiple skleroz, polinöropati hastaları, amiotrofik lateral skleroz hastaları ve serebro vasküler hastaları çoğunlukla evde bakım alan hasta gruplarıdır (Can ve ark 2013, Beyazıt ve ark 2016).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaşlılara yönelik yayınladığı evde sağlık bakımı adlı raporda, evde bakım alabilecek hasta grubunu aşağıdaki gibi tanımlamıştır:

- Evden yalnız olarak dışarıya çıkmanın mümkün olmadığı durumlar; tekerlekli sandalye veya yürüteç kullanan, özel taşımaya ihtiyaç duyan bireyler.
- Nitelikli hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan bireyler.
- Fizyoterapi ve psikososyal tedaviye ihtiyaç duyan bireyler.
- Sosyal hizmetlere ihtiyacı olan bireyler.
- Hastaneden taburcu olduktan sonra evde geçici sağlık bakımına ihtiyaç duyan bireyler (WHO 2015).

Ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili yayınlanan yasal mevzuatlarda bu hizmetlerden kimlerin faydalanabileceği ile ilgili bir açıklama bulunmamaktadır. Ancak T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak kurulmuş olan evde sağlık hizmetleri birimleri bu hizmetlerden faydalanabilecek hastaların;

- Evde aile bireyleri ile birlikte yaşayan veya kimsesiz, engelli, yaşlı, felçli, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak devam ettiren bakıma muhtaç bireyler,
- Solunum ya da oksijen cihazına bağlı solunum sistemi hastaları,
- Hareket kısıtlılığı olan ileri derecedeki kas hastaları,
- Palyatif bakım gereken enteral, parenteral gereksinimi olan son dönem kanser hastaları,
- Evinden çıkamayacak durumda nörolojik hastalıkları (ALS, SVO, MS vb.) olan bireyler,
- Hastanede gördüğü tedavi veya ameliyatı sonrasında taburcu edilen hareket kısıtlılığı olan ve devam eden tedavisinin evde sağlanması gereken hastalar,
- Kaza geçirmiş olup hareket kısıtlılığı olan kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyan hastalar,
- Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında olup ağız ve diş sağlığı hizmetine ihtiyaç duyanlar olduğunu belirtmiştir (<https://gevasdh.saglik.gov.tr/TR,401703/evde-saglik-hizmetlerinden-kimler-faydalanabilir.html>).

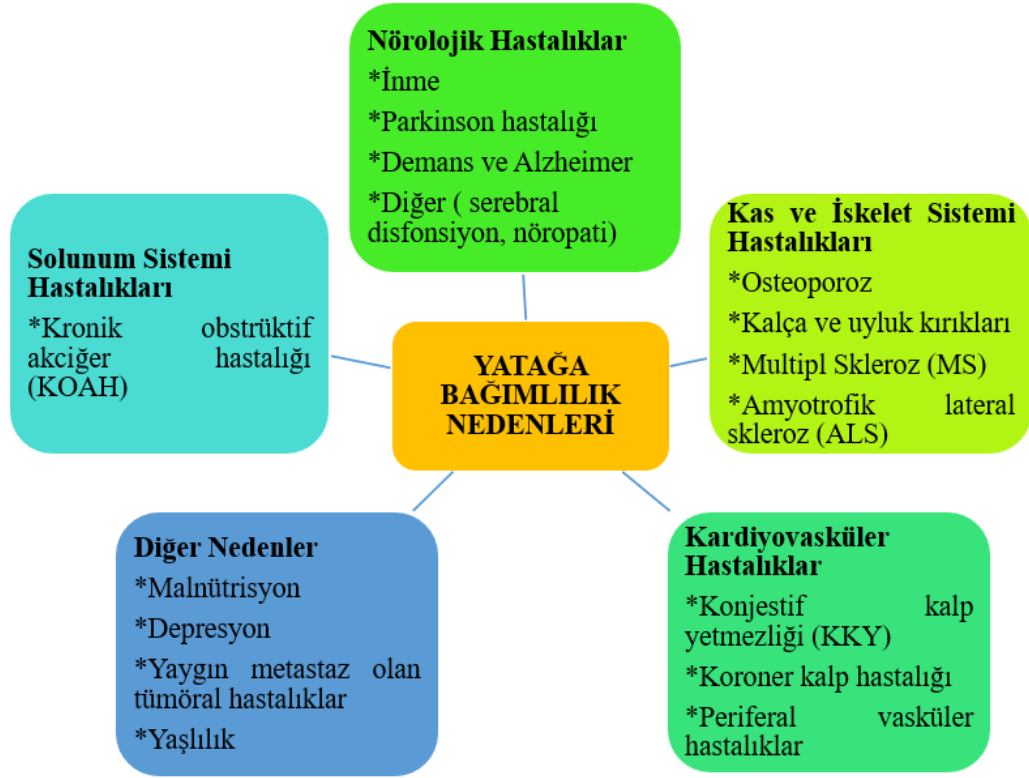
2.2. YATAĞA BAĞIMLI HASTANIN EVDE BAKIMI

2.2.1. Yatağa Bağımlılık ve Nedenleri

Yatağa bağımlı olma ya da immobilizasyon, en az üç gün boyunca günlük yaşam aktivitelerini sürdüremeyen ve fizyolojik fonksiyonların değişmesine bağlı olarak anatomik hareket kaybı ile karakterize olan durum olarak nitelendirilmektedir. İmmobilizasyon kavramının değerlendirildiği bir çalışmada ise bireyin azalmış aktivitelerine bağlı olarak ortaya çıkan “fizyolojik dejenerasyon sendromu” ifadesi kullanılmaktadır (Laksmi et al 2008). Bu durum birçok organ ve sistemi olumsuz etkileyerek, bireyde deformitelere ve fonksiyon kayıplarına yol açmaktadır (Kutlu, Dramalı, Temiz, Onur ve Miskioğlu 2011).

Yatağa bağımlılığın insan vücudunda olumsuz etki gösterdiği sistemlerin başında kas ve iskelet sistemi gelmektedir. Hareketsizlik, kaslarda atrofi, kontraktürler, kas ağrıları, osteoporoz, eklemlerde hareket kısıtlılığı ve çevre dokularda kısılma, ayak düşmesi gibi sorunların oluşmasına neden olmaktadır (Júnior, Nonato, Cavalcante, Soares and Ceccatto 2013, Kutlu ve ark 2011). Bununla birlikte uzun süreli basınca maruz kalan vücut yüzeyinde deri altı dokularda kapiller dolaşımın bozulması sonucu basınç yaraları meydana gelmektedir. Yatağa bağımlılık bireyin dolaşım sistemi üzerine olumsuz etki ederek, ortostatik hipotansiyon gelişmesine, venöz trombüs ve emboli gelişme riskinin artmasına ve kalbin daha fazla çalışmasına neden olarak kalp yetmezliğinin oluşmasına yol açmaktadır (Laksmi et al 2008).

Yaşlılıkla birlikte yatağa bağımlılığa neden olan pek çok faktör bulunmaktadır. Şekil 2’de yatağa bağımlılığa neden olan hastalıklar verilmiştir.



Şekil 2. Yaygın Yatağa Bağımlılık Nedenleri (Laksmi et al 2008, Kutlu ve ark 2011)

Sıklıkla bildirilen yatağa bağımlılık nedenleri arasında kas-iskelet sistemi hastalıkları, nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları ve diğer nedenler yer almaktadır (Şekil 2). Yapılan çalışmalarda evde yatağa bağımlı hastaların büyük çoğunluğunun nörolojik defisitler sonucu hemiplejik ya da kuadriplajik hastalardan meydana geldiği belirtilmektedir (Akdemir ve ark 2014, Bilgili ve Gözüm 2014, Korkmaz ve ark 2018). Bununla birlikte hastaların yatağa bağımlı duruma gelmesini etkileyen bir diğer faktörün ise kardiyovasküler, metabolik ve solunumsal nedenlere bağlı kronik hastalıklar olduğu ifade edilmektedir (Laksmi et al 2008).

2.2.2. Evde Yatağa Bağımlı Hasta Bakımının Değerlendirilmesi

Bakım kavramı pek çok farklı açıdan ele alınmakla birlikte bir bireyin bakımı olarak değerlendirildiğinde; günlük yaşamda beslenme, giyinme gibi temel gereksinimlerini yerine getiremeyen bireylere bakma işi olarak tanımlanmaktadır (Dinç 2010). Herhangi bir kurumdan sağlık bakım hizmeti alan, yatağa bağımlı bir hasta taburcu

olduğunda hastanın bakımı çoğunlukla ev ortamında sürdürülmektedir (Akdemir ve ark 2011).

Evde yatağa bağımlı hastanın bakımında bütüncül ve çok yönlü yaklaşımın benimsenmesi, hastanın gereksinimleri doğrultusunda bakım sürecinin planlanması ve yürütülmesi hareketsizliğe bağlı komplikasyonların önlenmesinde kilit öneme sahiptir. Yatağa bağımlı hastanın evde bakımı formal ve informal bakım uygulamalarının birlikte yürütüldüğü bir süreçtir. Formal bakım; çoğunlukla hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakımı ifade etmektedir. İnformal bakım ise herhangi bir uzmanlık gerektirmeyen bireyin eşi, çocukları, akrabaları ya da komşuları tarafından verilen bakım uygulamalarıdır (Gel ve Kesgin 2017).

Formal bakım uygulamaları yatağa bağımlı hastada ortaya çıkabilecek sorunların (kas-iskelet sorunları, beslenme değişiklikleri, duyuşal değişiklikler vb.) erken dönemde saptanarak çözümlenmesini, bununla birlikte hasta ve ailesinin yeni durumuna uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır. Bilgili ve Gözüm (2014) hastaların optimum sağlıklarına kavuşmalarında sağlık bakım profesyonellerinin birlikte bakım uygulamalarını sürdürmesinin önemli olduğunu belirterek, hemşirenin vaka yöneticisi olarak evde bakım ekibinde liderlik görevini üstlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda evde yatağa bağımlı olan hastanın formal bakımında; hemşire tarafından hasta ve ailesi bütüncül bakış açısı ile değerlendirilmeli ve fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel açıdan ele alınmalıdır. Hemşire ev ziyaretleri sırasında hastanın bakım gereksinimine göre bakımını planlayarak, uygular ve değerlendirir. Aşağıda hemşirenin her ev ziyaretinde yatağa bağımlı hastanın bakımında yapması gerekli olan temel uygulamalar verilmiştir:

- Hastanın durumu ile ilgili kapsamlı veri toplanmalı ve bireye özgü olarak bakımını planlanmalı,
- Hastada deri bütünlüğünde bozulma olabileceği göz önünde bulundurularak tüm basınç noktaları gözlenmeli,
- Hasta enfeksiyon belirti ve bulguları açısından sorgulanmalı,
- Hastada yapılan hemşirelik uygulamalarının doğru yapıldığı kontrol edilmeli,

- Hastanın bilinç düzeyi takip edilmeli,
- Hastanın ve ailesinin psikolojik etkilenmeler yaşayabileceği göz önünde bulundurularak depresyon durumu değerlendirilmeli,
- Hastanın bağımlılık düzeyi tespit edilmeli ve düzenli olarak gözden geçirilmeli,
- Hastanın yaşam bulguları alınmalı,
- Hasta ve ailenin eğitiminde hasta bakımında temel konular (hareketsizlik komplikasyonları, pozisyon verme, genel özbakım uygulamaları vb.) ele alınmalı,
- Bakım verici bireyin hasta bakımı ile ilgili bakım verme yeterliliği değerlendirilmelidir (Düzkaaya ve Bozkurt 2013, Bilgili ve Gözüm 2014).

Bununla birlikte hastanın yatağa bağımlık düzeyi, hastaya bağlı ekipman varlığı (mekanik ventilatör, trakeostomi, perkutan endoskopik gastrostomi vb.), hastanın mevcut kronik hastalık durumu ve kullandığı ilaçlar hasta bakımında yer alan uygulamaların farklılık göstermesine neden olmaktadır. Bu nedenle evde yatağa bağımlı olan hastanın bakımında hastaya ait özellikler göz önünde bulundurularak bireye özgü bakım uygulamaları planlanmalıdır (Laksmi et al 2008).

Evde yatağa bağımlı hasta bakım sürecinde informal bakım vericilerin desteklenerek bilgilendirilmeleri kaliteli bakım çıktılarının elde edilmesinde oldukça önemlidir. Evde bakımın en önemli halkasını oluşturan bakım vericilerin bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunların belirlenerek, çözüm önerilerinin geliştirilmesi hem bakım alan hem de bakım veren birey açısından yaşam kaliteleri üzerinde pozitif etki sağlayacaktır (Yıldırım, Engin ve Başkaya 2013). Swartz ve Collins (2019) hasta bakımında bakım vericilere yönelik kanıt temelli uygulamaların bakım vericileri destekleyerek, hasta bakım süreçlerini de olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Hasta bakımında bakım vericilere yönelik kanıt temelli yaklaşımlar Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Hasta Bakımında Bakım Vericilere Yönelik Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Öneriler	Kanıt Düzeyi
Bakım vericiler bakım yükü açısından değerlendirilmelidir.	C
Bakım vericileri desteklemek amacıyla kendilerine zaman ayırmaları, kendi sağlıklarına dikkat etmeleri, sağlıklı beslenme ilkelerine uymaları, egzersiz yapmaları, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmaları, gerektiğinde geçici süre hasta bakımını başka bir bakım vericinin sürdürmesi konusunda teşvik edilmelidir.	C
Eğitim ve bilgi gereksinimi olduğu belirlenen bakım vericiler uygun kaynaklara yönlendirilmelidir.	C
Psiko-eğitim, hasta bakımı eğitimi ve terapötik danışmanlık uygulamaları bunama, kanser, inme ve kalp yetmezliği gibi kronik rahatsızlıkları olan hastaların bakım vericileri üzerinde bakım yükünü azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada düşük ve orta düzeyde etkili olduğu saptanmıştır.	D

(Swartz and Collins 2019)

2.2.3. Yatağa Bağımlı Hastanın Evde Bakımında Karşılaşılan Güçlükler

Tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı ve yatağa bağımlı bireylerin evde bakımı giderek benimsenen bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle ülkemizde aile bireyleri tarafından sunulan evde bakım anlayışı sosyal ve kültürel nedenlerden dolayı daha yaygındır (Yılmaz ve ark 2010). Bu durum her ne kadar sağlık bakım hizmetleri açısından olumlu karşılanırsa da hem hasta birey hem de bakım vericiler açısından oldukça zorlu bir süreç olarak belirtilmektedir. Özellikle uzun süreli hospitalizasyon sonrası yatağa bağımlı bir şekilde taburculuğu gerçekleştiren hastanın evde bakımı, bakım verici bireyler tarafından karmaşık ve sıkıntılı bir dönem olarak tanımlanmıştır. (Taşdelen ve Ateş 2012).

Literatürde bakım vericilerin en çok zorluk yaşadığı konuların başında hasta bireyin bakım gereksinimlerinin karşılanması yönünde olduğu belirtilmektedir (Kapucu ve ark 2009, Çayır ve ark 2013, Kaya, Mercan ve Çiftçili 2018). Kaya ve arkadaşlarının (2018) evde bakım alan inmeli hastalar ile ilgili yaptıkları çalışmada; hastalara

primer bakım veren kişilerin %31'inin hastanın eşi olduğu ve bakım vericilerin hasta bakımında çoğunlukla hastaya pozisyon verme, bireysel öz bakım ihtiyaçlarını giderme (tuvalet, banyo vb.), hasta ile iletişim kurma ve ekonomik sorunlar ile ilgili zorluklar yaşadıkları belirtilmiştir. Çayır ve arkadaşları (2013) ise evde bakım alan hastaların özelliklerini ve bakım verenlerin beklentilerini araştırdıkları çalışmasında hastaların yarısına yakınında basınç yarası meydana geldiğini ve bakım vericilerin basınç yaralarının bakımı konusunda zorlandıklarını ifade etmektedir. Akdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında yatağa bağımlı hastaların büyük çoğunluğunda (%60,5) motor defisit meydana geldiği, bununla birlikte hastaların tedavisi, beslenmesi ve hijyeni ile ilgili uygulamalarda bakım vericilerin güçlük yaşadığı belirtilmektedir. Yapılan başka bir araştırmada ise; evde inmeli hastanın bakımında hasta yakınlarının hastalığa, kullandıkları ilaçlara, konstipasyon ve diyare gibi boşaltım sorunlarına ve beslenmeye ilişkin bilgi gereksinimi olduğu saptanmıştır (Kapucu ve ark 2009). Bununla birlikte araştırma sonuçları bakım vericilerin büyük çoğunluğunun evde hasta bakımı ile ilgili eğitim almadıklarını ve bu durumun hasta bakım sonuçlarını etkilediğini belirtmiştir (Collins and Swartz 2011, Swartz and Collins 2019). Yatağa bağımlı hastanın evde bakımında karşılaşılan diğer bir zorluğun ise tedavi ve destek hizmetlerine olan gereksinimler ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Bu gereksinimlerin ise kan glukozu ve kan basıncı takibi, fiziksel muayene, ilaç takibi, ilaçların reçete edilmesi, hasta raporlarının düzenlenmesi, tıbbi malzeme ve cihazların temini olduğu ifade edilmektedir (Limnili ve Özçakar 2013, Polat, Bayrak Kahraman, Kaynak ve Görgülü 2016).

Evde hasta bakımının süreklilik gerektirmesi, bakım verenlerin hastaya bakma sorumluluğunun dışında başka sorumluluklarının bulunması, bakım vericilerin ileri yaşta olması ve sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması gibi nedenler fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Evde hasta bakımını üstlenenlerin bireysel yaşamlarının kısıtlandığı, mental açıdan olumsuz etkilendiği, yaşadıkları stres düzeyinin artması ile depresyon belirtilerinin görüldüğü bildirilmektedir (Bahar ve Parlar 2007, Aşiret ve Çetinkaya 2016). Aile içinde yaşanan tüm bu durumlar aile içi işlevlerde bozulmalar yaşanmasına ve aile üyelerinde psikolojik stres, fiziksel sağlık sorunları, bireysel kontrol kaybı, sosyal ve ekonomik sıkıntılara neden olmaktadır (Yıldırım ve ark 2013).

2.3. VAKA YÖNETİMİ MODELİ

2.3.1. Tanım, Uygulama ve Yönetim

Vaka yönetimi, genel anlamda bir bireyin bakımını planlama, koordine etme, yönetme ve gözden geçirme sürecidir. Vaka yönetiminde amaç bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek için sağlık bakım hizmetlerini koordine ederek, bu hizmetlerin uygun maliyetli ve verimli bir şekilde sunulmasının yollarını geliştirmektir (Hutt et al 2004). Amerika Vaka Yönetimi Derneği (Case Management Society of America- CMSA) ise vaka yönetimi kavramını daha kapsamlı ele alarak *“Bireylerin ve ailelerinin sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik kaliteli bakım, hasta güvenliği ve etkin maliyet sonuçlarını teşvik etmek amacıyla iletişim ve mevcut kaynakları kullanarak planlama, bakımın koordinasyonunu sağlama, uygulama, değerlendirme ve savunuculuk aşamalarından oluşan iş birliğine dayalı süreçtir.”* ifadesini kullanmıştır. Bu doğrultuda vaka yönetiminin bireylerin tedavisinin ve bakımının koordinasyonunda önemli bir uygulama olduğu ifade edilmiştir (CMSA 2016, Harris 2019).

Vaka yönetimi, ulusal ve uluslararası düzeyde birçok kronik hastalığın bir arada bulunduğu durumlarda, kompleks hastalıklarda ve ailelerin sosyal destek ağlarının yetersizliğinde sağlık ile ilişkili sonuçları iyileştirmenin bir yolu olarak benimsenmektedir (Harris 2019). Vaka yönetimi uygulamasının genellikle ciddi ve karmaşık sağlık sorunları olan bireylerde etkili olduğu ve profesyonel vaka yönetimi uygulamasının sağlık hizmetlerinin sunulduğu tüm alanlarda kullanılabileceği belirtilmektedir. Bununla birlikte bu yöntemin daha çok sağlık bakımı ile ilişkili hizmetlerin organizasyonunu ve koordinasyonunu iyileştirmeye yönelik bir dizi yaklaşımı tanımlamak için de kullanıldığı ifade edilmektedir (Hutt et al 2004). Bu bağlamda akut veya subakut gelişen hastalıkların yönetiminde, bir veya birden fazla kronik hastalığa sahip bireylerin hastalık yönetiminde, rehabilite edici hizmetlerin sunumunda, ev ortamında sunulan sağlık bakım hizmetlerinde ve yaşam sonu bakım gibi palyatif hizmetlerin sunulduğu alanlarda bireylerin sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi açısından vaka yönetimi modeli etkili olabilmektedir (Drennan and Goodman 2005, CMSA 2016).

Vaka yönetiminin kullanıldığı sağlık hizmet alanlarının çeşitliliği pek çok farklı disiplinden profesyonel kişilerin iş birliğini gerektirmektedir. Bu nedenle vaka

yönetiminin uygulandığı alanlarda vaka yöneticisi bu iş birliğini sağlayarak bireyin/hastanın bakımını koordine eder. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlarda vaka yöneticisi hekim, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, konuşma terapisti vaka yöneticisi olabilmektedir (Lukersmith, Millington and Carulla 2016). Vaka yönetimi ile ilgili yapılan çalışmalarda vaka yöneticisinin genellikle hekim veya hemşire olduğu ancak bu çalışmaların çoğunda hemşirenin bu görevi üstlendiği dikkat çekmektedir (Drennan and Goodman 2005, Morales-Asencio et al 2008, Chow and Wong 2010, Joo and Huber 2010, Howell et al 2008). Hemşireler tarafından uygulanan vaka yönetimi modelinin evde bakım ortamlarını da içeren çalışmalarda etkin olduğu gösterilmiştir (Morales-Asencio et al 2008, Chen et al 2021).

Hemşire liderliğinde gerçekleştirilen vaka yönetimi uygulamalarında hemşirelerin dört farklı rolden birini üstlenerek bu görevi yerine getirdiği bildirilmektedir. Bu roller aşağıda verilmiştir:

1. Belirli bir disiplinde ve/veya klinik uzmanlık alanında vaka yöneticisi. Örneğin; rehabilitasyon hemşireliği.
2. Sosyal hizmetler tarafından yönetilen, yasal olarak kabul edilen sistemler içinde vaka yöneticisi.
3. Uzman danışman olarak birçok durumun kontrolünün sağlanmasında vaka yöneticisi.
4. Belirli hastalıkları ve/veya rahatsızlıkları olan kişilerin desteklenmesi amacıyla klinik uzman olarak vaka yöneticisi (Iliffe et al 2011).

Vaka yönetiminde sorumluluğun hemşirede olması, hemşirenin birçok zorlu ve stresli durum ile karşı karşıya kalabileceğini göstermektedir. Bu nedenle vaka yöneticisi hemşirenin karşılaştığı vakalarda çözüm odaklı bir yaklaşım sergilemesi, iyi bir gözlemci olarak durumu analiz edebilmesi, diğer disiplinler ile koordineli bir şekilde çalışması, gerektiğinde sağlık ekibinin diğer üyelerinden vakanın yönetiminde destek isteyebilmesi çok önemlidir (Morales-Asencio et al 2008, Özçelik et al 2014).

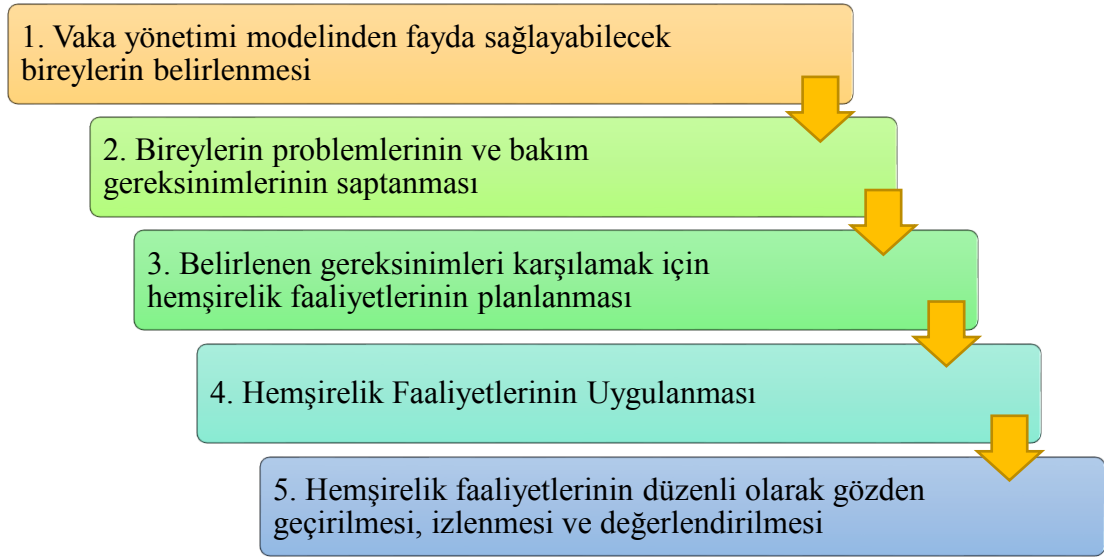
2.3.2. Vaka Yönetimi Modeli ve Uygulama Aşamaları

Vaka yönetimi modelinin ilk kullanımı 1800'lü yılların sonunda halk sağlığı hemşireleri ve sosyal çalışmacılar tarafından toplum sağlığı ile ilgili hizmetlerin

yürütülmesinde kullanılmıştır. 1900’lü yıllarda ise modelin kullanımı giderek yaygınlaşarak psikiyatri hastalarının bakımının yönetiminde, yaşlı ve kronik hastalığı bulunan bireylerin bakımının sürdürülmesi ile maliyetlerin etkin kullanımında ve Amerika’da sağlık sisteminin önemli bir bölümünü oluşturan evde bakım hizmetlerinin yönetiminde uygulanmıştır (Drennan and Goodman 2005).

Sağlık hizmetlerinde vaka yönetimi modelinin uygulanmasında pek çok farklı yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Drennan ve Goodman (2005) özellikle yaşlı hastaların bakımında kullanılan ve beş aşamadan oluşan temel faaliyetlerin bulunduğu yaklaşımın etkili olduğunu belirtmektedir. Bu yaklaşımda yer alan temel faaliyetler aşağıda verilmiştir (Şekil 3):

1. Vaka yönetiminden fayda sağlayabilecek bireylerin belirlenmesi.
2. Bireyin problemlerinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi.
3. Belirlenen gereksinimleri karşılamak için bakım faaliyetlerin planlaması.
4. Bakım planını uygulamak için koordinasyon ve sevk.
5. Bakım planının düzenli olarak gözden geçirilmesi, izlenmesi ve uyarlanması.



Şekil 3. Vaka Yönetimi Modeli Hemşirelik Aktiviteleri

Şekil 3’de vaka yönetimi modelinin birinci basamağında yer alan “Vaka yönetiminden fayda sağlayabilecek bireylerin belirlenmesi” en önemli adımlardan birini oluşturmaktadır. Literatürde bu modelin özellikle kronik hastalığa sahip bireylerin hastalık yönetiminde, huzur evinde yaşayan yaşlı bireylerin bakımında

kullanılabileceği belirtilmekte olup (Drennan and Goodman 2005, Chow and Wong 2010, Tokem et al 2011) yapılan bazı çalışmalarda evde bakım alan hastalarda etkili olduğu belirlenmiştir (Morales-Asencio et al 2008, Howell et al 2008). Morales-Asencio ve arkadaşlarının (2008) evde bakım alan hasta ve hasta yakınları ile çok merkezli yürüttükleri çalışmasında; hemşire liderliğinde vaka yönetim modelinin kullanımının bakım verme yükünü azaltmada etkili olduğu, bununla birlikte hastalar tarafından sağlık merkezlerine başvuruların azaldığı belirtilmiştir. Howell ve arkadaşlarının (2008) alışmasında ise bu modelin kullanımının hastalara verilen bakımın kalitesini arttırdığı, bakım vericilerin ise yaşam kalitesini yükselttiği vurgulanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma yatağa bağımlı olan hastalara bakım veren aile bireylerine yönelik hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel desende randomize kontrollü olarak yürütülmüştür. Hemşire liderliğinde vaka yönetimi modelinin uygulandığı yatağa bağımlı hastaların yakınları müdahale grubunu, evde sağlık hizmetleri biriminden rutin tedavi ve izlemlerin yapıldığı yatağa bağımlı hastaların yakınları ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Bu nedenle araştırma müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki ayrı grup ile yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₁: Aile destek programı uygulanan bakım vericilerin bakım verme yükü ile aile destek programı uygulanmayan bakım vericilerin bakım verme yükü arasında fark vardır.

H₂: Aile destek programı uygulanan bakım vericilerin yaşam kaliteleri ile aile destek programı uygulanmayan bakım vericilerin yaşam kaliteleri arasında fark vardır.

H₃: Aile destek programı uygulanan bakım vericilerin aile işlevsellik memnuniyet düzeyi ile aile destek programı uygulanmayan bakım vericilerin aile işlevsellik memnuniyet düzeyi arasında fark vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

- Bu araştırmanın yürütülebilmesi için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Girişimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.07.2019 tarih ve 16214662/050.0104/127 nolu etik kurul onayı alınmıştır (EK-1).
- Araştırmaya başlamadan önce T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden 08.08.2019 tarihli ve 24404279-806.01.03-277 sayılı yazılı resmi izin (EK-2) alınmıştır.
- Araştırma kapsamına alınacak bireylere araştırmanın amacı ve aşamaları ile araştırma verilerinin gizliliği hakkında detaylı açıklama yapılarak araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bakım vericilerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-3).










3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Bu araştırma Sakarya ilinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet sunan Yenikent Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri biriminde gerçekleştirilmiştir. Yenikent Devlet Hastanesi 1963 yılında kurulmuş olup, 1999 Marmara Depremi'nde sonra yenilerek 250 yatak kapasitesi ile 2005 yılından günümüze "Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi" adı ile ikinci basamak devlet hastanesi sınıfı çerçevesinde hizmetini sürdürmektedir. Hastane kapsamında birçok dahili ve cerrahi birim olmakla birlikte sürekli hastalık, kaza ve ameliyat gibi nedenlere bağlı olarak hareket etme kabiliyetini sürekli veya geçici olarak kaybeden, yatağa bağımlı olarak yaşamını devam ettirmek zorunda kalan hastalara gerekli olan tıbbi hizmetlerin evlerinde ve kendi aile ortamlarında verilmesini sağlamak amacıyla "Evde Sağlık Hizmetleri" birimi yer almaktadır. Bu birimde bir sorumlu hemşire, iki ev ziyaretlerini gerçekleştiren hemşire ve bir şoför olmak üzere toplam dört sağlık personeli görevlidir. Bu birime kayıtlı olan hastalar gereksinim duyduklarına randevu talep ederek hizmet almaktadırlar.

3.5. ARAŞTIRMANIN ZAMANI

Araştırmanın planlama aşaması Aralık 2018 tarihinde tez konusu için literatür tarama ile başlamıştır. Çalışmanın uygulanabilmesi için gerekli diğer çalışmalar Şubat 2020 tarihine kadar devam etmiştir. Araştırmanın uygulanması ve araştırma verilerinin toplanması Mart 2020 tarihi ile başlamış olup Aralık 2020'ye kadar sürmüştür. Verilerin analizi ve araştırmanın yazımı ile araştırma Haziran 2021 tarihinde sonlandırılmıştır. Çalışmanın planlanmasından tez savunma aşamasına kadar olan araştırmanın zaman çizelgesi Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

FAALİYETLER	Aralık 2018	Ocak - Nisan 2019	Mayıs 2019	Haziran-Eylül 2019	Ekim 2019 Şubat 2020	Mart 2020 Aralık 2020	Ocak 2021	Şubat - Haziran 2021	Ağustos 2021
Tez Konusu için Literatür Tarama									
Konunun Seçimi ve Konu ile İlgili Literatür İnceleme									
Tez Önerisinin Sunumu									
Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve Düzeltmeler									
Araştırmanın Uygulanması için Hazırlık Aşaması									
Araştırma Verilerinin Toplanması									
Araştırma Verilerinin Analizi/ Yorumlanması									
Araştırmanın Yazımı									
Tez Savunması									

3.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi bünyesinde bulunan evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı yatağa bağımlı hastaların bakım vericileri oluşturmaktadır (N=103). Çalışmanın örneklem büyüklüğü çalışmanın birincil sonucuna (primer output) göre karar verilmiştir. Birincil sonuç, çalışmanın genel sonucuna ilişkin bir karara varmak için kullanılmaktadır. Bu nedenle çalışmanın birincil sonucu olan bakım yüküne göre “G. Power-3.1.9.4” programı kullanılarak, çalışmanın gücü $\alpha=0,05$ güvenilirlik katsayısında, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Bu programa göre çalışmanın etki büyüklüğü Temizer ve Gözüm’ün (2012) yaptığı çalışmaya göre hesaplanmış olup 1,58 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklem büyüklüğü 0,95 teorik power ile hesaplanarak 12 kişi kontrol grubunda 12 kişi müdahale grubunda olmak üzere toplamda minimum 24 kişi olarak saptanmıştır (Şekil 4). Ancak araştırmanın yürütülmesi sırasında ölüm, başka bir bölgeye taşınma ve bakım veren kişinin değişmesi gibi nedenlerden dolayı örneklem kaybı riski olduğu için müdahale ve kontrol grubuna 20 kişi olması planlanmıştır.

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)		
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Tail(s)	= Two
Effect size d	=	1,5846758
α err prob	=	0,05
Power (1- β err prob)	=	0,95
Allocation ratio N2/N1	=	1
Output:	Noncentrality parameter δ	= 3,8816471
Critical t	=	2,0738731
Df	=	22
Sample size group 1	=	12
Sample size group 2	=	12
Total sample size	=	24
Actual power	=	0,9597062

Şekil 4. Müdahale grubu ve kontrol grubu örneklem büyüklüğü

Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

- 18 ve üzeri yaş grubunda olmak,
- Bakım verdiği kişiye en az 6 ay süredir bakıyor olmak,
- Bakım verdiği kişinin tam ya da ileri derecede bağımlı olması (Barthel GYA İndeksi'nden 61 ve altında puan almış olmak),
- Okur-yazar olmak,
- Görme ve işitme gibi duyuusal kayıpları olmamak,
- Psikiyatrik hastalığının (tanısının) olmaması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İletişime ve iş birliğine açık olmak,
- İnternet erişimi ve kullanabiliyor olmak,
- Kendisine ulaşılabilecek telefonu olmak,
- Çalışmanın yapıldığı il merkezinin sınırları içinde ikamet ediyor olmak,
- Bakımın verilmesi karşılığında herhangi bir ücret almıyor olmak,
- Bakım verilen birey ile aile bağının olması.

Araştırmaya Dâhil Edilmeme Ölçütleri

- Dâhil edilme kriterlerine uygun olmayan bakım vericiler,
- Çalışmanın herhangi bir aşamasında onam vermeyen ve ayrılan bakım vericiler.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanılmasında hastalara ait bilgileri elde etmek amacıyla “Hasta Bireyi Tanılama Formu (EK-4)”, hastanın bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) İndeksi (EK-5) kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hasta bireylere bakım veren bakım vericilerden veri toplamak amacıyla “Bakım Verici Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-6)”, “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (EK-7)”, “WHOQOL-BREF -TR Yaşam Kalitesi Ölçeğı (EK-8)” ve “Aile APGAR Ölçeğı (EK-9)” kullanılmıştır. Bu formalara ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir.

3.7.1. Hasta Bireylerden Veri Toplamak Amacıyla Kullanılan Formlar

Hasta Bireyi Tanılama Formu (EK-4): Araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür doğrultusunda (Akdemir ve ark 2011, Düzkaya ve Bozkurt 2013, Önder ve ark 2015)

hazırlanmış olan veri toplama formu 15 sorudan oluşmakta ve hastaya ait yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu gibi sosyo- demografik bilgileri içermektedir.

Barthel GYA İndeksi (EK-5): Barthel ve Mahoney (1965) tarafından geliştirilmiş olan Barthel GYA İndeksi, günlük yaşam aktivitelerinin tüm basamaklarını değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Barthel GYA İndeksi ile hastaların aktivite bağımsızlık düzeyleri belirlenmektedir. Barthel GYA İndeksi'nin puanları 0-100 arasında değişmekte olup, 0-20 puan; tamamen bağımlılığı, 21-61 puan; ileri derecede bağımlılığı, 62-90 puan; orta derecede bağımlılığı, 91-99 puan; hafif derecede bağımlılığı, 100 puan; bağımsızlığı göstermektedir. Barthel GYA İndeksi'nin kullanıldığı çalışmalarda, 60 puan sınır olarak alınmış olup, 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklamaktadır.

3.7.2. Bakım Verici Bireylerden Veri Toplamak Amacıyla Kullanılan Formlar

Bakım Verici Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-6): Bu form araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür doğrultusunda (Drennan and Goodman 2005, Morales-Asencio et al 2008, Molassiotis et al 2009) hazırlanmış olup, bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerini (cinsiyet, yaş, doğum yeri, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, medeni durum, bakmakla yükümlü olduğu kişi, aile tipi, konut tipi, çalışma durumu, aile geliri) içeren toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (EK-7): Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olan ölçek, bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu ölçek 22 ifadeden oluşmakta olup, asla, nadiren, bazen, sık sık, hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen likert tip değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin "cronbach alpha" değeri 0,87 ile 0,99 arasında değişiklik göstermektedir (İnci ve Erdem 2008). Bu çalışmada ölçeğin "cronbach alpha" değeri minimum 0,931 olarak bulunmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) (EK-8): Ölçek, bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla DSÖ tarafından geliştirilen WHOQOL-100'ün Türkçe'ye uyarlanan formudur. Ülkemizde WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin kültürel uyarlaması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek WHOQOL-BREF WHOQOL-100 ölçeğinin içinden seçilen 26 sorudan ve fiziksel (7 madde), psikolojik (6 madde), sosyal ilişkiler (3 madde) ve çevresel alan (8 madde) olmak üzere dört alandan (Alan I, II, III ve IV) oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonu ise bir maddenin ve bir alanın eklenmesi ile 27 maddeden ve beş alandan oluşmaktadır. Ölçek genel sağlık alanını oluşturan iki maddeyi de içermektedir. Yaşam kalitesi toplam puanı minimum 27, maksimum 135 arasında değişmektedir. Alan puanları, o alanı oluşturan maddelerin ortalamasınının 4 ile çarpılması ile elde edilmektedir. Alan puanları 4-20 arasında değişmektedir (Eser ve ark 1999). Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan "cronbach alfa" değeri 0,81 bulunmuştur.

Aile APGAR Ölçeği (EK-9): Smilkstein'in (1978) geliştirmiş olduğu ölçek ülkemizde Özcan, Duyan ve İncecik (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Aile üyelerinin kendi içinde işlevselliğine ilişkin algılarını değerlendiren bu ölçek, kısa sürede aile işlevlerindeki zayıf alanları belirlemede kullanılmaktadır. Aile APGAR ölçeği erişkinlerde aile işlevselliğinin beş parametresini ölçmektedir. Bunlar;

1. Adaptation (Uyum sağlama): Bir kriz esnasında ailenin işlevi bozulduğunda sorunu çözmek için aile içi ve aile dışı kaynakların kullanımı,
2. Partnership (Ortaklık): Kararların ve sorumlulukların paylaşılması,
3. Growth (Gelişme): Aile üyeleri tarafından sağlanan karşılıklı destek ve rehberlikle fiziksel ve duygusal olgunlaşma,
4. Affection (Duygulanım): Aile bireyleri arasında var olan sevgi ve yardımlaşma ilişkisi; duyguların paylaşılması,
5. Resolve (Karar verme): Aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal gelişimleri için diğer aile bireyelerine zaman ayırma kararı; zamanın, malın, paranın nasıl paylaşılmasıdır.

APGAR akronimi her bir parametrenin ilk harfinden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir parametreye ilişkin memnuniyet duygusunun sıklığını belirtmek üzere üç derecede seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen)

ve 2 (neredeyse her zaman) olarak sıralanmaktadır. Ölçekte yer alan her bir göstergeden alınan puanın toplanması ile toplam puan elde edilmektedir ve alınabilecek puanlar 0 ile 10 arasında değişmektedir. Yüksek puan aile işlevselliğinden duyulan memnuniyetin yüksekliğini göstermektedir. Değerlendirme 7-10 yüksek, 4-6 orta, 0-3 düşük şeklinde yapılmaktadır. Aile APGAR Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda Cronbach alpha değeri 0,80 ile 0,85 arasında değişmektedir (Özcan ve ark 2011). Bu çalışmada “cronbach alfa” değeri 0,89 bulunmuştur.

3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE UYGULAMA FAALİYETLERİ

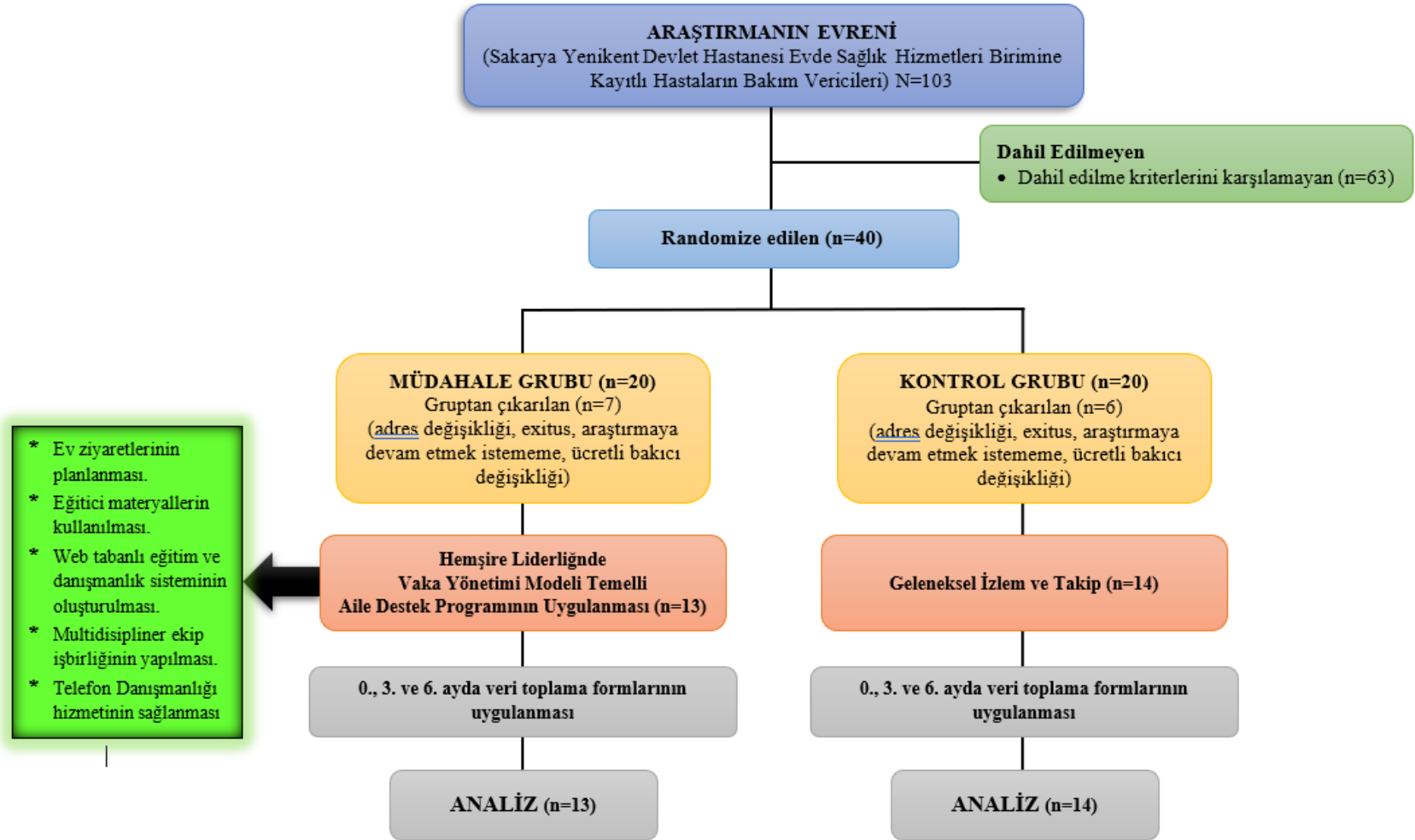
3.8.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Belirlenmesi

Araştırmanın dahil edilme ölçütlerine uyan bakım vericilerin belirlenmesinde “Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri” biriminde görevli olan ekip üyelerinden destek alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için gerekli izinler alındıktan sonra araştırmacı, araştırmanın yürütüldüğü hastanenin evde sağlık hizmetleri biriminin mobil ekip üyeleri ile birlikte ev ziyaretlerini gerçekleştirmiş ve araştırma ile ilgili açıklamalar yapmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım vericiler müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır (Şekil 5). Bu uygulamada seçim yanlılığını önlemek ve gruplara atanacak bireylerin homojen bir şekilde dağılmasını sağlamak amacıyla randomizasyon yöntemlerinden tabakalandırma ve bloklama yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem hasta sayısının az olduğu durumlarda basit randomizasyonun tek başına yeterli olmadığı durumlarda tercih edilmektedir. Bu iki yöntemin bir arada kullanılması ile gruplar arasındaki dengesizlik önlenerek grupların da benzer özelliklere sahip olması sağlanmıştır (Özdemir 2009, Çaparlar ve Dönmez 2016). Araştırmada bakım vericiler öncelikle cinsiyete (kadın ve erkek) ve DSÖ'nün belirlediği 0-17 yaş arası ergen, 18-65 yaş arası genç, 66-79 yaş arası orta yaş, 80-99 yaş arası ise yaşlı olarak sınıflandırılarak (tabakalandırma), her tabakaya göre belirlenen sayıda kişi (20 kişi) yazı tura yöntemi ile gruplara atanmıştır (bloklama). Ancak grupların belirlenme sürecinde üç hasta ve bakım vericinin adresinde değişiklik olması, dört hastanın eksitus olması, dört bakım vericinin araştırmaya devam etmek istememesi, iki bakım vericinin ücretli hasta bakımına devam etmek istemesi nedeniyle 13 bakım verici araştırma dışında bırakılmıştır. Bu nedenle müdahale grubunda 13, kontrol grubunda ise 14 bakım verici

olmak üzere toplam 27 bakım verici araştırma grubunu oluşturmuştur. Tablo 3’de müdahale ve kontrol grubu dağılımı verilmiştir.

Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubu Dağılımı

Birey No	Bakım Vericinin Cinsiyeti	Bakım Vericinin Yaşı	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
1.	Kadın	53	✓	
2.	Kadın	56		✓
3.	Kadın	81		✓
4.	Kadın	60		✓
5.	Kadın	50	✓	
6.	Kadın	45	✓	
7.	Kadın	66	✓	
8.	Kadın	45		✓
9.	Kadın	45		✓
10.	Erkek	40	✓	
11.	Kadın	60	✓	
12.	Kadın	70	✓	
13.	Kadın	64		✓
14.	Kadın	39		✓
15.	Kadın	40		✓
16.	Kadın	54	✓	
17.	Kadın	60	✓	
18.	Kadın	66		✓
19.	Kadın	65		✓
20.	Kadın	19		✓
21.	Kadın	49		✓
22.	Kadın	55	✓	
23.	Kadın	57		✓
24.	Kadın	34	✓	
25.	Kadın	53	✓	
26.	Erkek	56		✓
27.	Kadın	38	✓	
Toplam			13	14



Şekil 5. Araştırmanın Akış Şeması

3.8.2. Kontrol Grubu Uygulama Faaliyetleri (Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeli Uygulanmayan Grup)

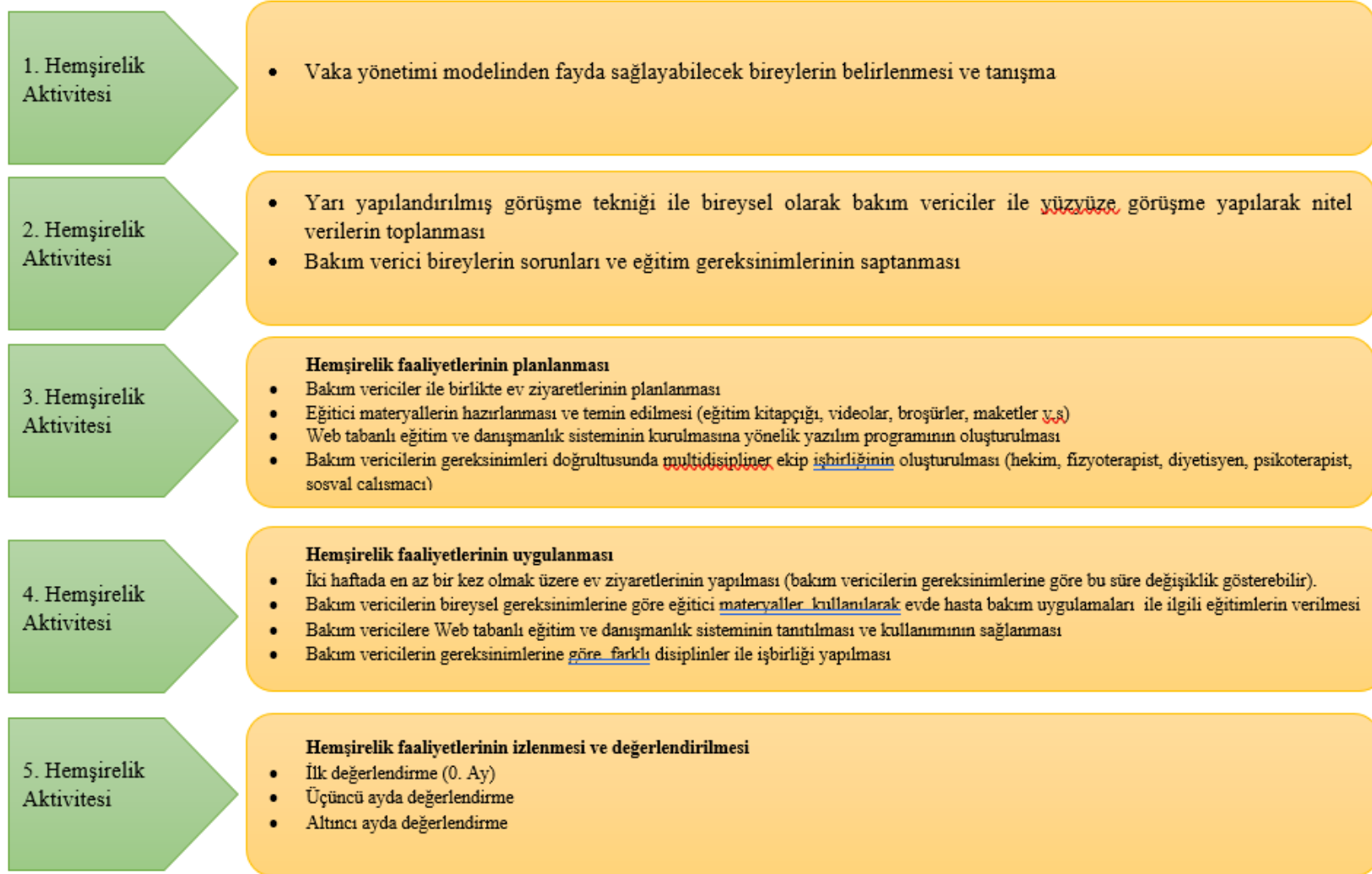
Kontrol grubunda yer alan bakım vericiler ile ilk görüşme ev ziyareti yapılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından bakım vericilere araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra ilk değerlendirmenin yapılabilmesi için bakım alan hasta bireylere “Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu” ile “Barthel GYA İndeksi”, bakım verici bireylere ise “Bakım Verici Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı”, “WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeğı” ve “Aile APGAR Ölçeğı” uygulanmıştır. Araştırmanın uygulama süresi boyunca kontrol grubunda bulunan bakım verici bireylere yönelik herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. “Yenikent Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri” tarafından sürdürülen rutin izlemler doğrultusunda hasta birey bakım almaya devam etmektedir. Araştırma sürecinin izlenmesi ve kontrol grubu ile müdahale grubundan elde edilen verilerin karşılaştırılabilmesi için araştırmanın devam ettiği süreçte üçüncü ayda ve altıncı ayda bakım verici bireylere “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı”, “WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeğı” ve “Aile APGAR Ölçeğı” tekrarlanmıştır.

3.8.3. Müdahale Grubu Uygulama Faaliyetleri (Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeli Uygulanan Grup)

Araştırmanın müdahale grubunda bulunan bakım verici bireylere yönelik “Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile Destek Programı” oluşturularak, uygulama süresi altı ay olarak belirlenmiştir. Bu grupta yer alan bireyler ile ilk görüşme ev ortamında gerçekleştirilmiş olup, araştırmacı tarafından bakım vericilere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra evde bakım alan hasta bireylere “Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu” ile “Barthel GYA İndeksi”, bakım verici bireylere ise “Bakım Verici Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı”, “WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeğı” ve “Aile APGAR Ölçeğı” uygulanmıştır (0. Ay değerlendirmesi). Araştırmanın devam ettiği süreçte üçüncü ayda ve altıncı ayda araştırma kapsamına alınan hastaların bakım vericilerine “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı”, “WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeğı” ve “Aile APGAR Ölçeğı” tekrarlanmıştır.

3.8.3.1. Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modelinin Uygulanması

Hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeli, beş temel hemşirelik aktivitesinden oluşmaktadır. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylere yönelik bu modele göre hazırlanan aile destek programının uygulama adımları aşağıda belirtilmiştir (Şekil 6).



Şekil 6. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeli Temelli Aile Destek Programının Uygulama Adımları

Birinci Hemşirelik Aktivitesi: Vaka yönetimi modelinden fayda sağlayabilecek bireylerin belirlenmesi

İlk hemşirelik aktivitesi, vaka yönetimi modelinden fayda sağlayabilecek bireylerin belirlendiği aşamadır. Bunun için vaka yönetimi modelinin kullanıldığı araştırmalar incelenerek bu modelin kullanıldığı gruplar saptanmıştır. Literatürde bu modelin özellikle kronik hastalığa sahip bireylerin hastalık yönetiminde, huzur evinde yaşayan yaşlı bireylerin bakımında kullanılabileceği belirtilmekte olup (Drennan and Goodman 2005, Chow and Wong 2010, Tokem et al 2011) yapılan bazı çalışmalarda evde bakım alan hastalarda etkili olduğu belirlenmiştir (Morales-Asencio et al 2008, Howell et al 2008). Bu nedenle ülkemizde de bu modelin kullanımının etkili olabileceği düşünülen evde yatağa bağımlı olan hastaların bakım vericileri belirlenmiştir.

İkinci Hemşirelik Aktivitesi: Bireylerin problemlerinin ve bakım gereksinimlerinin saptanması

Bu hemşirelik aktivitesi, evde yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bu süreçte yaşadığı zorluklar ve eğitim gereksinimlerinin saptanmasını içermektedir. Bu gereksinimler araştırmacının müdahale grubunda yer alan bakım vericilere yaptığı ziyaretler sırasında belirlenmiştir. Araştırmacının ev ziyaretleri yaptığı süreçte bakım verici bireyler ile yaptığı görüşmeler, araştırmacının ev ortamında yatağa bağımlı hastaya bakım verilmesi sırasında yaptığı gözlemler ve literatürde evde yatağa bağımlı hasta bakımı ile ilgili bakım vericilerin yaşadığı güçlükler ve gereksinimlerine yönelik yapılan çalışmalar (Navaie-Waliser et al 2002, Kapucu ve ark 2009, Akdemir ve ark 2011, Aşiret ve Çetinkaya 2016, Gel ve Keskin 2017) incelenerek bakım verici bireylerin yaşadığı sorunlar ve gereksinimleri belirlenmiştir.

Üçüncü hemşirelik aktivitesi: Belirlenen gereksinimleri karşılamak için hemşirelik faaliyetlerinin planlanması

İkinci hemşirelik aktivitesi doğrultusunda belirlenen bakım verici bireylerin yaşadığı sorunların çözümü ve ihtiyaç duyduğu eğitim gereksinimlerinin karşılanabilmesi amacıyla bakım verici bireylere yönelik hemşirelik faaliyetleri oluşturulmuştur. Bunlar;

- **Ev ziyaretlerinin planlanması:** Hastaların ve bakım verici bireylerin ev ortamında değerlendirilmesi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla ev ziyaretleri yapılmıştır. Araştırmanın planlanması aşamasında ev

ziyaretlerinin sıklığı konu ile ilgili araştırma sonuçlarının da incelenmesi ile (Morales-Asencio et al 2008, Howell et al 2008, Dias et al 2008) iki haftalık periyodlar halinde belirlenmiştir. Bununla birlikte hastanın ya da bakım verici bireyin gereksinim duyması durumunda ev ziyaretlerinin sıklığının değişiklik göstermesi planlanmıştır. Ancak araştırmanın başladığı Mart 2020 tarihinde küresel ölçekte yaşanan COVID-19 pandemisinin ortaya çıkması ev ziyaretlerinin sıklığında değişiklikler meydana gelmesine neden olmuştur. Bu nedenle ev ziyaretleri aylık periyodlar halinde planlanmış olup, araştırma kapsamına alınan bakım vericiler gereksinim duyduklarında araştırmacıdan ev ziyareti ile ilgili talepte bulunabilmiştir.

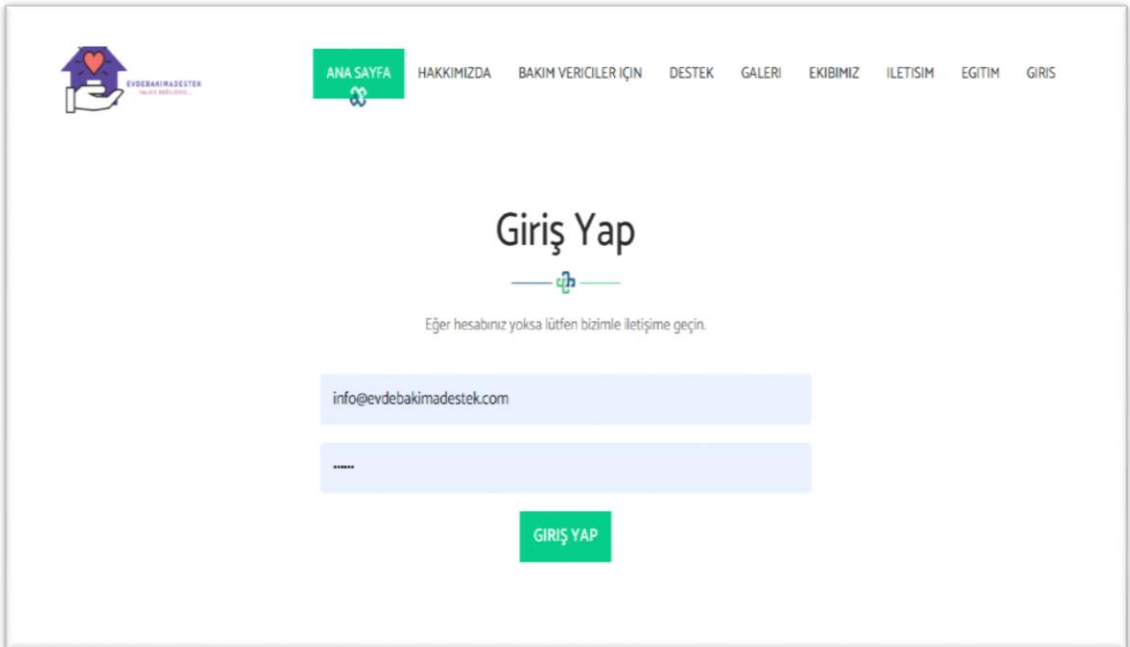
- **Eğitici materyallerin kullanılması:** Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin gereksinimleri göz önünde bulundurularak literatür doğrultusunda (Laksmi et al 2008, Júnior et al 2013, Kalıncara ve Kalaycı 2017, Özkan ve Turhan 2019) eğitici kitapçıklar ve el broşürleri hazırlanarak araştırmacı tarafından ev ziyaretleri sırasında eğitimler verilmiştir. Eğitici kitapçıkların konuları bakım vericilerin eğitim gereksinimleri doğrultusunda belirlenmiştir. “Evde Bakım Hastasının Günlük Yaşam Aktiviteleri” adlı kitapçıkta evde bakım hastasının bireysel hijyen uygulamaları kapsamında yer alan yatak banyosu, ağız bakımı, el- yüz bakımı, baş banyosu vb. uygulamalar yer almaktadır (EK-10). “Evde Bakım Verenlerde Stres Azaltmanın ve Tükenmişlikten Kaçınmanın Yolları” adlı kitapçıkta ise bakım veren bireylerin yaşadığı psikolojik durumlar ve bu durumlar ile baş etmenin yolları anlatılmaktadır (EK-11). Bununla birlikte bakım verici bireylere yararlı olabileceği düşünülen el broşürleri hazırlanmış olup ev ziyaretleri sırasında bu broşürler verilmiştir.
- **Web tabanlı eğitim ve danışmanlık sisteminin oluşturulması:** Bu faaliyet yatağa bağımlı olan hastaların bakımında, bakım vericilerin yararlanılabileceği eğitici konuların ve videoların yer aldığı aynı zamanda bakım vericilerin gereksinim duyduğu konularda araştırmacılara ulaşabileceği bir web tabanlı eğitim ve danışmanlık sistemini kapsamaktadır. Bu sistemin oluşturulmasında finansman desteği için Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Koordinatörlüğü'ne başvuruda bulunulmuş ve Lisansüstü Tez Projeleri

(LÜTEP) kapsamında 2019-7-25-283 No'lu proje olarak desteklenmiştir (EK-12).



Şekil 7. Web Tabanlı Eğitim ve Destek Sistemi Ana Sayfası

Araştırma kapsamına alınan yatağa bağımlı hastaların bakım vericileri internet bağlantısının olduğu araçlarda (bilgisayar, tablet, telefon vb.) web sitesinin bağlantı adresini girerek bu sisteme erişim sağlayabilmektedir (Bknz Şekil 7).



Şekil 8. Web Tabanlı Eğitim ve Destek Sistemi Kullanıcı Ekranı

ANA SAYFA HAKKIMIZDA BAKIM VERİCİLER İÇİN DESTEK GALERİ EKİBİMİZ İLETİŞİM EĞİTİM GİRİŞ

Bizimle İletişime geçin!

E-posta Adresiniz

Ad Soyad

Telefon Numarası

Konu

Sisteme kullanıcı adı ve şifre bilgisi ile giriş yapılması sağlanmıştır. Bu uygulama ile sadece araştırma kapsamına alınan bireylerin bu sistemden faydalanması hedeflenmiştir (Bknz Şekil 8).

Şekil 9. Web Tabanlı Eğitim ve Destek Sistemi İletişim Ekranı

Sisteme giriş yapan katılımcılar araştırmacıya gereksinim duyduğunda bu sistem üzerinden araştırmacılar ile iletişim kurabilmektedir (Bknz Şekil 9).

ANA SAYFA HAKKIMIZDA BAKIM VERİCİLER İÇİN DESTEK GALERİ EKİBİMİZ İLETİŞİM EĞİTİM GİRİŞ

Burundan Mideye Tüp ile Beslenme
Burundan Mideye Tüp ile Beslenme
[View Education](#)

Trakeostomi bakımı
Trakeostomi bakımı nasıl yapılmalıdır?
Trakeostomi bakımı yapılırken nelere d...
[View Education](#)

Evde Bakım Hastalarında Acil Durumların Yönetimi
Evde Bakım Hastalarında Acil Durumların Yönetimi
[View Education](#)

Şekil 10. Web Tabanlı Eğitim ve Destek Sistemi Eğitim Videoları

Web tabanlı eğitim ve danışmanlık sisteminde yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin faydalanabileceği eğitim videoları yer almaktadır. Bu videoların oluşturulmasında multidisipliner ekip iş birliğinin benimsendiği bir planlama yapılmıştır. Eğitimciler ile birebir görüşme sağlanarak planlama yapılmış olup, videoların kayıtları “Sakarya Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi”nde gerçekleştirilmiştir. Videoların kayıtlarının yapılması, montajlanması ve son halinin verilmesinin ardından web sitesinin eğitim bölümünden bu videolara ulaşılması sağlanmıştır (Bknz Şekil 10).

Web sitesinde yer alan eğitim videolarının konusu, süreleri ve uzmanlık alanları ile ilgili bilgiler Tablo 4’de yer almaktadır.

Tablo 4. Web Destekli Eğitim ve Danışmanlık Sisteminde Yer Alan Eğitim Videoları

Eğitim Konusu	Süresi	Uzmanlık Alanı
Aseptik El Yıkama	3.23 dk	Hemşirelik
Hastayı Yataktan Sandalyeye Alma	1.50 dk	Hemşirelik
Hastayı Yatak Kenarına Alma	1.53 dk	Hemşirelik
Hastayı Sandalyeden Yatağa Alma	2.09 dk	Hemşirelik
Hastayı Yan yatar pozisyona getirme	3.02 dk	Hemşirelik
Hastayı Yatak Kenarına Çekme	2.31 dk	Hemşirelik
Hastayı yatak içinde oturtma	1.50 dk	Hemşirelik
PEG Bakımı	4.16 dk	Hemşirelik
Basınç Yaraları ve Önlemler	14.59 dk	Hemşirelik
Basınç Yaraları Evreleri ve Bakımı	6.02 dk	Hemşirelik
Evde Bakım Hastalarında Ağız Bakımı	10.33 dk	Hemşirelik
Burundan Mideye Tüp ile Beslenme	10.16 dk	Hemşirelik
Trekeostomi Bakımı	17.58 dk	Hemşirelik
Evde Bakım Hastalarında Acil Durumların Yönetimi	14.08 dk	Hemşirelik
Evde Bakım Hastalarında Ağrı Yönetimi	20.10 dk	Hemşirelik
Alzheimer hastalığında bakım uygulamaları	12.09 dk	Psikiyatri Hemşireliği
Alzheimer hastalığını tanımak	11.49 dk	Psikiyatri Hemşireliği
Yatağa Bağımlı Hastalarda Fizyoterapi ve Önemi	0.55 dk	Fizyoterapi
Egzersiz 1 Sekresyonları Atmaya Yardımcı Uygulamalar	1.29 dk	Fizyoterapi
Egzersiz 2 Peçete Üfleme Egzersizi	0.24 dk	Fizyoterapi
Egzersiz 3 Rahatlamaya Yardımcı Solunum Egzersizleri	2.58 dk	Fizyoterapi
Evde Bakım Hastalarında Eklem Açıklığını Sağlamaya Yardımcı Egzersizler	5.36 dk	Fizyoterapi

10 dakikada stresle baş etme egzersizleri	10.54 dk	Psikoterapi
Bakım Verme Sürecinde Karşılaşılan Psikolojik Zorluklar	11.23 dk	Psikoterapi
Bilinçli Nefes Alıp Verme Egzersizi	11.27 dk	Psikoterapi
Evde Bakım Hastalarında Karşılaşılabilecek Beslenme Sorunları	18.55 dk	Beslenme ve Diyetetik

- **Multidisipliner ekip iş birliğinin yapılması:** Hasta ve yakınlarının gereksinimleri doğrultusunda hekim, hemşire, fizyoterapist, psikoterapist ve diyetisyen gibi diğer meslek gruplarından destek alınarak bakım vericilerin sorunlarının çözümü ve eğitim ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır.
- **Telefon danışmanlığı:** Bakım verici bireylere istediği zaman ulaşabileceği telefon numarası verilerek, ihtiyaç duymaları halinde arayabilecekleri belirtilmiştir.

Dördüncü hemşirelik aktivitesi: Hemşirelik Faaliyetlerinin Uygulanması

Araştırmanın bu aşamasında üçüncü hemşirelik aktivitesinde yer alan hemşirelik faaliyetlerinin uygulama aşamasına geçilmiştir. Hemşirelik faaliyetlerinin uygulama aşaması altı ay devam etmiştir. Planlanan tüm hemşirelik aktiviteleri ile ilgili araştırmacı tarafından bakım verici bireyler ile görüşme yapılmıştır. Bireylerin bu aktiviteler hakkında gereksinim duyduğu bilgiler ve soruları açıklanmıştır.

Hemşirelik faaliyetleri içerisinde yer alan ev ziyaretlerinin planlaması araştırmacı tarafından bakım verici bireyler ile görüşülerek yapılmıştır. Her bir bakım vericinin uygun olduğu gün ve saatler belirlenerek araştırmacı ve gerekli durumlarda ekibin diğer üyeleri ile birlikte (fizyoterapist, psikoterapist vb.) ev ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Ev ziyaretleri sırasında araştırmacı tarafından eğitici materyaller (eğitici kitapçıkları, el broşürleri, poster vb.) de kullanılarak bakım verici bireylere eğitim/eğitimler verilmiştir.

Web tabanlı eğitim ve danışmanlık sistemi ile ilgili bakım verici bireylere web tabanlı eğitim ve danışmanlık sisteminin tanıtımı yapılarak, kullanıcı adı ve şifre bilgisi verilmiştir. Araştırmanın uygulanmaya başladığı Mart 2020 tarihinden itibaren bakım verici bireyler, web sitesini ziyaret etmeye başlamıştır. Bununla birlikte bakım verici bireyler telefon danışmanlığı uygulaması ile istediği zaman araştırmacıya ulaşabilmiştir. Telefon danışmanlığı ile bireylerin gereksinim duyduğu bilgiler yanıtlanmıştır.

Beşinci hemşirelik aktivitesi: Hemşirelik faaliyetlerinin düzenli olarak gözden geçirilmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi

Hemşirelik faaliyetlerinin değerlendirilmesi ve gruplar arasında karşılaştırma yapılabilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu değerlendirme veri toplama formları aracılığıyla yapılmıştır. Araştırmanın uygulanmaya başladığı Mart ayında ilk değerlendirme (0. Ay değerlendirmesi) yapılmıştır. İlk değerlendirme aşamasında hasta bireylere “Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu” ile “Barthel GYA İndeksi”, bakım verici bireye ise “Bakım Verici Tanıtıcı Özellikler Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği, WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Aile APGAR Ölçeği” uygulanmıştır. İkinci değerlendirmenin Haziran ayında yapılması planlanmıştır. Ancak COVID-19 pandemisi nedeniyle Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında herhangi bir girişimde bulunulmaması nedeniyle Haziran ayında değerlendirme yapılamamıştır. Bu nedenle ikinci değerlendirme Eylül 2020’de çevrimiçi formlar kullanılarak ve telefon görüşmeleri ile yapılmıştır (üçüncü ay değerlendirmesi). İkinci değerlendirme aşamasında bakım verici bireye ise “Bakım Verici Tanıtıcı Özellikler Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği, WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Aile APGAR Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırmanın son değerlendirmesi ise COVID-19 pandemisi nedeniyle Aralık 2020’de telefon görüşmeleri ile gerçekleştirilmiştir.

3.9. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği ise normallik testlerinin yanı sıra histogram, Q-Q grafiği ve kutu-çizgi (box-plot) grafikleri, çarpıklık ve basıklık, varyasyon katsayısı gibi dağılım ölçütleri ile değerlendirilmektedir (Hayran ve Hayran 2011). Normal dağılımın sağlanabilmesi için verilerin saçılma diyagramında değerlerinin 45 derecelik doğruya yakın gözlenmesi ve kutu çizgi grafiğinde kutunun ortanca çizgisini ortalayarak konumlanması gerekmektedir (Büyüköztürk 2011). Bu çalışmada normal dağılıma uygunluk testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir.

Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç 2006). Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçümlerin güvenilir olmasını gerekmektedir. Bu bağlamda araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin güvenirlilikler “cronbach alpha” ile incelenmiştir.

Verilerin analizinde niceliksel verilerin karşılaştırılması için iki grup ortalaması için bağımsız örneklem t testi edilmiştir. Ayrıca tekrarlı ölçümlerin analizi normal dağılım gösteren gruplarda tekrarlı ölçümlerde ANOVA ile, normal dağılım göstermeyen gruplarda Friedman testi ile analiz edilmiştir. Analizler sonucunda fark olan grupların tespiti için çoklu karşılaştırma testi (Bonferroni) kullanılmıştır. Gruplar arasında homojenliğin sağlanıp sağlanmadığı da Ki kare testleri ile incelenmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma Sakarya ilinde bulunan Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı olan yatağa bağımlı hastaların bakım vericileri (n=27) ile sınırlıdır.

Araştırmanın yürütülmesinde zaman ile ilgili sınırlamanın olması (altı ay) ve örneklemini sadece yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin oluşturması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Ölüm, başka bir bölgeye taşınma ve bakım verici bireyin değişmesi gibi nedenlerden dolayı örneklem grubunda azalma olmuştur.

Araştırmanın uygulama sürecinde küresel ölçekte yaşanan COVID-19 pandemisi araştırmanın planlandığı sürede gerçekleştirilememesine ve bazı uygulamaların planlandığı şekilde sürdürülememesine neden olmuştur.

Yukarıdaki durumlar araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan yatağa bağımlı hastaların ve bu hastalara bakım veren bireylerin (bakım vericiler) tanıtıcı özellikleri ile vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının uygulandığı müdahale ve kontrol gruplarında zamana göre bakım yükleri, yaşam kaliteleri ve aile işlevsellik düzeyleri ile ilgili bulgular verilmiştir.

4.1. YATAĞA BAĞIMLI HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamında yer alan yatağa bağımlı hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Yatağa Bağımlı Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaların Özellikleri		Müdahale		Kontrol		İstatistiksel Analiz
		n	%	n	%	
Yaş Ortalamaları (ort±ss)		74,15 ±13,77		78,57 ±12,98		t= 0,399 p=-0,858
Cinsiyet	Kadın	9	69,2	9	64,3	x ² =0,00 p=1,00
	Erkek	4	30,8	5	35,7	
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyor	4	30,8	5	35,7	x ² =2,254 p=0,714
	Okur yazar	2	15,4	1	7,1	
	İlk öğretim mezunu	7	53,8	6	42,9	
	Lise ve üstü	-	-	2	14,2	
Medeni durum	Evli	8	61,5	6	42,9	x ² =0,942 p=0,332
	Bekar	5	38,5	8	57,1	
Aylık gelir	Var	11	84,6	13	92,9	x ² =0,005 p=0,946
	Yok	2	15,4	1	7,1	
Aylık gelir düzeyi	Çok yeterli	1	7,7	--	--	x ² =6,360 p= 0,107
	Yeterli	3	23,1	--	--	
	Orta	7	53,8	7	50,0	
	Yetersiz	2	15,4	6	42,9	
	Çok yetersiz	--	--	1	7,1	

t= İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi. x²= ki kare testi.

Tablo 5’de yatağa bağımlı hastaların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması $74,15 \pm 13,77$ yıl olup, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması ise $78,57 \pm 12,98$ yıl bulunmuştur. Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonucunda, müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,399$, $p=0,967>0,05$) (Tablo 5).

Hem müdahale grubu (%69,2) hem de kontrol grubundaki (%64,3) hastaların büyük çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmakla birlikte müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların cinsiyete göre dağılımı ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiş, her iki grupta dağılımın benzer olduğu saptanmıştır ($\chi^2=0,00$, $p=1,00>0,05$) (Tablo 5).

Araştırma kapsamında yer alan hastaların eğitim durumları incelendiğinde; müdahale grubundaki hastaların %53,8’ünün ve kontrol grubunda yer alan hastaların ise %42,9’unun ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiş olup, iki grubun eğitim durumları açısından benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=2,254$, $p=0,714>0,05$) (Tablo 5).

Hastaların medeni durumları incelendiğinde; müdahale grubundaki hastaların %61,5’i, kontrol grubunda yer alan hastaların ise %42,9’u evli bireylerden oluşmaktadır. Grupların medeni durumları açısından benzer özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=0,942$, $p=0,332>0,05$) (Tablo 5).

Araştırmanın müdahale grubunda bulunan hastaların %84,6’sının aylık bir geliri olduğu ve bu hastaların %53,8’sinin aylık gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan hastaların ise büyük çoğunluğunun (%92,9) aylık bir gelirinin olduğu ve bu hastaların %50,0’sinin gelir düzeyini orta olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Bu iki değişkene yönelik yapılan ki kare testi sonuçlarına göre grupların aylık gelir ($\chi^2=0,005$, $p=0,005>0,05$) ve aylık gelir düzeylerine ($\chi^2=6,360$, $p=0,107>0,05$) göre birbirine benzer özelliklerde olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yatağa Bağımlılık Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaların Özellikleri		Müdahale		Kontrol		İstatistiksel Analiz
		n	%	n	%	
Yatağa Bağımlılık Nedeni	İnme	6	46,2	4	28,6	$x^2=1,342$ $p=0,829$
	Alzheimer	3	23,1	4	28,6	
	Yaşlılık	2	15,4	4	28,6	
	Diğer (Poliomyelit, Multiple Skleroz)	2	15,4	2	14,3	
Ekipman Varlığı (Üriner kateter, Trakeostomi kanülü, PEG* kateteri vb.)	Var	8	61,5	5	35,7	$x^2=0,915$ $p=0,339$
	Yok	5	38,5	9	64,3	
Basınç yarası	Var	3	23,1	1	7,1	$x^2=0,387$ $p=0,534$
	Yok	10	76,9	13	92,9	

* Perkütan Endoskopik Gastrostomi, $x^2=$ ki kare testi.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yatağa bağımlılık ile ilgili özellikleri Tablo 6'da verilmiştir. Buna göre müdahale grubunda yer hastaların %46,2'sinin yatağa bağımlı olma nedeninin inme olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %28,6'sının Alzheimer, %28,6'sının inme, %28,6'sının yaşlılık nedeni ile yatağa bağımlı oldukları belirlenmiştir. Her iki grubun yatağa bağımlılık nedenleri dağılımının benzer olduğu görülmektedir ($x^2=1,342$, $p=0,829>0,05$) (Tablo 6).

Araştırma kapsamına alınan hastalarda mevcut ekipmanın/ekipmanların (üriner kateter, trakeostomi, PEG, diyaliz kateteri vb.) olup olmadığı incelendiğinde; müdahale grubunda yer alan hastaların %61,5'inde en az bir ekipman bulunduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %64,3'ünde herhangi bir ekipman bulunmadığı belirlenmiştir. Gruplardaki hastalarda ekipman varlığı açısından birbirine benzer özelliklerde olduğu saptanmıştır ($x^2=0,915$, $p=0,339>0,05$) (Tablo 6).

Yatağa bağımlı hastalarda sıklıkla görülen komplikasyonlardan biri basınç yaralarının gelişmesidir. Buna göre araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunda basınç yarasının olmadığı (müdahale; %76,9, kontrol;

%92,9) belirlenmiştir. Bu özellik açısından her iki grubun birbirine benzer özellikte olduğu görülmektedir ($\chi^2=0,387$, $p=0,534>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Yatağa Bağımlı Hastaların Barthel GYA İndeksine Göre Bağımlılık Düzeyi Dağılımı

Barthel GYA Bağımlılık Düzeyi	Müdahale		Kontrol		İstatistiksel Analiz
	n	%	N	%	
Tamamen bağımlı	10	76,9	12	85,7	$\chi^2=0,008$ $p=0,927$
İleri derecede bağımlı	3	23,1	2	14,3	
	Ort±SS		Ort±SS		
Barthel GYA İndeksi Puan Ortalaması	10,00±16,20		8,21±10,85		$t=-0,128$ $p=0,898$

$t =$ İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi. $\chi^2 =$ ki kare testi.

Bu araştırmada kullanılan “Barthel GYA İndeksi”, hastaların bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Müdahale grubunda bulunan 10 hastanın (%76,9), kontrol grubunda ise 12 hastanın (85,7) tamamen bağımlı olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda bağımsız, hafif ve orta bağımlı hasta bulunmamaktadır. Müdahale ve kontrol grupları arasında katılımcıların Barthel özellikleri bakımından homojen dağılım gösterip göstermediği ki kare testleri ile incelenmiştir. Sonuçlara Barthel özellikleri bakımından homojen bir dağılım gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=0,008$, $p=0,927>0,05$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan hastaların Barthel GYA toplam puanı incelendiğinde; müdahale grubundaki hastaların toplam puanı 10,00±16,20, kontrol grubundaki hastaların toplam puanı ise 8,21±10,85 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte Barthel GYA indeksi toplam puanlarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($t=-0,128$, $p=0,0898>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Yatağa Bağımlı Hastaların Kronik Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastanın özellikleri		Müdahale		Kontrol		İstatistiksel Analiz
		n	%	n	%	
Kronik hastalık	Var	13	100,0	14	100,0	-
Hipertansiyon	Var	6	46,2	8	57,1	$\chi^2=0,326$ $p=0,568$
	Yok	7	53,8	9	64,3	
Diyabet	Var	3	23,1	3	21,4	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
	Yok	10	76,9	11	78,6	
Astım	Var	2	15,4	1	7,1	$\chi^2=0,005$ $p=0,946$
	Yok	11	84,6	13	92,9	
Kronik Arter Hastalığı (KAH)	Var	2	15,4	5	35,7	$\chi^2=0,585$ $p=0,444$
	Yok	11	84,6	6	42,9	
Alzheimer	Var	7	53,8	4	28,6	$\chi^2=1,784$ $p=0,182$
	Yok	6	46,2	10	71,4	
Diğer Hastalıklar (KBY, KOAH, MS vb.)	Var	9	69,2	8	57,1	$\chi^2=0,063$ $p=0,802$
	Yok	4	30,8	6	42,9	

Tablo 8’de müdahale ve kontrol gruplarında yer alan hastaların kronik hastalıklarına ilişkin veriler bulunmaktadır. Buna göre müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tamamında kronik hastalık öyküsü vardır. Hem müdahale hem de kontrol grubunda bulunan hastalarda en fazla hipertansiyon hastalığı olduğu belirlenmiştir. Hastaların kronik hastalığa sahip olması bakımından homojen dağılım gösterip göstermediği ki kare testleri ile incelenmiştir. Sonuçlara göre her iki grubun birbirine benzer özellikte olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 8).

4.2. BAKIM VERİCİ BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerine ilişkin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır.

Tablo 9. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Bakım Verici Bireylerin Özellikleri		Müdahale		Kontrol		İstatistiksel Analiz
		n	%	N	%	
Yaş Ortalamaları (ort±ss)		52,15±10,7		53,07±14,9		t=-0,182 p=0,857
Cinsiyet	Kadın	12	92,3	13	92,9	x ² =0,000 p=1,000
	Erkek	1	7,7	1	7,1	
Eğitim durumu	İlk öğretim mezunu	8	61,5	10	71,4	x ² =2,011 p=0,501
	Lise	3	23,1	4	28,6	
	Üniversite	2	15,4	-	-	
Medeni durum	Evli	9	69,2	10	71,4	x ² =0,000 p=1,000
	Bekar	4	30,8	4	28,6	
Meslek	Ev hanımı	8	61,5	12	85,7	x ² =2,086 p=0,372
	Emekli	3	23,1	1	7,1	
	Serbest meslek	2	15,4	1	7,1	
Gelir durumu	Gelir giderden az	6	46,2	11	78,6	x ² =3,285 p=0,145
	Gelir gidere denk	6	46,2	3	21,4	
	Gelir giderden çok	1	7,7	-	-	
Bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler	Yok	8	61,5	10	71,4	x ² =4,345 p=0,227
	Eşim	2	15,4	3	21,4	
	Çocuklarım	3	23,1	1	7,1	
Bakım verilen birey ile yakınlık derecesi	Kızı	7	53,8	5	35,7	x ² =6,674 p=0,233
	Oğlu	1	7,7	1	7,1	
	Gelini	1	7,7	3	21,4	
	Kardeşi	3	23,1	1	7,1	
	Eşi	1	7,7	4	28,6	
Sağlık Sorunu	Var	6	46,2	9	64,3	x ² =0,313 p=0,576
	Yok	7	53,8	5	35,7	

t= İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi. x²= ki kare testi.

Tablo 9’da bakım verici bireylerin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki bakım vericilerin yaş ortalaması 52,15 ±10,72 yıl, kontrol grubundaki bakım vericilerin yaş ortalaması ise 53,07 ±14,9

yıl bulunmuştur. Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonucunda, müdahale ve kontrol grubundaki bakım verici bireylerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,857$, $p=0,297>0,05$) (Tablo 9).

Hem müdahale grubu (%92,3) hem de kontrol grubundaki (%92,9) bakım vericilerin büyük çoğunluğunu kadın bireyler oluşturmaktadır. Bununla birlikte müdahale ve kontrol grubundaki bakım verici bireylerin cinsiyete göre dağılımı ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiş olup, iki grupta da dağılımın benzer olduğu saptanmıştır ($\chi^2=0,00$, $p=1,00>0,05$) (Tablo 9).

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin eğitim durumları incelendiğinde; müdahale (%61,5) ve kontrol (%71,4) grubunda bulunan bakım vericilerin büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilerin eğitim durumlarına göre dağılımı ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiş, iki grubun birbirine benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=2,011$, $p=0,501>0,05$) (Tablo 9).

Bakım vericilerin medeni durumları incelendiğinde; müdahale grubundaki bireylerin %69,2'si, kontrol grubunda yer alan bireylerin ise %71,4'ü evlidir. Grupların medeni durumları açısından birbirine benzer olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=0,00$, $p=1,00>0,05$) (Tablo 9).

Araştırmaya dahil edilen bakım verici bireylerin meslekleri incelendiğinde; müdahale grubundaki bireylerin %61,5'inin, kontrol grubundaki bireylerin ise %85,7'si ev hanımıdır. Müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilerin mesleğine göre birbirine benzer dağılım gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=2,086$, $p=0,372>0,05$) (Tablo 9).

Bakım verici bireylerin aylık gelir düzeyleri değerlendirildiğinde; müdahale grubunda bulunan bireylerin %46,2'si gelir düzeyinin az olduğunu ifade ederken, aynı gruptaki bireylerin %46,2'si ise gelir durumunu gelir gidere denk olarak belirtmiştir. Kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin büyük çoğunluğu (%78,6) ise gelir düzeylerinin az olduğunu belirtmişlerdir. Bu iki değişkene yönelik yapılan ki kare testi sonuçlarına göre grupların aylık gelir düzeylerine göre birbirine benzer özelliklerde olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=3,285$, $p=0,145>0,05$) (Tablo 9).

Müdahale ve kontrol grubunda bulunan bakım vericilerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olduğu fakat bu oranın çok fazla olmadığı saptanmıştır. Her iki grubun da bu özellik açısından birbirine benzer olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=4,345$, $p=0,227>0,05$) (Tablo 9).

Hem müdahale hem de kontrol grubunda yatağa bağımlı hastanın bakım sorumluluğunun çoğunlukla kızı olduğu belirlenmiştir. Elde edilen verilere göre müdahale grubunda yer alan yatağa bağımlı bireylerin %53,8'ine, kontrol grubunda yer alan yatağa bağımlı bireylerin ise %35,7'sine kızının bakım verdiği saptanmıştır. Bu özellik açısından her iki grubun homojen olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($\chi^2=6,674$, $p=0,233>0,05$) (Tablo 9).

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin sağlık sorunu olup olmadığı incelendiğinde; müdahale grubunda yer alan bireylerin %46,2'sinde, kontrol grubunda bulunan bireylerin %64,3'ünde herhangi bir sağlık sorunu olduğu belirlenmiştir. Grupların sağlık sorunu varlığı açısından benzer olduğu saptanmıştır ($\chi^2=0,313$, $p=0,576>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Hasta Bakımı Verme ile ilgili Özelliklerinin Dağılımı

Bakım Verici Bireylerin Özellikleri		Müdahale		Kontrol		İstatistiksel Analiz
		n	%	n	%	
Hasta bakımı ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	4	30,8	2	14,3	$\chi^2=0,321$ $p=0,571$
	Hayır	9	69,2	12	85,7	
Bakım verme süresi	6-24 ay	8	61,5	7	50,0	$\chi^2=3,368$ $p=0,186$
	25-48 ay	1	7,7	5	35,7	
	49 ve üzeri ay	4	30,8	2	14,3	
Günlük ortalama bakım verme süresi (saat)		6,15±2,37		5,0±1,51		$t= 1,515$ $p=0,142$

$t=$ İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi. $\chi^2=$ ki kare testi.

Tablo 10'da yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin hasta bakımı verme ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Elde edilen verilere göre müdahale (%69,2) ve kontrol (%85,7) grubunda bulunan bakım vericilerin büyük bir bölümünün hasta bakımı ile ilgili eğitim almadığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki bakım

vericilerin hasta bakımı ile ilgili eğitim alma durumuna göre birbirine benzer dağılım gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=0,321$, $p=0,571>0,05$) (Tablo 10).

Bakım verici bireylerin yatağa bağımlı hastalara bakım verme süresi incelendiğinde; müdahale grubundaki bireylerin %61,5'inin, kontrol grubundaki bireylerin ise %50'sinin 6 ile 24 ay arasında bakım verdiği saptanmıştır. Bu özellik açısından her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=3,368$, $p=0,186>0,05$) (Tablo 10).

Bakım veren bireylerin hastalarına günlük ortalama bakım verme süresi müdahale grubunda $6,15\pm 2,37$ saat, kontrol grubunda ise $5,0\pm 1,51$ saat olduğu saptanmıştır. Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonucunda, müdahale ve kontrol grubundaki bakım verici bireylerin günlük ortalama bakım verme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,857$, $p=0,297>0,05$) (Tablo 10).

4.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDA ÖLÇÜM

ZAMANLARINA GÖRE BAKIM YÜKLERİ, YAŞAM KALİTELERİ VE AİLE İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının uygulandığı müdahale ve kontrol gruplarında zamana göre bakım yükleri, yaşam kaliteleri ve aile işlevsellik düzeyleri ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Ölçüm Zamanlarına Göre Bakım Yükü Puanlarının Dağılımı

Zaman Grup	0. Ay ¹	3. Ay ²	6. Ay ³	Test değeri	p değeri	Eta kare
	X ± SD	X ± SD	X ± SD			
Zarit Bakım Yükü Ölçeği				g	16,677	0,400
Müdahale	45,31±11,15	28,62±10,29	25,46±25,46	z	55,816	0,000
Kontrol	49,86±12,91	50,29±13,11	51,64±11,51	g*z	73,436	0,746
t test p değeri	-0,977 0,338	-4,751 0,000*	-6,560 0,000*	Post hoc:1>2,3		

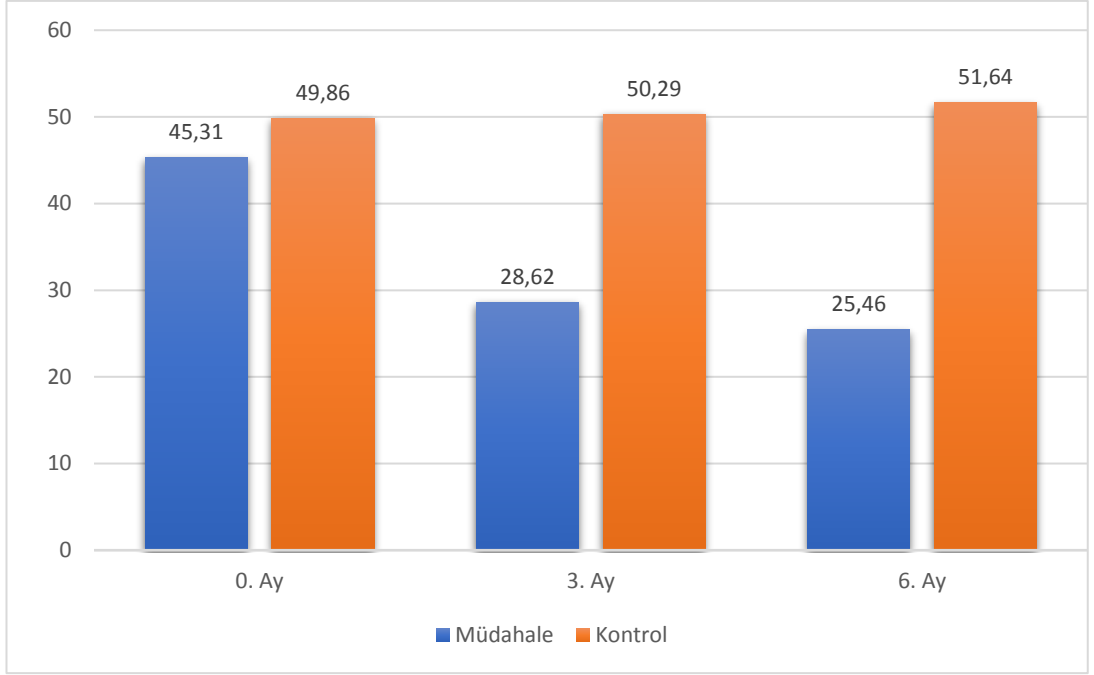
g: grup, z: zaman, g*z: grup ve zaman etkileşimi

Tablo 11'de müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilerin ölçüm zamanlarına göre Zarit Bakım Yükü Ölçeği'nden aldıkları toplam puan dağılımları verilmiştir.

Müdahale grubundaki bakım vericilerin araştırmanın başlangıç aşamasında (0. Ay) belirlenen bakım yükü toplam puanı $45,31 \pm 11,15$, araştırmanın uygulama aşamasından itibaren üçüncü ayda belirlenen bakım yükü toplam puanı $28,62 \pm 10,29$ ve araştırmanın uygulama aşamasından itibaren altıncı ayda belirlenen bakım yükü toplam puanı ise $25,46 \pm 25,46$ ' dır. Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki bakım vericilerin zamana göre bakım yükü toplam puanları incelendiğinde; ilk ölçüm (0. Ay) toplam puanı $49,86 \pm 12,91$, ikinci ölçüm toplam puanı $50,29 \pm 13,11$, üçüncü ölçüm toplam puanı ise $51,64 \pm 11,51$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 11, Şekil 11).

Grupların bakım yükü toplam puanları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ($F=16,677$, $p=0,000$), zaman ($F=55,816$, $p=0,000$) ve grup*zaman ($F=73,436$, $p=0,000$) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Müdahale ve kontrol grubu arasında zamanın en az bir noktasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Tüm ölçüm zamanlarında (0. Ay, 3. Ay, 6. Ay) deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem testleri ile incelenmiştir. Sonuçlara göre araştırmanın başlangıç aşamasında yapılan test sonuçları müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=-0,977$, $p=0,338 > 0,05$). Ancak müdahale ve kontrol gruplarında araştırmanın uygulama aşamasından itibaren üçüncü ayda yapılan ölçüm ($t=-4,751$ $p=0,000 < 0,05$) ile altıncı ayda yapılan ölçüm ($t=-6,560$, $p=0,000 < 0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır (Tablo 11).



Şekil 11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Bakım Yüğü Puanlarının Dağılımı

Tablo 12. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Ölçüm Zamanlarına Göre WHOQOL-BREF- TR Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup \ Zaman	0. Ay ¹	3. Ay ²	6. Ay ³	Test değeri	p değeri	Eta kare	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD				
WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi				g	14,016	0,001	0,359
Müdahale	88,62±7,32	101,31±9,08	105,23±8,87	z	7,422	0,009	0,229
Kontrol	90,21±1,9	84,21±9,54	83,50±9,13	g*z	44,362	0,000	0,640
t test p değeri	-0,421 0,678	4,762 0,000*	6,264 0,000*	Post hoc:3 >1,2			
Fiziksel Alan				g	5,039	0,034	0,168
Müdahale	13,01±2,10	14,99±1,79	15,52±1,79	z	0,058	0,846	-
Kontrol	14,08±3,18	12,04±2,74	11,76±2,57	g*z	2,820	0,000	0,498
t test p değeri	-1,023 0,316	3,279 0,003*	4,377 0,000*	Post hoc: -----			
Genel Sağlık Durumu				g	39,762	0,000	0,614
Müdahale	10,0±4,00	14,31±14,0	14,46-2,33	z	8,728	0,006	0,259
Kontrol	8,43±3,16	10,29±2,33	10,14±2,41	g*z	1,504	0,232	0,057
t test p değeri	1,138 0,266	4,152 0,000*	4,722 0,000*	Post hoc:1<2,3			
Psikolojik Alan				g	9,292	0,005	0,271
Müdahale	13,23±1,30	15,69±1,67	16,31±1,48	z	16,354	0,000	0,395
Kontrol	13,29±2,43	13,29±1,95	13,0±1,65	g*z	21,298	0,000	0,460
t test p değeri	-0,074 0,942	3,435 0,002*	5,468 0,000*	Post hoc: 1<2,3			
Sosyal İlişkiler Alanı				g	11,528	0,002	0,316
Müdahale	13,23±2,21	16,51±2,58	16,62±2,533	z	8,605	0,005	0,256
Kontrol	12,57±2,65	12,0±3,22	12,0±3,09	g*z	17,190	0,000	0,407
t test p değeri	0,699 0,491	3,993 0,001*	4,223 0,000*	Post hoc: 1<2,3			
Çevresel Alan				g	9,880	0,004	0,283
Müdahale	15,08±1,55	15,08±1,55	15,81±1,59	z	10,594	0,003	0,298
Kontrol	13,25±,82	13,25±1,82	13,32±1,91	g*z	7,157	0,013	0,223
t test p değeri	2,799 0,010*	2,799 0,010*	3,665 0,001*	Post hoc:3>1,2			

g: grup, z: zaman, g*z: grup ve zaman etkileşimi

Müdahale ve kontrol grubundaki bakım verici bireylerin ölçüm zamanlarına göre WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 12’de verilmiştir. Buna göre müdahale grubunda yer alan bireylerin ölçekten aldığı yaşam kalitesi toplam puanı araştırmanın başladığı ilk ayda (0. Ay) $88,62 \pm 7,32$, üçüncü ayda $101,31 \pm 9,08$ ve altıncı ayda ise $105,23 \pm 8,87$ olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise araştırmanın başlangıç aşamasındaki yaşam kalitesi toplam puanı $90,21 \pm 1,9$, üçüncü ayda belirlenen yaşam kalitesi toplam puanı $84,21 \pm 9,54$, altıncı ayda belirlenen toplam puan ise $83,50 \pm 9,13$ ’dür. (Tablo 12, Şekil 12).

Müdahale ve kontrol gruplarında yaşam kalitesi puanları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup ($F=14,016$, $p=0,001$), zaman ($F=7,422$, $p=0,009$) ve grup*zaman ($F=44,362$, $p=0,000$) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (Tablo 12, $p<0,005$). Yapılan girişim sonrasında, müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin yaşam kalitesi toplam puanları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi sonucunda, ilk yapılan ölçümde iki grup arasında bir fark olmadığı ($t=-0,421$, $p=0,678>0,05$) belirlenmiştir. Ancak araştırmanın devam ettiği üçüncü ayda ($p=0,000$) ve altıncı ayda ($p=0,000$) yapılan ölçümlerde yaşam kalitesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post-Hoc testlerden Bonferroni yapılmış olup, farkın altıncı ayda yapılan yaşam kalitesi toplam puan ölçümünden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Müdahale grubunda yaşam kalitesi alt boyut toplam puan ortalamaları incelendiğinde; müdahale grubunda fiziksel alan puan ortalaması 0. ayda $13,01 \pm 2,10$, üçüncü ayda $14,99 \pm 1,79$, altıncı ayda $15,52 \pm 1,79$ olduğu, kontrol grubunda ise; 0. ayda $14,08 \pm 3,18$, üçüncü ayda $12,04 \pm 2,74$, altıncı ayda $11,76 \pm 2,57$ olduğu tespit edilmiştir.

Müdahale ve kontrol gruplarında fiziksel alan alt boyutu puan ortalamaları arasında farkı belirlemek amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde ANOVA testine göre, zaman ($F= 0,058$, $p= 0,846$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ancak grup ($F= 5,039$, $p= 0,034$) ve grup*zaman ($F= 2,820$, $p= 0,000$) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

fark olduğu bulunmuştur (Tablo 12, $p<0,005$). Yapılan girişim sonrasında, müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin fiziksel alana ait toplam puanları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi sonucunda, ilk yapılan ölçümde iki grup arasında bir fark olmadığı ($t=-1,023$, $p=0,316>0,05$) belirlenmiştir. Ancak araştırmanın devam ettiği üçüncü ayda ve altıncı ayda yapılan ölçümlerde yaşam kalitesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Müdahale grubunda yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu alt boyutu puan ortalaması ilk ölçümde $10,0\pm 4,00$, ikinci ölçümde $14,31\pm 14,0$, son ölçümde $14,46-2,33$ olarak belirlenmiş olup, kontrol grubunda ise; ilk ölçümde $8,43\pm 3,16$, ikinci ölçümde $10,29\pm 2,33$ ve son ölçümde $10,14\pm 2,41$ olarak saptanmıştır (Tablo 12).

Müdahale grubu genel sağlık durumu alt boyutu puan ortalamaları arasında farkı belirlemek amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde ANOVA testine göre, grup ($F=39,762$, $p=0,000$) ve zaman ($F=8,728$, $p=0,006$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu, bununla birlikte grup*zaman ($F=1,504$, $p=0,232$) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 12, $p<0,005$). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin genel sağlık durumuna ait toplam puanları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi sonucunda, ilk yapılan ölçümde iki grup arasında bir fark olmadığı ($t=1,138$, $p=0,266>0,05$), ikinci ve son ölçüm arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ölçüm zamanlarında meydana gelen bu değişimin hangi zamanlar arasında olduğunu belirleyebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre ise ilk ölçümün ara ölçümden ve son ölçümden daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Müdahale grubunda yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alan alt boyutu puan ortalaması ilk ölçümde $13,23\pm 1,30$, ikinci ölçümde $15,69\pm 1,67$, son ölçümde $13,0\pm 1,65$ olarak belirlenmiş olup, kontrol grubunda ise; ilk ölçümde $13,29\pm 2,43$, ikinci ölçümde $13,29\pm 1,95$ ve son ölçümde $13,0\pm 1,65$ olarak saptanmıştır (Tablo 12).

Müdahale grubu psikolojik alan alt boyutu puan ortalamaları arasında farkı belirlemek amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde ANOVA testine göre, grup ($F=9,292$, $p=0,005$), zaman ($F=16,354$, $p=0,000$) ve grup*zaman ($F=21,298$, $p=0,000$) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu

saptanmıştır (Tablo 12, $p<0,005$). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin psikolojik alan alt boyutuna ait toplam puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi sonucunda, ilk yapılan ölçümde iki grup arasında bir fark olmadığı ($t=-0,074$, $p=0,942>0,05$), ikinci ve son ölçüm arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ölçüm zamanlarında meydana gelen bu değişimin hangi zamanlar arasında olduğunu belirleyebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre ilk ölçümün ikinci ve son ölçümden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

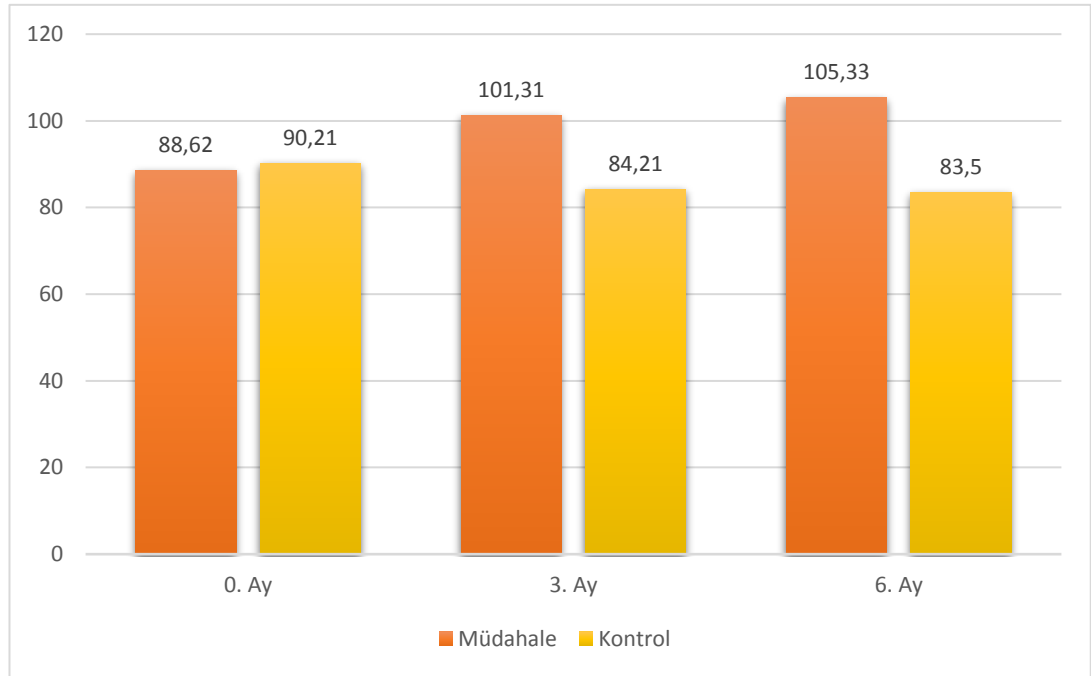
Müdahale grubunda yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alanı alt boyutu puan ortalaması ilk ölçümde $13,23\pm 2,21$, ikinci ölçümde $16,51\pm 2,58$, son ölçümde $16,62\pm 2,533$ olarak belirlenmiş olup, kontrol grubunda ise; ilk ölçümde $12,57\pm 2,65$, ikinci ölçümde $12,0\pm 3,22$ ve son ölçümde $12,0\pm 3,09$ olarak saptanmıştır (Tablo 12).

Müdahale grubu sosyal ilişkiler alanı alt boyutu puan ortalamaları arasında farkı belirlemek amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde ANOVA testine göre, grup ($F=11,528$, $p=0,002$), zaman ($F=8,605$, $p=0,005$) ve grup*zaman ($F=17,190$, $p=0,000$) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Tablo 12, $p<0,005$). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin sosyal ilişkiler alanı alt boyutu toplam puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi sonucunda, ilk yapılan ölçümde iki grup arasında bir fark olmadığı ($t=0,699$ $p=0,491>0,05$), ikinci ve son ölçüm arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ölçüm zamanlarında meydana gelen bu değişimin hangi zamanlar arasında olduğunu belirleyebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre ilk ölçümün ikinci ve son ölçümden daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Müdahale grubunda yaşam kalitesi ölçeği çevresel alan alt boyutu puan ortalaması ilk ölçümde $15,08\pm 1,55$, ikinci ölçümde $15,08\pm 1,55$, son ölçümde $15,81\pm 1,59$ olarak belirlenmiş olup, kontrol grubunda ise; ilk ölçümde $13,25\pm 1,82$, ikinci ölçümde $13,25\pm 1,82$ ve son ölçümde $13,32\pm 1,91$ olarak saptanmıştır (Tablo 12).

Müdahale grubu çevresel alan alt boyutu puan ortalamaları arasında farkı belirlemek amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde ANOVA testine göre, grup ($F=9,880$, $p=0,004$), zaman ($F=10,594$, $p=0,003$) ve grup*zaman ($F=7,157$, $p=0,013$) etkileşimi açısından

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Tablo 12, $p<0,005$). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin çevresel alan alt boyutu toplam puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi sonucunda, tüm ölçüm zamanlarında çevresel alan alt boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ölçüm zamanlarında meydana gelen değişimin hangi zamanlar arasında olduğunu belirleyebilmek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre son ölçümün ilk ölçümden ve ara ölçümden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).



Şekil 12. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Değerlendirme Puanlarının Dağılımı

Tablo 13. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Ölçüm Zamanlarına Aile APGAR Puanlarının Dağılımı

Zaman Grup	0. Ay ¹	3. Ay ²	6. Ay ³	Test değeri	p değeri	Eta kare	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD				
Aile APGAR ölçeği				g	5,976	0,000	0,193
Müdahale	8,15±1,14	8,69±1,18	9,85±0,55	z	37,881	0,000	0,602
Kontrol	7,14±1,92	7,50±1,99	7,71±2,02	g*z	10,551	0,000	0,297
t test p değeri	1,648 0,112	1,908 0,070	3,804 0,001*		Post hoc:3>1,2; 2>1		

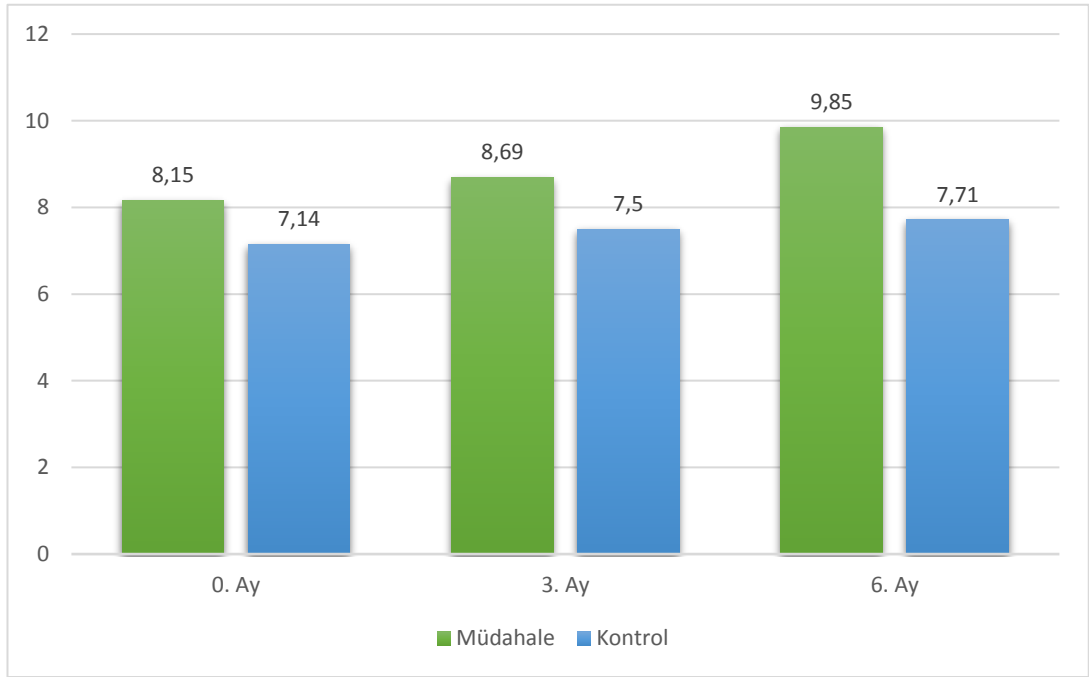
Tablo 13’de müdahale ve kontrol grubundaki yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin ölçüm zamanlarına göre Aile APGAR Ölçeği’nden aldıkları toplam puan dağılımları verilmiştir.

Müdahale grubundaki bakım vericilerin araştırmanın başlangıç aşamasında (0. Ay) belirlenen Aile APGAR toplam puanı 8,15±1,14, araştırmanın uygulama aşamasından itibaren üçüncü ayda belirlenen Aile APGAR toplam puanı 8,69±1,18 ve araştırmanın uygulama aşamasından itibaren altıncı ayda belirlenen bakım yükü toplam puanı ise 9,85±0,55’dir. Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki bakım vericilerin zamana göre Aile APGAR toplam puanları incelendiğinde; ilk ölçüm (0. Ay) toplam puanı 7,14±1,92, ikinci ölçüm toplam puanı 7,50±1,99, üçüncü ölçüm toplam puanı ise 7,71±2,02 olarak hesaplanmıştır (Tablo 13, Şekil 13).

Grupların Aile APGAR toplam puanları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=5,976, p=0,000), zaman (F=37,881, p=0,000) ve grup*zaman (F=10,551, p=0,000) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Müdahale ve kontrol grubu arasında zamanın en az bir noktasında istatistiksel olarak bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Tüm ölçüm zamanlarında (0. Ay, 3. Ay, 6. Ay) deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı t-testi ile incelenmiştir. Buna göre araştırmanın başlangıç aşamasında (0. Ay) ve üçüncü ayda yapılan test sonuçları müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin Aile APGAR toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Araştırmanın son aşamasında müdahale ve kontrol grupları Aile APGAR toplam puanları ($t=3,804$, $p=0,001<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ölçüm zamanlarında meydana gelen değişimin hangi zamanlar arasında olduğunu belirleyebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre ise son ölçümün ilk ölçümden ve ara ölçümden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ara ölçümün de ilk ölçümden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13).



Şekil 13. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verici Bireylerin Aile APGAR Puanlarının Dağılımı

5. TARTIŞMA

Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylere yönelik hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının geliştirildiği ve etkisinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda üç başlık altında tartışılmıştır.

- ✓ Yatağa bağımlı hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması.
- ✓ Bakım verici bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması.
- ✓ Müdahale ve kontrol gruplarında ölçüm zamanlarına göre bakım yükü, yaşam kalitesi ve aile işlevsellik düzeyi ile ilgili bulguların tartışılması.

5.1. YATAĞA BAĞIMLI HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Evde bakım hizmetleri; yaşlı, kronik hastalığı olan ve/veya engelli bireylerin uzun süreli hastane ortamında kalmasına gerek kalmadan yaşadıkları ortamda bakım ve tedavi uygulamalarının sürdürülerek hem hastanelerde oluşan yığılmaların hem de hastalarda hastanede kalmaya bağlı gelişen komplikasyonların önlenmesi amacıyla sunulmaktadır (Limnili ve Özçakar 2015, Taşdelen ve Ateş 2012). Bu kapsamda MS, ALS, SVO, Demans, Alzheimer, Serebral Palsi gibi nörolojik ve kas hastalığı olan hastalar, ileri derece solunum sistemi hastalığına sahip bireyler, terminal dönem kanser hastaları, ağır engeli bulunan hastalar, morbid obezite gibi nedenler ile yatağa bağımlı olan hastalar evde bakım hizmetlerinden faydalanabilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki hastalar; yaş ortalaması, eğitim durumu, medeni durum, aylık geliri, gelir düzeyi, kronik hastalık, yatağa bağımlılık özellikleri ve bağımlılık düzeyi açısından karşılaştırıldıklarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, her iki grubun belirtilen özellikler açısından homojen bir dağılım gösterdiği belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu açıdan her iki grupta benzer sonuçlar elde edilmiş olması çalışmanın güçlü yanlarındanır.

Yaşamın doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan yaşlılık ile birlikte bireylerin fiziksel kapasitelerinde, psikolojik durumlarında, sosyal katılım ve kişilerarası ilişkilerinde bir takım olumsuz değişiklikler meydana gelmekte ve ev ortamında bakım ihtiyaçları da buna paralel olarak artmaktadır (Bahar ve Parlar 2007, Bilge ve ark 2014). Bu

çalışmada müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamalarının 65 ve üzerinde olduğu ve hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Yapılan birçok araştırmada evde bakım alan hastaların çoğunlukla yaşlı bireyler olduğu belirtilmektedir (Thome, Dykes and Hallberg 2003, Akdemir ve ark 2011, Çayır ve ark 2013, Korkmaz ve ark 2018). Çayır ve arkadaşlarının (2013) evde bakım hizmeti alan hastaların özelliklerini belirlediği çalışmasında; araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamasının 68,7±19,2 yıl olduğu, Akdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında hastaların %60,5'inin 66 yaş ve üzerinde olduğu, Korkmaz ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise hastaların yaş ortalamasının 69,2±17,8 yıl olduğu ifade edilmektedir. Avusturya, Almanya ve ABD gibi farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda, evde bakım hizmetlerinin çoğunlukla 65 yaş ve üzeri kişilere verildiği belirtilmektedir (Thome et al 2003). Ayrıca araştırmada müdahale grubundaki hastaların %69,2'sini, kontrol grubundaki hastaların ise %64,3'ünü kadın hastalar oluşturmaktadır. Literatürde evde bakım alan hastalar ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun kadın olduğu göze çarpmaktadır (Taşdelen ve Ateş 2012, Limnili ve Özçakar 2013; Korkmaz ve ark 2018). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2020 yılı verilerine göre ülkemizde son beş yılda yaşlı nüfusunun %22,5 oranında arttığı ve yaşlı nüfusunun %44,2'sini erkek, %55,8'ini kadın nüfus oluşturduğu belirtilmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>). Bununla birlikte Dünya genelinde 60 yaş ve üzeri bireylerin sayısının yaklaşık bir milyar olduğu ve ilerleyen yıllarda bu sayının iki katına çıkacağı ifade edilmektedir (https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1). Dolayısıyla hem bizim çalışmamızdan hem de diğer araştırmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda Dünya'da ve Türkiye'de artan yaşlı nüfus ile birlikte ev ortamında bakıma ihtiyaç duyan yaşlı sayısında artış olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte yaşlı nüfusun büyük çoğunluğunu kadın bireylerin oluşturması evde bakıma ihtiyaç duyan bireylerinde genellikle kadın hastalar olduğunu düşündürmektedir.

Hastaların eğitim durumu, medeni durum, aylık gelir ve aylık gelir düzeyi durumları incelendiğinde; her iki grupta yer alan hastaların çoğunun ilköğretim mezunu olduğu, müdahale grubundaki bireylerin %61,5'inin, kontrol grubunun ise %42,9'unun evli olduğu, her iki gruptaki hastaların çoğunun aylık bir gelirinin olduğu ve hastaların

yaklaşık yarısının aylık gelirini orta olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Akdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, evde bakım alan hastaların %52,7'si ilköğretim mezunu olup, %73,7'si bekar ve gelir düzeyleri açısından %73,7'sinin orta düzey gelire sahip olduğu saptanmıştır. Evde bakım hizmetleri ile ilgili yapılan bir diğer çalışmada ise; hastaların %88,5'inin ilköğretim ve altı eğitim aldıkları, çoğunun evli olduğu (%84,0) ve %68'inin gelir düzeylerinin gelir gidere eşit olduğu bildirilmiştir (Aşiret ve Çetinkaya 2016). Çatak ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada hastaların %97,2'sinin eğitim durumu ilköğretim veya okur yazarlık bilme seviyesinde olup, Enginyurt ve Öngel'in (2012) çalışmasında ise bu oran %95,2 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadan ve diğer araştırmalardan elde edilen bulgulara bakıldığında; ülkemizdeki sosyokültürel ve sosyoekonomik yapı göz önünde bulundurulursa bu durumun beklenildiği söylenebilir.

Bireylerin banyo yapma, tuvalet ihtiyacını karşılama, saç, el, yüz bakımını yapabilme, hareket etme, iletişim becerilerini kullanma gibi her gün bağımsızca yapılan günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi sonucunda başka bir kişinin desteğine ihtiyaç duyması onların bağımlı duruma geldiğini göstermektedir (Júnior ve ark 2013). Ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin sunumu çoğunlukla günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen hastalara verilmektedir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslarihak-kindayonerge.html>). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda yatağa bağımlılığın en önemli nedeninin serebrovasküler hastalıklar olduğu belirtilmektedir (Akdemir ve ark 2011, Liu et al 2019). Araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki hastaların büyük çoğunluğunda (%46,2), kontrol grubundaki hastaların ise bir kısmında (%28,6) yatağa bağımlılığın nedeni inme olarak saptanmıştır. Yatağa bağımlılığın sistemler üzerinde meydana getirdiği olumsuz etkilenmeler hastaların üriner kateter, trakeostomi kanülü, PEG kateteri gibi ekipmanları kullanması ile sonuçlanabilmektedir. Araştırmamızda müdahale grubunda bulunan hastaların %61,5'inde, kontrol grubundaki hastaların ise %38,5'inde en az bir ekipman bulunduğu belirlenmiştir. Ayrıca yatağa bağımlı hastalarda kas iskelet sisteminin olumsuz etkilenmesi sonucunda en sık görülen komplikasyon ise basınç yaralarının görülmesidir (Ersoy ve ark, 2013; Özkan ve Turhan 2019). Bu araştırmada müdahale grubundaki hastaların %23,1'inde, kontrol grubundaki hastaların ise %7,1'inde basınç

yarası bulunmaktadır. Evde bakım alan yatağa bağımlı hastalarda yapılan çalışmalar incelendiğinde; hastaların büyük çoğunluğunun nörolojik hastalıklara bağlı inme nedeniyle yatağa bağımlı olduğu ve bu nedenle evde sağlık hizmetlerine başvuru yaptıkları belirlenmiştir (Akdemir ve ark 2011, Önder ve ark 2015, Karaman, Kara ve Atar 2015, Korkmaz ve ark 2018). Subaşı ve Öztekin (2006) çalışmasında diğer çalışmalara benzer olarak bireylerin evde bakım hizmetlerinden faydalanma nedenlerinin inme ve serebrovasküler olaylar olduğunu belirtmişlerdir. Finlandiya’ da yapılan bir araştırmada bireylerin evde bakım alma nedenlerinin kardiyovasküler, onkolojik ve romatizmal hastalıklar olduğu, Japonya’da yapılan bir çalışmada ise yaşlı bireylerin çoğunun serebrovasküler hastalıklar nedeniyle evde bakım hizmeti aldığı saptanmıştır (Kuuppelomaki, Sasaki, Yamada, Asakawa and Shimanouchi 2004, Akiyama, Hanabusa and Mikami 2011). Önder ve arkadaşlarının (2015) evde bakım alan hastaların özelliklerini incelediği çalışmasında; hastaların %25,0’inde, Taşdelen ve Ateş’in (2012) çalışmasında ise evde bakım hastalarının %28,9’unda basınç yarası olduğu belirtilmektedir. Yine ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre evde bakım hizmeti alan hastaların %14’ünde basınç yarası geliştiği saptanmıştır (Öğür ve ark 2019). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar ile yapılan bazı araştırma sonuçlarının benzerlik gösterdiği saptanmış olup, bazı araştırma sonuçları ile farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Bu durumun çalışma kapsamına alınan hastaların öznel durumlarından ve hastanın bakımını etkileyen diğer faktörlerden (bakım verici, çevresel faktörler, bireysel faktörler vb.) kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaşlı bireylere yönelik bakım hizmetlerinin planlanmasında bireylerin bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi ve bu kapsamda bakımın sürdürülebilirliğinin sağlanması kritik öneme sahiptir. Çalışmamızda her iki grupta yer alan hastaların büyük bir bölümünü (Müdahale; %76,9, Kontrol; %85,7) tamamen bağımlı hastalar oluşturmaktadır. Ayrıca hastaların Barthel GYA indeksi puan ortalaması müdahale grubunda $10,00 \pm 16,20$, kontrol grubunda ise $8,21 \pm 10,85$ olarak belirlenmiştir. Literatürde evde bakım hizmeti alan hastalar ile yapılan araştırma sonuçlarına göre; Eker ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında hastaların %90’dan fazlasının tam bağımlı ya da yarı bağımlı olduğu, Kalıncara ve Kalaycı’nın (2017) çalışmasında yaşlı bireylerin %24,4’ünün tam bağımlı, %54,1’inin yarı bağımlı olduğu, Işık ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise hastaların %40,2’si tam bağımlı, %21,0’ı yarı

bağımlı olarak saptanmıştır. Morales-Asencio ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında evde bakım alan hastaların Barthel GYA indeksi puan ortalamasının $48,84 \pm 32,44$ olduğu belirlenmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2018) evde bakım alan hastaların sağlık ve bakım ihtiyaçlarını belirlediği çalışmasında; hastaların Barthel GYA indeksi puan ortalamasının $34 \pm 2,9$ olduğunu ve tam bağımlı hasta sayısının 18 (%42,8) kişi olarak belirlediğini ifade etmiştir (Kaya, Mercan ve Çiftçili 2018). Ülkemizde evde bakım hastaları ile yapılan başka bir araştırmada ise bireylerin Barthel GYA indeksi puan ortalamasının $49,22 \pm 29,18$ olduğu belirlenmiştir (Mollaoğlu, Özkan Tuncay ve Kars Fertelli 2011). Dolayısıyla konu ile ilgili yapılan araştırma bulgularının bizim çalışmamızın bulgularından farklı olduğu görülmektedir. Bu sonucun ise çalışmanın örneklem grubunu oluşturan hastaların yatağa bağımlı özellikte olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kronik hastalıkların görülme sıklığı yaşla birlikte artarak, bireylerin yaşam kalitelerinin büyük oranda azalmasına neden olmaktadır (Bilge ve ark 2014). Kronik hastalıklar uzun süreli bakım gerektiren, yavaş ilerleme gösteren, periyodik izlem ve destek gerektiren durumlardır (Özdemir ve Taşçı 2013). Bu araştırmada ve evde bakım hastalarına yönelik yapılan birçok araştırmada (Thome et al 2003, Akdemir ve ark 2011, Çayır ve ark 2013, Korkmaz ve ark 2018) hastaların büyük çoğunluğunu yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Dolayısıyla evde bakım alan yaşlı bireylerin sayısının fazla olması göz önünde bulundurulduğunda bu bireylerde görülen kronik hastalıklarında çok çeşitli olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda müdahale grubunda bulunan hastaların %53,8'inde Alzheimer, %46,2'sinde ise hipertansiyon hastalığı olduğu, kontrol grubunda bulunan hastaların ise %57'sinde hipertansiyon, %28,6'sında ise Alzheimer hastalığı olduğu belirlenmiştir. Literatürde evde bakım alan hastalarda yapılan araştırmalarda, bireylerin kronik hastalıkları arasında kas iskelet ve nörolojik sistem hastalıkları, dolaşım sistemi hastalıkları, endokrin ve metabolizma hastalıkları ve solunum sistemi hastaları bulunmaktadır (Enginyurt ve Öngel 2011, Limnili ve ark 2013, Karaman ve ark 2015, Eker, Özerdoğan, Yıldırım, Oymak ve Bakar 2019). Korkmaz ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı olan hastalarda serebrovasküler hastalıklar (%55,7), iskemik kas hastalıkları (%51,8) ve hipertansiyon (%45,7) en çok görülen hastalıklar olarak belirlenmiştir. Yörük, Çalışkan ve Gündoğdu'nun (2012) çalışmasında ise evde bakım

alan bireylerde hemipleji ile birlikte kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve nörolojik hastalıkların görüldüğü bildirilmektedir. Bizim çalışmamızdan elde edilen bulgular ile diğer çalışmalardan elde edilen bulgular benzerlik göstermekle birlikte bazı çalışmalardan farklı bulguların olduğu görülmektedir. Bu farklılığın ise çalışmaların Türkiye’de farklı bölgelerde yürütülmüş olmasından ve araştırma kapsamına alınan hastaların kronik hastalık öyküsünü etkileyebileceği düşünülen yaş, cinsiyet, genetik faktörler gibi özelliklerinin farklı olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2. BAKIM VERİCİ BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada bakım verici ifadesi yatağa bağımlı olan hastaların beslenme, boşaltım, fiziksel hareket, öz bakım gereksinimleri gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bireylerin primer bakımını sürdüren, bu bakım uygulamalarına en az altı aydır devam eden ve yaptığı uygulamalar sonucunda hastanın yakınlarından herhangi bir ücret talep etmeyen kişiler için kullanılmaktadır. Ülkemizde aile içi ilişkilere önem verilmesi, geleneksel bir yapının olması, ev ortamında hasta bakımının takdir edilen, yüceltilen ve onur duyulan bir uygulama olması bakım vericiler tarafından evde bakımın daha çok benimsenmesine neden olmaktadır (Taşdelen ve Ateş 2012, Yıldırım ve ark 2013).

Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerden elde edilen bulgulara göre; müdahale grubunda yer alan bakım vericilerin yaş ortalaması 52,15 ±10,72 yıl, kontrol grubundaki bakım vericilerin yaş ortalaması ise 53,07 ±14,9 yıl olup, her iki grupta bakım verici bireylerin büyük çoğunluğunu kadın bireyler (Müdahale; %92,3, Kontrol; %92,9) oluşturmaktadır. Ülkemizde konuya ilişkin yapılan araştırmalar incelendiğinde; bakım vericilerin çoğunun 40 yaş ve üzerinde olduğu ve kadın bireylerden oluştuğu belirlenmiştir (Mollaoğlu ve ark 2011, Zaybak ve ark 2012, Taşdelen ve Ateş 2012, Yıldırım ve ark 2013, Aşiret ve Çetinkaya 2016, Kalıncara ve Kalaycı 2017). Kurata ve Ojima (2014) Japonya’da 494 bakım verici birey ile yürüttükleri çalışmada katılımcıların %32,9’unun 50’li yaşlarda ve %77,8’inin kadın olduğunu belirtmiştir. Ryno ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ise evde bakım sağlayıcılarının yaş ortalamasının 66,9±11,0 yıl olduğu ve büyük çoğunluğunun (69,6%) kadın bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Londra’da yapılan bir çalışmada

kanser hastalarının bakımından sorumlu olan bakım vericilerin yaş ortalamasının $55,5 \pm 16,9$ yıl olduğu, araştırma kapsamındaki bireylerin %55'inin kadınlardan oluştuğu ifade edilmiştir (Harding et al 2012). Çalışmamızda yer alan bakım vericilerin yaş ortalaması ile ülkemizde yapılan çalışmalarda bakım vericilerin yaş ortalamaları arasında benzer sonuçlar olduğu belirlenmiştir. Ancak uluslararası çalışmalarda bakım verici bireylerin yaş ortalamaları açısından farklılıklar olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarındaki benzerlikler ve farklılıkların araştırmanın yürütüldüğü bölgelerdeki ortalama yaşam sürelerinin farklı olmasından kaynaklabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte bakım vericilerin yaş ortalamalarının 40 yaş ve üzerinde olmasının nedeninin bakım verme sorumluluğunun genellikle aile üyeleri arasında yaşça büyük kişilere uygun görülmesinden olabileceği yönündedir. Bu çalışmada ve yapılan diğer çalışmalarda hasta bireylerin bakım sorumluluğunu genellikle kadın bireylerin üstlendiği görülmektedir. Gerek bizim toplumumuzda gerekse diğer toplumlarda bakımın kadın cinsiyete özgü görülmesi araştırma bulgularının kadın cinsiyete yoğunlaşmasının nedeni olabilir.

Araştırmanın müdahale grubunda bulunan bakım vericilerin %61,5'i ve kontrol grubunda bulunan bakım vericilerin %71,4'i ilköğretim mezunudur. Ayrıca her iki grupta bulunan bakım vericilerin büyük çoğunluğunun (müdahale; %69,2, kontrol; %71,4) evli ve ev hanımı (müdahale; %61,5, kontrol; %85,7) olduğu belirlenmiştir. Kapucu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında bakım verenlerin yarısının (%50,0) ilköğretim mezunu, %42,1'inin evli ve %79,0'unun ise ev hanımı olduğu belirtilmektedir. Taşdelen ve Ateş'in (2012) çalışmasında ise bakım verenlerin %47,5'inin ilköğretim düzeyinde eğitime sahip oldukları %79,1'inin evli, %63,3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Ülkemizde inmeli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükünü ve etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmada bakım vericilerin %51,3'ünün okuryazar ve ilkokul mezunu oldukları ve araştırma kapsamına alınan bireylerin yarısından fazlasının (%58,8) çalışmadığı belirlenmiştir (Yıldırım ve ark 2013). Dolayısıyla bu araştırmanın ve konu ile ilgili yapılan diğer araştırmaların bulguları, evde bakım veren bireylerin büyük bir bölümünün ilköğretim mezunu, evli ve ev hanımı olduğunu göstermektedir. Özellikle ülkemizde eğitim durumu lise ve üniversite düzeyinde olan bireylerin iş yaşamında daha çok rol aldıkları düşünülürse bu bulguların beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki bireylerin %46,2'si, kontrol grubundaki bireylerin ise %78,6'sı gelirlerinin giderden daha az olduğunu ifade etmiştir. Bakım vericiler ile yürütülen bazı çalışmalarda bakım verenlerin gelir düzeyinin orta olduğu belirtilmiştir (Zaybak ve ark 2012; Aşiret ve Çetinkaya 2016). Taşdelen ve Ateş (2012) bakım verenlerin %43,5'inin hiçbir geliri olmadığını, Yıldırım ve arkadaşları (2013) inmeli hastaya bakım verenlerin %52,5'inin gelir düzeyi algısının kötü olduğunu belirtmişlerdir. Uluslararası literatürde evde bakım sağlayıcıları gelir durumlarını orta ve yetersiz olarak değerlendirmişlerdir (Lin, Wang, Pai and Ku 2017, Sinha, Desai, Prakasha, Kushwaha and Tripathi 2017). Yapılan araştırma bulguları ile bizim çalışmamızın bulguları arasında benzerlik olmakla birlikte bazı çalışmalarda gelir düzeyinin orta düzeyde belirlendiği görülmektedir. Bu durum evde hasta bakımının sürdürülmesinin maliyetli olabileceğini ve bu durumun bakım vericilerin gelir düzeylerine yansıtılabileceğini akla getirmektedir.

Türkiye'de sosyokültürel yapı gereği aile üyelerinden birinin hasta olması durumunda bakım verme görevi genellikle aile içinde üstlenilmekte olup, bu sorumluluğu öncelikle kadınlar ve hasta bireylerin çocukları almaktadır (Taşdelen ve Ateş 2012, Zaybak ve ark 2012). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunda yatağa bağımlı hastanın bakım sorumlusunun çoğunlukla kızı olduğu belirlenmiştir. Elde edilen verilere göre müdahale grubunda yer alan yatağa bağımlı bireylerin %53,8'ine, kontrol grubunda yer alan yatağa bağımlı bireylerin ise %35,7'sine kızının bakım verdiği saptanmıştır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde bu çalışma bulgularını desteklediği görülmektedir (Mollaoğlu ve ark 2011, Zaybak ve ark 2012, Aşiret ve Çetinkaya 2016, Bierhal et al 2017, Lin et al 2017, Karabal 2020). Bununla birlikte ülkemizde ve Dünya'da yapılan bazı araştırma sonuçları bakım verilen kişilerin çoğunlukla eşler olduğunu göstermektedir (Kapucu ve ark 2009, Harding et al 2012, Sinha et al 2017, Öğür ve ark 2019). Literatürdeki araştırma sonuçları ve bu araştırmanın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde bir bireyin bakım sorumluluğunun öncelikle aile üyelerinden birinin üstlendiğini, dolayısıyla bu durumun aile bağlarının güçlü olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Yatağa bağımlı olan hastaların bakım uygulamalarının ev ortamında sürdürülmesinin hasta açısından olumlu yansımaları olsa da bu bireylere bakım veren kişilerin bilgi eksikliğine bağlı olarak bazı sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmasına neden

olmaktadır (Öğür ve ark 2019). Bu sorunların başta psikososyal yakınmalar olmak üzere fiziksel, emosyonel, uyku ve kas iskelet sistemi ile ilişkili sorunlar olduğu belirtilmektedir (Mollaoğlu ve ark 2011, Bekdemir ve Ilhan 2019). Çalışmamızda müdahale grubundaki bireylerin %46,2'sinde, kontrol grubundaki bireylerin ise %64,3'ünde sağlık sorununun olduğu saptanmıştır. Kapucu ve arkadaşları (2009) yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları zorlukları belirledikleri çalışmada bakım verenlerin %31,6'sının sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte Bekdemir ve Ilhan (2019) bakım veren bireylerin %42,6'sının bir sağlık problemi yaşadığını, Tuna ve Olgun (2010) ise inmeli hastaya bakım verenlerin %51,8'inin sağlıklarının olumsuz etkilendiğini ve %57'sinin fiziksel veya psikolojik sağlık sorunları yaşadığını ifade etmiştir. Yatağa bağımlı hastaya bakım veren bireylerde sağlık sorunlarının olması, bu sorunların bakım vermeye bağlı olabileceğini göstermektedir. Uzun süre yatağa bağımlı olan hastanın bakımını sürdürmek, bakım verenlerin kendi sağlıklarını ihmal ettiklerini, sağlık kontrollerine düzenli olarak gitmediklerini ve var olan sağlık durumlarının daha da kötüleşmesine yol açtığını düşündürmektedir.

Evde bakımı sürdürülen hastalar ve bakım verenler ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastaların solunum, beslenme, öz bakımını yapma, boşaltım, banyo yapma, hareket etme, giyinme, telefonu kullanma, alışveriş yapma ve kendi ilacını alma gibi birçok konuda desteğe ihtiyacı olduğu belirtilmektedir (Taşdelen ve Ateş 2012, Aşiret ve Çetinkaya 2016, Kalinkara ve Kalaycı 2017, Özgünay, Akça, Karasu ve Kılıç 2019). Bu açıdan değerlendirildiğinde bakım vericilerin karşılanmamış pek çok gereksinimi olduğu ve bakım verme ile ilgili rollerini yerine getirmekte zorlandıkları bilinmektedir (Yıldırım ve ark 2013). Bakım vericilerin hasta bakımını sürdürmeye yönelik özelliklerinin bilinmesi, hasta bakımını üstlenen bireylerin doğru bir şekilde bakım vermesinde, bakımla ilişkili (aspirasyon pnömonisi, yatak yarası gibi) olası komplikasyonların önlenmesinde ve bakımla ilgili yaşanan sorunların en aza indirilmesinde önemli bir rol oynayacaktır. Özellikle bireylerin hasta bakımı ile eğitim alarak bilgi sahibi olmaları durumunda bakım yükünün azalacağı ve bakım vermede daha az zorluk yaşayacağı ifade edilmektedir (Taşdelen ve Ateş 2012). Çalışmada müdahale grubu kapsamına alınan bakım vericilerin %69,2'si, kontrol grubundaki bakım vericilerin ise %85,7'sinin hasta bakımı ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları

belirlenmiştir. Kalıncara ve Kalaycı (2017) yaşlıya evde bakım veren bireylerin %87,1'inin hasta bakımına yönelik herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmiştir. Taşdelen ve Ateş (2012) ise araştırmaya katılan evde bakım verenlerin %84,2'sinin hasta bakımı ile ilgili bir deneyimi olmadığını ve buna rağmen bakım verenlerin hasta bakımı konusunda kendilerini yeterli hissettiklerini, eğitim gereksinimi duymadıklarını bildirmişlerdir. Gerek bizim çalışmamızdan gerekse diğer çalışmalardan elde edilen bulgular ülkemizde evde bakım veren bireylerin hasta bakımı ile ilgili eğitim alma durumlarının yetersiz olduğunu, bu durumun ise bakım veren bireylerin talepte bulunmadığı için olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte bakım vericilerin büyük çoğunluğunun (müdahale; %61,5, kontrol; %50) hastalara 6 ile 24 ay arasında bakım verdikleri ve müdahale grubundaki bireylerin günlük ortalama $6,15 \pm 2,37$ saat, kontrol grubundaki bakım vericilerin ise $5,0 \pm 1,51$ saat bakım verdikleri belirlenmiştir. Literatürde bakım vericilerin bakım verme süreleri ile ilgili farklı veriler bulunmaktadır. Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında araştırma kapsamına alınan bireylerin %79,2'sinin 1-6 ay arasında bakım verdikleri belirlenmiştir. Liu, Insel, Reed ve Crist (2012) demanslı hastaya bakım verenlerin %33,3'ünün 25-60 aydır bakım verdiklerini saptamışlardır. Konuya ilişkin yapılan bazı çalışmalarda bakım vericilerin günlük hasta bakımına ayırdıkları sürenin ortalama 6-8 saat olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın ve diğer çalışmaların bulguları birlikte değerlendirildiğinde bakım verme sürelerinin farklılık göstermesi bakım vericilerin bireysel özellikleri ve bakım gereksinimleri farklı olan hasta bireylere bakım vermesi ile ilişkili olabileceği yönündedir.

5.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDA ÖLÇÜM ZAMANLARINA GÖRE BAKIM YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE AİLE İŞLEVSELLİK DÜZEYİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Evde yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylere yönelik hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının etkisinin incelendiği bu çalışmada, müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilerin Zarit Bakım Yükü Ölçeği'nden aldıkları toplam puanları arasında grup, zaman ve grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Müdahale grubunda yer alan bakım vericilerin zamanla bakım yükü toplam puanlarında azalma

olduğu, bu azalmanın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Müdahale ve kontrol gruplarında araştırmanın başlangıç aşamasında (0. Ay) yapılan bakım yükü test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$), ancak müdahale ve kontrol gruplarında araştırmanın uygulama aşamasından itibaren üçüncü ayda yapılan ölçüm ile altıncı ayda yapılan ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise girişim süresi (6. ay) boyunca, zamanla birlikte bakım verme yükü artış göstermiştir. Müdahale ve kontrol grubu arasındaki farklılık, girişimin etkili olduğunu göstermekte ve araştırmanın bir numaralı hipotezini doğrulamaktadır (H_1 kabul). Bu çalışmada hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeli ile uygulanan aile destek programı bireylerin bakım verme yükünü azaltmıştır.

Bakım vericiler açısından hasta bakımı değerlendirildiğinde sadece fiziksel bir yardım şekli ile sınırlı olmadığı, aynı zamanda emosyonel, sosyal ve maddi yönleri ile algılandığı ifade edilmektedir. Özellikle bir yakınına ev ortamında bakım vermenin, bireyler arasında yakın ilişkilerin gelişmesi, kişisel doyum sağlama, samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma gibi olumlu taraflarının yanında birçok zorlu süreçlerin yaşanmasına neden olduğu bilinmektedir (Zaybak ve ark 2013, Aşiret ve Çetinkaya 2016, Gel ve Kesgin 2017). Yapılan çalışmalarda uzun süre bir hastaya bakım vermenin, bakım verenlerde fiziksel yorgunlukların yaşanmasına, ruhsal çökkünlüklerin ortaya çıkmasına, aile içi dinamiklerinin olumsuz yönde etkilenmesine ve maddi sorunlar yaşamalarına yol açtığını belirtilmektedir (Taşdelen ve Ateş 2012, Özgünay ve ark 2019, Lin et al 2017, Ryuno et al 2020). Birçok çalışmada bakım verenlerin, sosyal, psikolojik, kültürel açıdan ele alınıp desteklendiğinde bireysel başetme becerilerinde gelişme olduğu, yaşam kalitesinin pozitif yönde etkilendiği ve yaşadığı sağlık sorunlarına ilişkin şikayetlerinin azaldığı saptanmıştır (Dias et al 2008, Molassiotis et al 2009, Etemadifer, Bahrami, Shahriari and Farsani 2014).

Dias ve arkadaşları (2008) randomize kontrollü olarak gerçekleştirdiği çalışmasında demans hastalarına bakım veren bireylere uyguladıkları evde bakım programının bakım vericilerde algılanan bakım yükünü altıncı ayın sonunda önemli oranda azalttığını ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığını belirlemişlerdir. İran'da yapılan bir araştırmaya göre kalp ile ilişkili sağlık sorunları

yaşayan bireylerin ailelerine verilen destekleyici eğitimlerin eğitim sonrası ve üç ay sonra bakım verme yüklerinin gruplar arasında farklı olduğu, eğitim verilen grupta bakım yükünün daha düşük belirlendiği ifade edilmiştir (Etemadifer et al 2014). İspanya’da primer sağlık bakım hizmetlerinde hemşire liderliğinde evde bakımın yönetimine ilişkin yapılan çok merkezli çalışmada, müdahale grubunu oluşturan 70 immobil ve bağımlı hasta yakınının bakım yüklerinin, araştırmanın başlangıç aşamasından yüksek olduğu, ilerleyen süreçte ise bireylerin bakım yüklerinde düşüş meydana geldiği belirtilmiştir (Morales-Asencio et al 2008).

Ülkemizde deneysel desende evde bakım alan hasta yakınları ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, Öğür ve arkadaşlarının (2019) evde sağlık hizmeti alan bağımlı hastaların aile üyelerine verilen eğitimin etkisini değerlendirdiği çalışmasında, 132 bakım vericiye sunulan eğitim programı sonrasında bakım verenlerde bakım yüklerinin önemli oranda azaldığı ve bu azalmanın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmada yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerine yapılan eğitimin bakım yükünü azalttığı ve bu doğrultuda bakım verme yeterliliğini artırmada etkili olduğu bulunmuştur (Öğür ve ark 2019). Temizer ve Gözüm (2012) inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimlerin etkililiğini değerlendikleri çalışmasında ise eğitim sonrası üçüncü ayda yapılan değerlendirme sonrası müdahale grubunda yer alan bireylerin bakım yüklerinin kontrol grubunda bulunan bireylere göre büyük oranda azaldığını ve verilen eğitimlerin yararlı olduğunu vurgulamıştır. Çalışmamızın bulguları ile yapılan benzer araştırma bulgularının paralellik göstermesinin yanısıra bazı araştırma bulguları evde bakım verenlerde eğitim sonrası bakım yükünün azaldığını ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmektedir. Dolayısıyla ortaya çıkan bu farklı sonuçların, bakım verenlere sunulan eğitimlerin süresi, içeriği, bakım vericilerin değişen rolleri ve yükümlülükleri, yaşam perspektifi ve sosyal ilişkileri ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yükünü etkileyen en önemli faktörlerden birinin bakım verme süresi olduğu belirtilmektedir. Özellikle uzun süreli bakıma gereksinim duyan hastaya bakım vermek bireyin günlük yaşamını ve aile süreçlerini olumsuz yönde etkileyerek, bakım yükünün artmasına yol açmakta bakım verenin psikolojisini bozmakta ve kendine zaman ayırmasını engellemektedir. Bunun sonucu olarak bakım veren birey

mutsuzluk, anksiyete, huzursuzluk gibi psikolojik sorunlar yaşamakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Tayaz ve Koç 2018, Fertelli ve Tuncay 2019).

Müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilerin WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanları arasında grup, zaman ve grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan bakım vericilerin zamanla yaşam kalitesi toplam puanlarında artma meydana geldiği, bu artışta istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte müdahale ve kontrol grubu arasında yapılan ilk ölçümde yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği toplam puanları ile alt boyut (fiziksel alan, genel sağlık durumu, psikolojik alan, sosyal ilişkiler alanı, çevresel alan) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamakta olup, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerde müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş eğitim alan bakım vericilerin, rutin evde sağlık hizmetlerinden takip edilen bakım vericilere göre yaşam kalitelerinin düzeyinde yükselme olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda çalışmanın H₂ hipotezi kabul edilmiştir.

Evde hasta bakımını üstlenen bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi açısından önemlidir (Khan, Pallant and Brand 2007, Yeşil, Uslusoy ve Korkmaz 2016, Fertelli ve Tuncay 2019). Literatürde inme, demans, multipl skleroz, kanser hastaları gibi bireylerin bakımını sürdüren aile üyelerine yönelik verilen destek eğitimlerin yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmalar incelendiğinde, destek eğitim sonrası bakım verenlerin yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır (Waldron, Janke, Bechtel, Ramitez, Cohen 2013, Orrell et al 2017, Kuzu 2018, Possin et al 2019, Gok Ugur ve Erci 2019).

Waldron ve arkadaşları (2007) yetişkin kanser hastalarına bakım verenlerde uygulanan psikososyal girişimlerin etkililiğinin değerlendirildiği çalışmaları inceleyerek, problem çözme ve iletişim becerilerini hedefleyen müdahalelerin bakım verenlerde genel yaşam kalitesini iyileştirdiği, hasta bakımı ile ilgili rol değişikliğine bağlı anksiyete düzeyini hafiflettiği ve hasta bakımı ile ilgili yükünü azalttığı yönünde bulgular elde etmiştir. Randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen altı çalışmanın

sonuçları doğrultusunda bakım verenlere sunulan destekleyici eğitimlerin bakım verenlerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde en etkili yöntemlerden biri olduğu, özellikle aileyi içine alan, semptom yönetimini ve stresle başa çıkma stratejilerini içeren eğitim kombinasyonlarının yaşam kalitesini iyileştirmek için önemli kazanımlar sağlayacağı belirtilmektedir (Waldron et al 2013).

Possin ve arkadaşları (2019) telefon ve internet aracılığıyla demanslı hastalara yönelik yürüttükleri işbirlikçi bakımın etkisini belirledikleri çalışmada, bakım verenlerde yaşam kalitesini fiziksel sağlık, enerji düzeyi, yaşam koşulları, sosyal ilişkiler, finansal durum gibi 13 farklı açıdan ele almışlardır. Çalışma bulguları yapılan girişimlerin tüm alanlarda olumlu yansımalarını olduğunu, bakım verenlerin depresyon düzeyinde önemli derecede azalma yaşandığını göstermiştir. Bununla birlikte bakım verenlerde yaşam kalitesinin yapılan girişimlerden 12 hafta sonra olumlu yönde arttığı saptanmıştır.

Orrell ve arkadaşlarının (2017) İngiltere’de demanslı hastalar ve onlara bakım desteği sağlayan bireyler ile yürüttükleri çalışmada, “Bilişsel Stimülasyon Terapisi” uygulaması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada yer alan 356 bakım verici, uygulamadan 26 hafta sonra beş boyutlu Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilmiş olup, bireylerin genel yaşam kalitesi puanlarında artış olduğu saptanmıştır. Ancak bireylerin fiziksel, mental, anksiyete ve depresyon durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ülkemizde bakım verenlerde yaşam kalitesinin incelendiği tanımlayıcı tipte pek çok araştırma olduğu belirlenmiştir (Tel, Demirkol, Kara ve Aydın 2012, Yeşil ve ark 2016, Tayaz ve Koç 2018, Fertelli ve Tuncay 2019). Buna rağmen deneysel türde bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma sonucuna ulaşılmıştır (Kuzu 2018, Gok Ugur ve Erci 2019). Yapılan her iki desendeki araştırma bulgularına göre, yaşlı ve inmeli bireylerin yakınlarına verilen eğitimlerin yaşam kalitesi toplam puanlarının ve alt boyut toplam puan ortalamalarının girişim uygulanan grupta daha yüksek olduğu ve kontrol ve deney grupları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız özellikle Türkiye’de yapılan çalışma sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde benzer olduğu görülmüştür. Konu ile ilgili yapılan diğer

araştırmalar incelendiğinde bakım verenlere yönelik tasarlanan etkili evde bakım yönetimi uygulamalarının bireylerin yaşam kalitelerinin arttırılmasına olumlu yansıdağı fakat bazı sonuçlar açısından (fiziksel, mental sağlık durumları) istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptanmıştır. Dolayısıyla evde bakım verenlerin yaşam kalitesinin arttırılmasında verilen eğitimin içeriği, süresi, bakım vericilerin bireysel özellikleri, bakım verilen hastanın özellikleri gibi pek çok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yatağa bağımlı hastalara bakım vermenin yol açtığı psikososyal sorunlar tüm aile süreçlerini olumsuz etkileyerek aile üyelerinin yeni bir düzen kurmasında zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Bazı aile yeleri bu kriz durumuna uyum sağlamayı ve üstesinden gelmeyi başarabilirken, bazıları ise bu süreci etkili ynetememekte ve bunun sonucunda depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Özellikle aile içi sorumlulukların paylaşıldığı, iş birliğinin yapıldığı işlevsel ailelerde bu süreçlere daha kolay uyum sağlanabilmektedir (Rodrguez-Snchez et al 2011, Lee et al 2017).

Müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilerin Aile APGAR toplam puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bununla birlikte her iki grupta Aile APGAR toplam puanlarında zamanla bir artış meydana geldiği, bu artışın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0,05$). Müdahale grubuna uygulanan aile destek programının bireylerin Aile APGAR toplam puanlarını arttırmada etkili olduğu ve bu etkinin uygulama faaliyetleri sonrasında altıncı ayın sonunda kontrol grubunun toplam puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, aile destek programı uygulanan bakım vericilerin, evde sağlık hizmetleri tarafından rutin hizmet alan bakım vericilere göre Aile APGAR toplam puanlarını yükseltmede etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre aile destek programı uygulanan bakım vericilerin aile işlevsellik memnuniyet düzeyinin aile destek programı uygulanmayan bakım vericilerin aile işlevsellik memnuniyet düzeyinden daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, H_3 hipotezi kabul edilmiştir.

Evde hasta bakımını üstlenen bireylere yönelik uygulanan eğitim programlarının aile süreçlerine etkisini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, sınırlı sayıda çalışma olduğu tespit edilmiştir (Morales-Asencio et al 2008, Velásquez, López, López, Cataño and Muñoz 2011). Morales-Asencio ve arkadaşlarının (2008) İspanya’da evde bakım vericilere yönelik hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeli ile verilen eğitimin aile işlevleri üzerinde olumlu etkisinin olduğu, ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan bir diğer çalışmada Kolombiya’da bakım vericilere yönelik kültürel temelli eğitim programının aile işlevsellik düzeyine etkisi değerlendirilmiştir. Gerontoloji alanında uzman bir hemşire tarafından 30 gün boyunca 37 katılımcıya verilen eğitimler sonrasında bireylerin aile işlevlerini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Velásquez et al 2011). Dolayısıyla çalışmamızdan elde edilen bulgu ile literatürde bakım vericilere verilen eğitimlerin aile işlevlerine etkisini değerlendiren bazı çalışmaların benzerlik gösterdiği söylenebilir. Evde hasta bakımını sürdürme kültürel faktörlerden etkilenmekle birlikte bir ülkenin aynı bölgesinde yaşayan bireylerin hastalarına bakım vermesi arasında dahi değişiklik görülebilmektedir. Bazı ailelerde bakım verme rolü sadece bir kişinin sorumluluğu olarak görülmekte olup, bu durum bireyi fiziksel, sosyal ve ekonomik açıdan önemli ölçüde etkiler ve ailenin işlevsel dinamiklerinin etkilenmesine neden olur. Bu doğrultuda hasta yakınlarını destekleyici eğitimlerin verilmesinin aile süreçlerine de olumlu yönde yansıtacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlar doğrultusunda araştırmacılar tarafından sunulan öneriler yer almaktadır.

6.1. SONUÇLAR

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- ✓ Müdahale ve kontrol grubunda yer alan yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin bakım yükü toplam puanları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$), müdahale ve kontrol grubu arasında zamanın en az bir noktasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Müdahale ve kontrol grubunda bulunan bakım vericilerin yaşam kalitesi toplam puanları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$), müdahale ve kontrol grubu arasında zamanın en az bir noktasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının bakım vericilerin yaşam kalitesi düzeyini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır.
- ✓ Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin aile işlevsellik toplam puanları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$), müdahale ve kontrol grubu arasında zamanın en az bir noktasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak, ülkemizde hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeli ile evde bakım veren bireylere yönelik oluşturulmuş kapsamlı bir eğitim programı ve danışmanlık hizmetlerinin bulunmaması nedeni ile çalışmamız ülke ve dünya literatürüne katkı sağlar niteliktedir. Özellikle web destekli eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yedi gün 24 saat ulaşılabilir olması evde bakım sağlayıcılarının yüklerinin azalmasına, kendilerini daha güvende hissetmelerine, aile süreçlerini daha etkili yönetebilmelerine ve yaşam kalitelerinin de olumlu yönde etkilenmesine neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca evde bakım alan hasta ve hasta yakınlarının multidisipliner sağlık ekibi tarafından izlenmesi ve eğitim gereksinimlerinin karşılanması hasta yakınlarının

yaşadığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların azalmasını ve hasta bakım kalitesinin de artmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Yatağa bağımlı hastaların ve bakım vericilerin bütüncül yönden ele alındığı, sürdürülebilir, çok merkezli çalışmaların yaygınlaştırılması,
- ✓ Bakım vericilerin kolaylıkla ulaşabileceği, evde hasta bakımı ile ilgili eğitim platformlarının (WEB2 araçları sitesi, uygulama, sosyal paylaşım siteleri vb.) oluşturulması,
- ✓ Bakım vericileri psikososyal açıdan destekleyen, Türkiye’de evde bakım veren aile üyelerinin bir arada bilgi paylaşımında bulunabileceği ortamların oluşturularak, etkisinin değerlendirilmesi,
- ✓ Çalışmamızın ülkemizde sürdürülen evde sağlık hizmetlerinin sunumuna nasıl bir etkisinin olduğu değerlendirilmemiştir. Bu nedenle evde bakım alan hastaların yakınlarına verilen eğitimlerin evde sağlık hizmetlerinin sunumuna (Ev ziyaretlerinin sıklığı, uygulanan girişimler, bakım vericilerin taleplerinin sıklığı) etkisini değerlendiren çalışmaların planlanması,
- ✓ Çalışmamız maliyet etkinlik açısından değerlendirilmemiştir, yatağa bağımlı hastaların yakınlarına sunulan eğitim destekli çalışmalarda maliyet etkinliğinin incelenmesi,
- ✓ Aile üyelerine sunulan eğitimlerin demans, kalp yetmezliği, diyabet, kronik böbrek yetmezliği (KBY) gibi toplumda sıklıkla gözlenen hastalıklara sahip spesifik özellikteki hastalara bakım veren bireylere yönelik eğitim programlarının yaygınlaştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1): 57-65.
- Akiyama A, Hanabusa H, Mikami H. (2011). Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(2): 85-88
- American Nurses Association (ANA). (2014). *Home Health Nursing: Scope and Standards of Practice* (2nd ed.). Washington, DC: Nursebooks.org.
- Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. (2017). Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70(1): 210-219.
- Aşiret GD, Çetinkaya F. (2016). Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden beklentileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Elektronik Dergisi*, 9(4): 120- 125.
- Bahar A, Parlar S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4): 33-37.
- Bekdemir A, Ilhan N. (2019). Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *The Journal of Nursing Research*, 27(3): e24.
- Beyazıt İ, Özdemir Ç, Aslan D, Erdoğan D, Çalagan F, Bilgili N, Ersoy V. (2016). Evde bakım hizmetleri ile ilgili sağlık emek ve meslek örgütlerinin görüş ve yaklaşımları. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, Ankara.
- Bierhals CCBK, Santos NOD, Fengler FL, Raubustt KD, Forbes DA, Paskulin LMG. (2017). Needs of family caregivers in home care for older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25: e2870.

- Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. (2014). Türkiye’de yaşı evde bakım hizmetleri. *Euras J Fam Med*, 3(1): 1-8.
- Bilgili N, Gözüm S. (2014). İnmeli hastaların evde bakımı: bakım verenler için rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2): 128-150.
- Boyoğlu R, Oktay S. (2002). Hastane destekli evde bakım hizmetleri ve sunumu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 12(49): 99-118.
- Büyüköztürk Ş. (2011). *Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.s.40
- Can R, Abacı LÇ, Kadioğlu S. (2013). Yaşıllara yönelik evde bakım hizmetleri sırasında gündeme gelen tıp etiği sorunları. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(3): 448-456.
- Case Management Society of America (CMSA). (2016). Standards of practice for case management. <https://www.abqaurp.org/DOCS/2016%20CM%20standards%20of%20practice.pdf> (Erişim tarihi: 21 Mart 2020)
- Chen WY, Huang SJ, Chang CK, Pan CH, Su SS, Yang TW, Kuo CJ. (2021). Excess mortality and risk factors for mortality among patients with severe mental disorders receiving home care case management. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(2): 109-117.
- Chow SKY, Wong FK. (2010). Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management programme. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8): 1780-1792.
- Collins LG, Swartz K. (2011). Caregiver care. *American Family Physician*, 83(11): 1309-1317.
- Cook RJ, Berg K, Lee KA, Poss JW, Hirdes JP, Stolee P. (2013). Rehabilitation in home care is associated with functional improvement and preferred discharge. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6): 1038-1047.

- Çaparlar CÖ, Dönmez A. (2016). Bilimsel araştırma nedir, nasıl yapılır? Turk J Anaesthesiol Reanim, 44(4): 212-218.
- Çatak B, Kılınç A, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. (2012). Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Turk J Public Health, 10: 13-21.
- Çayır Y, Avşar ÜY, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. (2013). Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. Konuralp Tıp Dergisi, 5(3): 9-12.
- Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji KS, Menon R, Prince M, Patel V. (2008). The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: A randomised controlled trial from Goa, India. PloS one, 3(6): e2333.
- Dik, A. (2017). Evde bakım ekibi, rol ve sorumlulukları. Evde bakım içinde, Ed. Z. Bahar ve A. Beşer. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, s.22.
- Dinç L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 17(2): 74-82.
- Drennan V, Goodman C. (2005). Nurse-led case management for older people with long-term conditions. British Journal of Community Nursing, 9(12): 527-533.
- Düzkaya DS, Bozkurt G. (2013). Yoğun bakım hastasının evde bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 16(1): 21-28.
- Eker E, Özerdoğan Ö, Yıldırım E, Oymak S, Bakar C. (2019). Çanakkale ilinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin temel demografik özellikleri ve sağlık durumları. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(3): 457-468.
- Enginyurt Ö, Öngel K. (2012). Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. Smyrna Tıp Dergisi, 1:45-48.

- Ersoy EO, Öcal S, Öz A, Yılmaz P, Arsava B, Topeli A. (2013). Yoğun bakım hastalarında bası yarası gelişiminde rol oynayabilecek risk faktörlerinin değerlendirmesi. Yoğun Bakım Dergisi, 4(1): 9-12.
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 7(Suppl 2): 23-40.
- Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Farsani AK. (2014). The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of patients with heart failure. Iranian journal of nursing and midwifery research, 19(3): 217-223.
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (2005). [https://www.saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonet melik.html](https://www.saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonet-melik.html) (Erişim tarihi: 13 Mart 2020)
- Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. (2015). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> (Erişim tarihi: 13 Mart 2020)
- Fertelli TK, Tuncay FÖ. (2019). İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Journal of Academic Research in Nursing, 5(2):107-115.
- Gel KT, Keşgin MT. (2017). İnfomal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(4): 267-278.
- Gok Ugur H, Erci B. (2019). The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. Acta Clinica Croatica, 58(2.): 321-332.
- Gorski LA. (2016). Implementing home health standards in clinical practice. Home Healthcare Now, 34(2): 76-85.

- Gölbaşı Z. (2003). Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire Yüksekokulu Dergisi, 7: 15-22.
- Harding R, Epiphaniou E, Hamilton D, Bridger S, Robinson V, George R, Beynon T, Higginson IJ. (2012). What are the perceived needs and challenges of informal caregivers in home cancer palliative care? Qualitative data to construct a feasible psycho-educational intervention. Supportive Care in Cancer, 20(9): 1975-1982.
- Harris RC, Popejoy LL. (2019). Case management: An evolving role. Western Journal of Nursing Research, 41(1): 3–5.
- Hayran M, Hayran M. (2011). Sağlık Araştırmaları için Temel İstatistik. (Birinci Basım), Ankara: Omega Araştırma, s.35-48.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011).<https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasi-na-dair-yonetmelik.html> (Erişim tarihi: 10 Nisan 2020)
- Howell DM, Sussman J, Wiernikowski J, Pyette N, Bainbridge D, O'Brien M, Whelan T. (2008). A mixed-method evaluation of nurse-led community-based supportive cancer care. Supportive Care in Cancer, 16(12): 1343-1352.
- Hutt R, Rosen R, McCauley J. (2004). Case managing long term conditions. What impact does it have in the treatment of older people. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.693.5&rep=rep1&type=pdf> (Erişim tarihi: 29 Nisan 2020)
- Iiffe S, Drennan V, Manthorpe J, Gage H, Davies SL, Massey H, Scott C, Brearley S, Goodman C. (2011). Nurse case management and general practice: Implications for GP consortia. British Journal of General Practice, 61(591): e658-e665.
- Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2):171-186.

- İnci F, Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4): 85-95.
- Joo JY, Huber DL. (2014). An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. *International Nursing Review*, 61(1): 14-24.
- Júnior FFUS, Nonato DTT, Cavalcante FSÁ, Soares PM, Ceccatto VM. (2013). Consequences of immobilization and disuse: A short review. *International Journal of Basic and Applied Sciences*, 2(4): 297-302.
- Kalınkara V, Kalaycı I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yüğü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2):19-39.
- Kapucu S, Türkan SK, Fesci H. (2009). Yatağa bağımlı inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3): 17-31.
- Karabal N. (2020). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerde Sağlık Algısı ile Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Hatice Kumcağız
- Karaman D, Kara D, Atar NY. (2015). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3): 347-359.
- Kaya ÇA, Mercan E, Çifçili S. (2018). Evde sağlık hizmeti almak için başvuran inmeli hastaların sağlık ve bakım ihtiyaçları. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(3): 69-77.
- Khan F, Pallant J, Brand C. (2007). Caregiver strain and factors associated with caregiver self-efficacy and quality of life in a community cohort with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 29(16): 1241-1250.

- Korkmaz P, Naz H, Naz C, Toka O. (2018). Evde sağlık hizmeti birimi tarafından takip edilen hastalarda gelişen infeksiyonlar. *Klimik Dergisi*, 31(1): 41-45.
- Kurata S, Ojima T. (2014). Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: A cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatrics*, 14(1): 1-11.
- Kutlu AK, Dıramalı A, Temiz C, Onur E, Miskioğlu M. (2011). Yatağa bağımlı hastalarda egzersizin kan değerleri ve yaşam bulguları üzerine etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi*, 27(1): 25-36.
- Kuuppelomaki M, Sasaki A, Yamada K, Asakawa N, Shimanouchi S. (2004). Coping strategies of family carers for older relatives in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6): 697-706.
- Kuzu F. (2018). Yaşlı Bireylerin Bakım Vericilerine Yapılan Ev Ziyaretlerinin Depresyon, Stresle Baş Etme, Yaşam Kalitesi ve Bakım Y¼k¼ne Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Yayınlanmamış Doktora Tezi. Danışman: Nuran G¼ler
- K¼¼kdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, S¼ld¼r N, Sonel B, Arasil T. (2000). Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(2): 87-92.
- Laksmi PW, Harimurti K, Setiati S, Soejono CH, Aries W, Roosheroe AG. (2008). Management of immobilization and its complication for elderly. *Acta Med Indones*, 40(4): 233-240.
- Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Federici S, Tua E, Cesari M, Bernabei R. (2001). A new model of integrated home care for the elderly: Impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(9): 968-970.
- Lazare J. (2013). Hospital at home: Patient care model of the future?. *Ageing Well*, 6(2), 20.

- Lee CY, Lee Y, Wang LJ, Chien CY, Fang FM, Lin PY. (2017). Depression, anxiety, quality of life, and predictors of depressive disorders in caregivers of patients with head and neck cancer: A six-month follow-up study. *Journal of psychosomatic research*, 100: 29-34.
- Limnili G, Özçakar N. (2013). Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(1): 13-17.
- Lin CY, Wang JD, Pai MC, Ku LJE. (2017). Measuring burden in dementia caregivers: Confirmatory factor analysis for short forms of the Zarit Burden Interview. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 68: 8-13.
- Liu H, Zhu D, Cao J, Jiao J, Song B, Jin J, Liu Y, Wen X, Cheng S, Nicholas S, Wu X. (2019). The effects of a standardized nursing intervention model on immobile patients with stroke: A multicenter study in China. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(8): 753-763.
- Liu Y, Insel CK, Reed GP, Crist DJ. (2012) Family caregiving of older Chinese people with dementia. *Nursing Research*, 61(1): 39-50.
- Lukersmith MS, Millington M, Salvador-Carulla L. (2016). What is case management? A scoping and mapping review. *International Journal of Integrated Care*, 16(4): 1-13.
- Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, Wardley A, Farrell C, Swindell R, Todd C, Luker K. (2009). Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36): 6191-6198.
- Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (3): 125-130.
- Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Carrasco AM, Millán Carrasco, García-Arrabal JJ,

- Toral-López I. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Research*, 8(1): 1-13.
- Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. (2002). When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers. *Am J Public Health*, 92(3): 409-413.
- Orrell M, Yates L, Leung P, Kang S, Hoare Z, Whitaker C, Burns A, Knapp M, Leroi I, Moniz-Cook E, Pearson S, Simpson S, Spector A, Roberts S, Russell I, Waal H, Woods RT, Orgeta, V. (2017). The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, 14(3):e1002269.
- Ovayolu N, Özdemir G, Ovayolu Ö. (2009). Evde bakım hizmetleri ve hemşire dinamiği. *İç Hastalıkları Dergisi*, 16(3):139-145.
- Öğür Z, Gözüm S, Taş E, Yalçındağ N, Alpak M, Hayran O. (2019). Evde Sağlık Hizmeti Alan Bağımlı Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Eğitimin Hastalara ve Bakım Verenlere Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2019; 13(3):318-334.
- Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım A. (2015). Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(3): 342-345.
- Özcan S, Duyan V, İncecik Y. (2011). Aile Hekimliği'nde Aile APGAR Ölçeği'nin kullanımı: Türkçeye uyarlama çalışması. *The Journal of Turkish Family Physician*, 2(3): 30-37.
- Özcelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. (2014). Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients

- with cancer. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 31(6): 655-664.
- Özdemir O. (2009). Örnekleme ve randomizasyon. İyi Klinik Uygulamalar Dergisi, 23: 32-41.
- Özdemir Ü, Taşçı S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1): 42-53.
- Özgünay ŞE, Akça F, Karasu D, Kilic İ. (2019). Yoğun bakım sonrası evde bakım gerektiren hastaların özellikleri ile bakım verenlerdeki hasta bakım yükü ve empati arasındaki ilişki. Anestezi Dergisi, 27(1): 15-21.
- Özkan E, Turhan K. (2019). Yatağa bağımlı hastalarda pozisyon süresinin basınç yarası oluşumu üzerine etkisi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, 11(3): 246-254.
- Öztop H, Şener A, Güven S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1(1): 39-49.
- Polat Ü, Bayrak Kahraman B, Kaynak İ, Görgülü Ü. (2016). Relationship among health-related quality of life, depression and awareness of home care services in elderly patients. Geriatrics & Gerontology International, 16(11): 1211-1219.
- Possin KL, Merrilees JJ, Dulaney S, Bonasera SJ, Chiong W, Lee K, Hooper SM, Allen IE, Braley T, Bernstein A, Rosa T, Harrison K, Begert-Hellings H, Kornak J, Kahn J, Naasan G, Lanata S, Clark A, Chodos A, Gearhart R, Ritchie C, Miller BL. (2019). Effect of collaborative dementia care via telephone and internet on quality of life, caregiver well-being, and health care use: the care ecosystem randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine, 179(12): 1658-1667.
- Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos MÁ, Patino-Alonso MC, García-Ortiz L. (2011).

- Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*, 12(1): 1-7.
- Roggenkamp S, White K. (2001). Is hospital case management a rationalized myth?. *Social Science&Medicine*, 53:1057-1066.
- Ryuno, H, Greiner C, Yamaguchi Y, Fujimoto H, Hirota M, Uemura H, Iguchi H, Kabayama M, Kamide K. (2020). Association between sleep, care burden, and related factors among family caregivers at home. *Psychogeriatrics*, 20(4): 385-390.
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evdesaglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>. (Erişim tarihi: 18 Kasım 2020).
- Selçuk KT, Avcı D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 1-9.
- Sezer A, Demirbaş H, Kadioğlu H. (2015). Evde bakım hemşireliği: Mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2): 160-165.
- Sinha P, Desai NG, Prakash O, Kushwaha S, Tripathi CB. (2017). Caregiver burden in Alzheimer-type dementia and psychosis: A comparative study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 26: 86-91.
- Stoltz P, Udén G, Willman A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home: A systematic literature review. *Scand J Caring Sci*, 18(2):111-119.
- Subaşı N, Öztekin Z. (2006). Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: Evde bakım hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5(1): 19-31.

- Swartz K, Collins LG. (2019). Caregiver care. *American Family Physician*, 99 (11): 699-706.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Van İl Sağlık Müdürlüğü Gevaş İlçe Devlet Hastanesi (2020). <https://gevasdh.saglik.gov.tr/TR,401703/evde-saglik-hizmetlerinden-kimlerfaydalan-abilir.html> (Erişim tarihi: 7 Şubat 2021).
- Taşdelen P, Ateş M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3): 22-29.
- Tayaz E, Koç A. (2018). Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 14(1):44-52.
- Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. (2012). KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*, 13(3): 87-92.
- Temizer H, Gözüm S. (2012). Impact of nursing care initiatives on the knowledge level and perception of caregiving difficulties of family members providing home care to stroke patients. *HealthMED*, 6(8): 2717-2724.
- Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: Systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 860- 872.
- Tøien M, Bjørk IT, Fagerström L. (2015). Older users' perspectives on the benefits of preventive home visits. *Qualitative Health Research*, 25(5): 700-712.
- Tokem Y, Argon G, Keser G. (2011). Case management in care of Turkish rheumatoid arthritis patients. *Rehabilitation Nursing*, 36(5): 205-213.
- Tuna M, Olgun N. (2010) İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(1): 41-52.

- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). İstatistiklerle yaşlılar, 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227> (Erişim tarihi: 10 Mayıs 2021).
- Ural A, Kılıç İ. (2006). Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara: Detay Yayıncılık. s.286.
- Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Revista de Salud Pública*, 13: 458-469.
- Waldron EA, Janke EA, Bechtel CF, Ramirez M, Cohen A. (2013). A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life. *Psycho-Oncology*, 22(6): 1200-1207.
- World Health Organization (WHO). (2015). The growing need for home health care for the elderly: home health care for the elderly as an integral part of primary health care services. Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab1> (Erişim tarihi: 10 Mayıs 2021).
- Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 54-66.
- Yıldırım JG, Arabacı Z, Nal M. (2017). Evde bakım alanında Türkiye adresli yayınların analizi (1980-2015): Sistematiik inceleme. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3): 1-7.
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11: 125-32.
- Yılmaz M, Şara E. (2014). Yaşlılık ve evde sağlık hizmetinde finansman. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2): 117-127.

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

Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. (2012). Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 12-15.

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

EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/07/2019-E.9744



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :16214662/050.01.04/127
Konu :Etik Kurul Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı

İlgi : 19.06.2019 tarihli ve 127 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile Destek Programının Geliştirilmesi ve Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; etik ve bilimsel açıdan bir sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir ve uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cemil BİLİR
Etik Kurulu Başkanı

EK :
24.07. 2019 tarih ve 02 sayılı Etik Kurul Kararı (3 sayfa)

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
26.07.2019.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE6LB3H7D>

Fakülte Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile Destek Programının Geliştirilmesi ve Etkisinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	YOK

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Doç. Dr. Cemil BİLİR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza		
Doç. Dr. Cemil BİLİR (Başkan)	Tıbbi Onkoloji	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	X	K	E	H	X	H		
Doç. Dr. Ünal Erkorkmaz (Başkan Yardımcısı)	Biyostatistik	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	X	K	E	H	X	H		
Prof. Dr. M. İhsan USLAN (Bilgilendirmeden Sorumlu Başkan Yardımcısı)	Gastroenteroloji	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	X	K	E	H	X	H		
Prof. Dr. A. Serhan CEVRİOĞLU	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	X	K	E	H	X	H	Görel	
Prof. Dr. Mehmet GÜVEN	KBB Hastalıkları	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	X	K	E	H	X	H	Görel	
Prof. Dr. Öner ÖZDEMİR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	X	K	E	H	X	H		
Doç. Dr. Pelin TANYERİ	Tıbbi Farmakoloji	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E		K	X	E	H	X	H	
Doç. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ	Enfeksiyon Hastalıkları	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	X	K	E	H	X	H	Görel	
Dr. Öğr. Üyesi. Derya GÜZEL	Fizyoloji	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E		K	X	E	H	X	H	
Uzm. Dr. Osman Necmettin ŞAFAK	Deontoloji	Beyhekim Hastanesi	E	X	K	E	H	X	H		
Op. Dr. Necattin FIRAT	Genel Cerrah	SEAH	E	X	K	E	H	X	H		
Avukat Arda GİRGİN	Hukuk	ABG Hukuk Bürosu	E	X	K	E	H	X	H		
Elifrahim FİNDİK	Şef	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	X	K	E	H	X	H		

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Cemil BİLİR
İmza:

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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile Destek Programının Geliştirilmesi ve Etkisinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	YOK

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	19/06/19	0.1	Türkçe	İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19/06/19	0.1	Türkçe	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN tarafından ıslak imzalı				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU					
	İLAN					
	YILLIK BİLDİRİM					
	SONUÇ RAPORU					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ					
	DİĞER:	İlaç dışı klinik araştırma üst başvurusu, ilaç dışı klinik araştırma başvuru formu, Akış şeması, Hastane yönetici onayı, Araştırma Protokolü, BGOF, Araştırmanın yayın amaçlı olduğuna dair belge, Araştırmanın akademik amaçlı olacağına dair belge, Sorumluluk paylaşım belgesi, Bütçe formu, özgeçmişler, literatür				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2	Tarih: 22.07.2019				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

Doç. Dr. Cemil BİLİR

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Cemil BİLİR
İmza:

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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile Destek Programının Geliştirilmesi ve Etkisinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	YOK

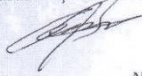
ETİK KURUL BİLGİLERİ

ETİK KURULUN ADI	Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRESİ:	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Korucuk/ SAKARYA
TELEFON	0264 295 31 29
FAKS	0264 295 66 29
E-POSTA	yuceld@sakarya.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
DESTEKLEYİCİ	Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1			
	FAZ 2			
	FAZ 3			
	FAZ 4			
	Gözetimsel ilaç çalışması			
	Tıbbi cihaz klinik araştırması			
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları			
İlaç dışı klinik araştırma			x	
DİĞER İSE BELİRTİNİZ				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ x	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL x	ULUSLARARASI

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Cemil BİLİR
İmza:



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

EK 2. T.C. SAKARYA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI



SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAKARYA İSM
KALİTE VERİMLİLİK VE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
İZİN BİRİMİ
28/06/2019 09:44 - 24404279 - 806.01.03 - E.277
00096208215

T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 24404279-806.01.03
Konu : "Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım
Veren Bireylere Yönelik Hemşire
Liderliğinde Vaka Yönetimi
Modeli" Konulu Akademik Çalışma
Hk.

SAKARYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Arş. Gör.
Fatma TANRIKULU'nun başvurusu üzerine "**Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren
Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile
Destek Programının Geliştirilmesi ve Etkisinin Değerlendirilmesi**" konulu akademik
çalışmanın Müdürlüğümüze bağlı Yenikent Devlet Hastanesinde yürütülmesi hususunu;
Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../.../2019
e-imzalıdır.
Doç. Dr. Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

15 Temmuz Camii Mh. Resmi Daireler Yerleşkesi C Blok Adapazarı/SAKARYA
Telefon: 0(264)2513550 Faks No: 0(264)2513564
e-Posta: esra.gungor@saglik.gov.tr İnternet Adresi: esra.gungor@saglik.gov.tr

Bilgi için: Esra GÜNGÖR
HEMŞİRE
Telefon No: (0 264) 251 35 50

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c1de0257-9324-4247-a2a1-4662c8674199 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
07.09.2015 VERSİYON NO:1

BİLGİLENDİRME VE ONAM BELGESİ

Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile Destek Programının Geliştirilmesi ve Etkisinin Değerlendirilmesi başlıklı çalışma evde bakımı sürdürülen hastalara bakım veren aile bireyelerine yönelik hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının oluşturularak etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmamız tek merkezli olup, 01.08.2020 tarihine kadar sürecektir. Çalışma müdahale ve kontrol grubu oluşturulacak şekilde tasarlanmıştır. Kontrol grubunda yer alan bakım vericiler ile ilk görüşme ev ziyareti yapılarak gerçekleştirilecektir. Araştırmanın uygulama süresi boyunca kontrol grubunda yer alan bakım verici bireylere yönelik herhangi bir girişim uygulanmayacaktır. Ülkemizde evde sağlık hizmetleri tarafından sürdürülen rutin izlemeler doğrultusunda hasta birey bakım almaya devam edecektir. Araştırma sürecinin izlenmesi ve kontrol grubu ile müdahale grubundan elde edilen verilerin karşılaştırılabilmesi için 0. Ayda, 3.ayda ve 6. ayda veri toplama formları uygulanacaktır.

Araştırmanın müdahale grubunda bulunan bakım verici bireylere yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile Destek Programı oluşturulacaktır. Bu modelin uygulama süresi altı ay olarak belirlenmiş olup, hasta birey ve bakım vericiler düzenli aralıklar (0. ay, üçüncü ay, altıncı ay) ile veri toplama formları kullanılarak değerlendirilecektir.

Hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeli, beş temel hemşirelik aktivitesinden oluşmaktadır. Bu modele göre bakım verici bireylerin yaşadığı sorunların çözümü ve ihtiyaç duyduğu eğitim gereksinimlerinin karşılanabilmesi amacıyla bakım verici bireylere yönelik hemşirelik faaliyetleri oluşturulacaktır. Hemşirelik faaliyetleri içerisinde ev ziyaretlerinin yapılması, eğitici materyallerin kullanılması (eğitim kitapçıkları, broşürler, maketler, videolar v.s), web tabanlı eğitim ve danışmanlık sisteminin oluşturulması ve multidisipliner ekip iş birliğinin yapılması planlanmıştır.

Araştırmada veri toplama formu olarak "*Hasta Bireyi Tanılama Formu, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi*", "*Bakım Verici Bireyi Tanılama Formu, Zarif Bakım Verme Yükü Ölçeği, WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği, Aile Apgar Ölçeği*" kullanılacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak **0 542 786 09-** numaralı telefondan araştırmacılara ulaşmanız mümkündür.

Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Bu araştırmaya katılmamak sizin almakta olduğunuz hizmeti kesinlikle etkilemeyecektir. İstedığınız zaman haber vererek çalışmadan çekilme hakkına sahipsiniz; ayrıca gerekli görüldüğü takdirde tıbbi durumunuza herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

Araştırmaya katıldığımız takdirde, çalışmada yapılacak harcamalar ile ilgili sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Ayrıca araştırma sonunda size ait bilgiler, kimliğiniz açıklanmadan sadece bilimsel amaçlara hizmet edecektir.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca aldığım hizmete herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim veya istediğim zaman gerekçeli/gerekçesiz araştırmadan ayrılabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun aldığım hizmete herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada "katılımcı" olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih :
Gönüllünün Adı-Soyadı :
İmza :
Telefon no :

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-Soyadı :
Tarih :
İmza :

EK 4. HASTA TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

HASTA TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Hastanın cinsiyeti

Kadın () Erkek ()

2. Hastanın yaşı

3. Eğitim durumu:

Okuma yazma bilmiyor () Okur yazar () İlk öğretim mezunu ()
Lise mezun () Üniversite mezun () Diğer:.....

4. Medeni Durum: Evli () Bekar ()

5. Sosyal güvencesi:

Emekli Sandığı () SSK () Bağ-kur ()
Yeşil kart () Özel sağlık sigortası () Sağlık güvencesi yok ()

6. Mesleği:.....

7. Hastanın kronik hastalıkları:

Yok () Diyabet () Hipertansiyon () KKY ()
KAH () Astım () Romatizma () KOAH ()
KBY () Alzheimer () Diğer ()

8. Hastanın yatağa bağımlılık nedeni.....

9. Hastanın yatağa bağımlılık süresi.....

10. Hastanın kendine ait herhangi bir geliri var mı? (Bu soruya yanıtınız evet ise 10.

Soruyu cevaplayınız). Var () belirtiniz..... Yok ()

11. Aylık maaş alıyor mu? Evet () Hayır ()

12. Gelir düzeyini nasıl değerlendiriyor?

Çok yeterli () Yeterli () Orta () Yetersiz () Çok yetersiz ()

13. Hastada aşağıdakilerden hangileri mevcut:

NG kateter () Üriner kateter () Diren, göğüs tüpü v.d ()
CVP kateteri () Diyaliz kateteri () Diğer

14. Bası yarası var mı?

a) Evet b) Hayır

15. Basıncı yarası derecesi nedir? (13. Soruya yanıt evet ise cevaplanacaktır)

1. Derece ()

2. Derece ()

3. Derece ()

4. Derece ()

Evrelendirilemeyen / Sınıflandırılmayan Evre ()

Şüpheli Derin Doku Hasarı ()

EK 5. BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

1. BESLENME:

- 10=Bağımsız. Her gereci kullanıyor. Normal sürede besleniyor
- 5=Yardıma ihtiyacı var
- 0=Düşük performans

2. BANYO:

- 5=Yardımsız
- 0=Düşük performans

3. KENDİNE BAKIM:

- 5=Yüzünü yıkıyor, saçını tarıyor, dişini fırçalıyor, traş oluyor
- 0=Düşük performans

4. GİYİNME:

- 10=Bağımsız: Ayakkabısını bağlıyor, kemerini bağlıyor
- 5=Yardıma ihtiyacı var
- 0=Düşük performans

5. DEFEKASYON:

- 10=Kaçırıyor, gerekirse fitil veya lavman yapabiliyor
- 5=Arada sırada kaçırıyor, fitil için yardıma ihtiyacı var
- 0=Düşük performans

6. İDRAR:

- 10=İnkontinans yok, idrar toplayıcı önlemleri kendisi alabiliyor
- 5=Arasıra İnkontinent, idrar toplamak için yardıma ihtiyacı var
- 0=Düşük performans

7. TUVALET TRANSFERİ:

- 10=Yatakta veya tuvalete gitmekte bağımsız
- 5=Tualete oturmakta dengesiz, hazırlanmakta ve tuvalet malzemelerini kullanmakta yardıma ihtiyacı var
- 0=Düşük performans

8. YATAK / KOLTUK TRANSFERİ:

- 15=Bağımsız, tekerlekli sandalye kullanıyorsa frenleri kendisi kullanıyor
- 10=Minimum destek veya supervizyon
- 5=Oturabiliyor, fakat transfer için max destek gerekli
- 0=Düşük performans

9. YÜRÜME:

- 15=50 için bağımsız. Tekerlekli deambulator dışında destek aygıtları kullanabilir
- 15=50 için yardıma ihtiyacı var. Tekerlekli deambulator kullanabilir.
- 5=Yürüyemiyorsa tekerlekli sandalyede bağımsız
- 0=Düşük performans

10. MERDİVEN ÇIKMA:

- 10=Bağımsız, destek aygıt kullanabilir
- 5=Yardıma veya supervizyona ihtiyacı var
- 0=Düşük performans

EK 6. BAKIM VERİCİ TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

BAKIM VERİCİ TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaş:

2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3. Medeni Durumu: Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()

4. Eğitim Durumu:

Okuma yazma bilmiyor () Okur yazar () İlk öğretim mezunu ()

Lise mezun () Üniversite mezun () Diğer:.....

5. Çalışma Durumu:

Evet () Hayır () Diğer ()(işten ayrılma, ücretli/ücretsiz izne ayrılma v.b)

6. Mesleğiniz

Ev hanımı () Memur () İşçi () Emekli () Serbest meslek () Diğer ()

7. Gelir durumu?

Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden çok ()

8. Sosyal güvence:

Emekli Sandığı () SSK () Bağ-kur () Yeşil kart ()

Özel sağlık sigortası () Sağlık güvencesi yok ()

9. Aile tipi: Çekirdek aile () Geniş aile () Parçalanmış aile ()

10. Bakmakla yükümlü olunan kişiler:

Yok () Eşim () Çocuklarım () Kardeşlerim () Diğer:.....

11. Yaşanılan konut tipi:

Gece kondu () Apartman dairesi () Müstakil ev () Diğer:.....

12. Herhangi bir sağlık problemi var mı? Evet () Hayır ()

13. Hasta ile yakınlık derecesi nedir?

Kızı () Oğlu () Gelini () Kardeşi () Bakıcısı () Eşi () Diğer ()

14. Hastaya Bakım verme süresi:ay

15. Hastaya günlük bakımı için ayırdığı süre: Gündüz: (saat) - Gece: (saat)

16. Hasta bakımı ile ilgili eğitim aldı mı? (Bu soruya yanıtınız evet ise 17. Soruyu cevaplayınız.)

Evet () Hayır ()

17. Hasta bakımı ile ilgili eğitim aldığı konu / konular nelerdir?

Kişisel Bakım () İletişim () Beslenme () Pozisyon Verme ve Kaldırma ()

Hasta Güvenliği ()

Diğer:..... (Açıklayınız)

EK 7. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındaiken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındaiken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınımla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınına nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınına hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınına için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınına için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK 8. WHOQOL-BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

WHOQOL-BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

WHOQOL-BREF TR (World Health Organization Quality of Life)						
Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.						
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi, Ne Kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiç Hoşnut Değil	Çok Az Hoşnut	Orta Derecede Hoşnut	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paramız var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiç Hoşnut Değil	Çok Az Hoşnut	Orta Derecede Hoşnut	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
16 F3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23 F17.3	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiçbir Zaman	Nadiren	Ara Sıra	Çoğunluk la	Her Zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Bu formun doldurulmasında size yardımcı olan birisi oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Bu formun doldurulmasına kadar sürdü?		

EK 9. AİLE APGAR ÖLÇEĞİ

AİLE APGAR ÖLÇEĞİ

İFADELER	Nereyseye her zaman	Bazen	Nereyseye hiçbir
Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum.			
Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.			
Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.			
Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularına ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.			
Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.			

EK 10. EVDE BAKIM HASTASININ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ KİTAPÇIĞI



Evde Bakım Hastasının Günlük Yaşam Aktiviteleri

“Sizi ve sevdiklerinizi destekleyebilecek konular ile ilgili bilgi edinin.”



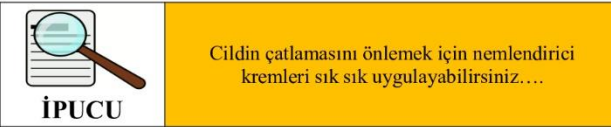
Bireysel Hijyen

Bakım vericiler her gün bakım verdikleri bireylerin bireysel hijyen uygulamaları için zaman harcarlar. Bunlar yatak banyosu, ağız bakımı, el- yüz bakımı, baş banyosu v.b uygulamalardır. Aşağıda bu uygulamalar ve nasıl yapılması gerektiği anlatılmaktadır.

■ Yatak Banyosu

Yatağa bağımlı olan bireylerin temizlik ihtiyacını karşılamak ve kan dolaşımını sağlamak için yatak banyolarına ihtiyaçları vardır. Bununla birlikte, banyo yatırmak hastanızın cildinin kurumasına ve çatlamasına neden olabilir. Hastanızın durumuna göre ne sıklıkta yatak banyosu vermeniz gerektiğini belirleyebilirsiniz. Örneğin, hastanızda idrar kaçırma, bağırsak problemleri veya ağır terleme gibi durumlar varsa günlük banyo yapılması önerilmektedir. Eğer böyle durumlar söz konusu değilse haftada iki yada üç kez banyo yapmak yeterli olabilir.

Banyo sırasında hastanın vücudunu basınç yaraları, ödem, döküntüler, olağandışı benler ve diğer olağandışı durumlar açısından inceleyin. Hastanızın kuru cildi varsa ancak sık sık yıkanması gerekiyorsa, sabun ve su kullanımının yanında banyo sonrasında nemlendirici kremler kullanmayı ihmal etmeyin. Lider hemşirenizden tavsiye isteyin.



Hastanızın banyosunu yaptırmadan önce ve sonra daima ellerinizi yıkayın. Bakım verdiğiniz bireye her adımda neler yaptığınızı anlatarak iletişim kurun. Mümkünse hastanızın da işleme katılmasını destekleyin.

Hazırlık

1. Odanın uygun sıcaklıkta (24-25 0C) olduğundan emin olun.
2. Temiz kıyafetler ve malzemeleri hazırlayın. (tek kullanımlık eldivenler, yumuşak sabun / temizleyici, lif, kova, losyon, tarak ve şampuan).
3. Vücut mekaniğinize dikkat edin - ayaklarınızı omuz hizasında açınız ve yere tam olarak bastığınızdan emin olun. Dizlerinizden bükerek hareket etmeye özen gösterin. Böylece sırt ve bel ağrılarınızın da önüne geçmiş olacaksınız.
4. Hastanızın tuvalet ihtiyacı varsa sürgü verin. Alt bezi kullanıyorsa bezini kontrol edin.
5. Hastanız ayarlanabilir yatakyata yatıyorsa, yatağı en yüksek seviyesine kaldırın ve yatağın başını en alt konuma getirin.

Vücutun Üst Kısmını Yıkama

1. Suyun sıcaklığını elinizle test edin.
2. Hastanın üzerindeki örtüyü açın ve hastanın giysilerini çıkarın.
3. Hastanın vücudunu bir havlu veya bir çarşaf ile örtün. Yıkama sırasında sadece uygulama yapacağınız alanı açın.
4. Hastayı sırt üstü pozisyona getirin.
5. Biri sabunlu su, diğeri durulama suyu olmak üzere iki kaba su ve kurutma için havlu hazırlayın. Hastanızı silmek için elyaf lif yada yumuşak bir bez kullanabilirsiniz. (Elyaf liflerden eczacınızdan temin edebilirsiniz).
6. İlk önce yüzünü nazikçe yıkayın ve kurulayın.(Gözler hariç)
7. Ardından boynunun ön kısmını yıkayın, durulayın ve kurulayın.
8. Göğsüne geçin yıkayın, durulayın ve kurulayın. Kadınlar için memelerin altını da temizleyin.
9. Hastanızın gözlerini kaynatılmış ılıtilmiş su ile ıslatılmış temiz bir bezi ile siliniz ve yine temiz bir bez ile kurulayınız.



Vücutun Diğer Bölgelerini Yıkama

1. Göğsün üst kısmından başlayarak aşağıya doğru yıkayın, durulayın ve kurulayın.
2. Göbek bölgesini pamuklu çubuk üzerine uygulanmış küçük bir losyonla temizleyin.
3. Dolaşımı artırmak için kollarını bilekten üst kola doğru yukarı doğru yıkayın, durulayın ve kurulayın.
4. Parmakların arasındaki alanı yıkayın, tırnakları temizleyin ve kurulayın.
5. Bacakları yıkamak için, kalçalarının altına bir havlu yerleştirin, dizlerini esnetin (bükün), bacaklarını yıkayın, durulayın ve kurulayın.
6. Ayak parmakları arasındaki alanı yıkayın, durulayın ve iyice kurulayın.
7. Kuruyan ayaklara nemlendirici krem sürün, ancak mantar enfeksiyonunu önlemek için ayak parmakları arasındaki alanları temiz ve kuru tutun. Erkekler için kasık bölgesini yıkayın ve kurulayın. Aynısını genital bölgede kadınlar için yapın.

8. **Erkekler için:** Sünnetsiz ise, sünnet derisini geri çekin, durulayın, kurulayın ve sünnet derisini tekrar penisin başına getirin. Testislerde olağandışı hassasiyet, şişme veya sertlik kontrolü yapın

Kadınlar için: Dış ve iç kıvrımlara dikkat ederek genital bölgenin iyice yıkandığından emin olun (Bakınız Perine bakımı videosu)

(TÜM VÜCUT BANYOSU İÇİN BAKINIZ YATAK BANYOSU VİDEOSU)

Sırt Bölgesini Yıkama

1. Devam etmeden önce banyo suyunu değiştirin.
2. Hastayı yüz üstü pozisyona yada yan yatar pozisyona getirin.
3. Altına bir havlu yerleştirin.
4. Boyundan başlayarak sırta doğru ve kalçasına kadar yıkayın.
5. Durulayın ve iyice kurulayın. (Bakınız yatak banyosu videosu)

İşlemin Sonlandırılması

1. Dolaşımı iyileştirmek için hastanıza nemlendirici bir kremi sırtına sürün.
2. Onu temiz kıyafetlerle giydirin.
3. Gerektiğinde ayak tırnaklarını kesin.
4. Yatak çarşaflarını değiştirin.



Hastanızın kulaklarını yılda iki kez bir doktora kulak kiri birikmesi açısından kontrol ettirin. Kulak kirinin birikmesi işitmeyi engelleyebilir. Doktor onaylarsa, kuruma ve kaşıntıyı önlemek için kulakların dışına biraz nemlendirici krem uygulayabilirsiniz.

■ Vücut Banyosu

Hastanız bir sandalyede ya da tekerlekli sandalyede oturabiliyorsa banyoda da tüm vücut banyosu yaptırabilirsiniz.

1. Odanın uygun sıcaklıkta (24-25 0C) olduğundan emin olun.
2. Temiz kıyafetler ve malzemeleri hazırlayın. (tek kullanımlık eldivenler, yumuşak sabun / temizleyici, lif, kova, losyon, tarak ve şampuan.
3. Vücut mekaniğinize dikkat edin - ayaklarınızı omuz hizasında açın ve yere tam olarak bastığınızdan emin olun. Dizlerinizden bükerek hareket etmeye özen gösterin. Böylece sırt ve bel ağrılarınız önüne geçmiş olacaktır.
4. Hastanızın tuvalet ihtiyacı varsa bu ihtiyacı gideriniz.
5. Hastanızın önce yüzünü, sonra üst gövdesini yıkayın.
6. Ayakta durabiliyorsa, vücudun alt kısmını yıkayın. Duramıyorsa oturarak yıkayın.

✚ Küvette Banyo

Bakım alan kişi iyi hareket kabiliyetine sahipse ve küvete girip çıkacak kadar güçlü ise, küvette banyo yapabilir. Tutunma çubukları, duş sandalyesi ve kaymayan paspas bulunduğundan emin olun. Duş sandalyesine oturmak küvetin içine göre daha kolay olabilir.



1. Odanın uygun sıcaklıkta (24-25 0C) olduğundan emin olun.
2. Temiz kıyafetler ve malzemeleri hazırlayın. (tek kullanımlık eldivenler, yumuşak sabun / temizleyici, lif, kova, losyon, tarak ve şampuan.
3. Suyun sıcaklığını kontrol edin.
4. Hastayı küvete yönlendirin ve tutma çubuklarını kullanmasını isteyin. Sizi yakalayıp kendine doğru çekebilme ihtimaline dikkat edin. Bu durum ikinizin de düşüp yaralanmasına neden olabilir.
5. Hastanızın kendi vücudunu kendisinin yıkamasına izin verin. Yıkayamadığı noktalarda destek olun.
6. Küveti boşaltın ve hastanıza yardım edin. Küvetten çıkarken tutma çubuklarını kullanması için ona rehberlik edin.
7. Daha sonra, hastanızın bir bacağına, ardından diğer bacağına küvetin kenarına sallamasını sağlayın. Ayağa kalkmasına yardım edin.
8. Bir sandalyeye veya klozet kapağına bir havlu yerleştirerek kuruması için orada oturmasını sağlayın.
9. Kuruyan bölgelere derinin nemlendirilmesi için losyon uygulayın.
10. Giyinmesi için hastanıza yardım edin.



İPUCU

Bakım verdiğiniz bireyin ve sizin güvenlik önlemleri için kaymayan yüzey olduğundan emin olunuz.

✚ Duş

Duş zemininin kaygan olmadığından emin olun. Tutunma çubukları, duş sandalyesi ve kaymayan paspas bulunduğundan emin olun. Hastanıza yapacağımız işlemi açıklayın.

1. Odanın uygun sıcaklıkta (24-25 0C) olduğundan emin olun.
2. Hastanın oturması için bir duş sandalyesi yerleştirin.
3. Temiz kıyafetler ve malzemeleri hazırlayın. (tek kullanımlık eldivenler, yumuşak sabun / temizleyici, lif, kova, losyon, tarak ve şampuan.
4. Suyun sıcaklığını kontrol edin.
5. İlk olarak, ayak gibi vücudun daha az hassas olan kısımlarını yıkayın.
6. Tutunma çubuklarına tutunması veya duş taburesine oturması için ona rehberlik edin.
7. Hastanın vücudunun diğer bölgelerini duş ile yıkayın.
8. Hastayı duştan çıkartın ve bir havluyla sarın.
9. Hastanın cildini nemlendirmek için nemlendirici krem uygulayın.



NOT

Islanması muhtemel elektrikli aletleri banyodan çıkartın.

■ Tırnak Bakımı

Tırnak bakımı sırasında hastanın tırnaklarında tahriş veya enfeksiyon belirtileri olup olmadığına bakın. Eğer hastanın diyabeti (şeker hastalığı) varsa enfeksiyon belirtileri açısından dikkat edilmelidir. El tırnakları ve ayak tırnakları yaşla birlikte kalınlaşır ve düzeltilmelerini zorlaştırabilir.

İşlem

1. Malzemelerinizi hazırlayın - sabun, ılık su, havlu, tırnak fırçası, makas, tırnak makası, tırnak törpüsü, losyon.
2. Ellerinizi yıkayın.
3. Hastanın ellerini sabun ve su ile yıkayın ve beş dakika boyunca ılık su kabına daldırın.
4. Hastanızın tırnaklarındaki sıkışan kiri çıkarmak için tırnakları tırnak fırçasıyla hafifçe ovalayın.
5. Hastanın tırnaklarını kurutun ve tırnak çevresindeki deriyi hafifçe havluyla itin.
6. Tırnak batıklarını önlemek için hastanın tırnaklarını düz bir şekilde kesin, sonra kenarlarını hafifçe törpüleyin.



NOT

Tırnak makaslarının ve diğer ekipmanların hastaya özgü olmasına dikkat ediniz. Eğer hastaya özgü değilse mutlaka dezenfektan ile temizleyiniz.

■ Şampuanlama

Şampuanlama, kafa derisine olan kan akışını artırarak, saçların daha sağlıklı olmasını sağlar. Şampuanlama için en uygun zaman hastaya banyo yaptırmadan önce veya hastanın yorgun olmadığı zamanlardır.



İPUCU

Saçlara dökmeden önce şampuanı su ile seyreltin.

Islak Şampuanlama

1. Malzemelerinizi hazırlayın- tek kullanımlık eldiven, tarak veya fırça, şampuan, küçük kova ılık su, tas veya su kabı, büyük lavabo, havlu.
2. Hastayı bir sandalyeye veya tabureye oturtun.
3. Hastanın omuzlarının üzerine büyük bir havlu yerleştirin.
4. Hastanın kulaklarını vazelinli pamuk ile kapatarak koruyun.
5. Hastanın başını lavabonun ön kısmına yaslayın.
6. Hastanın saçlarını az su ile nemlendirin.
7. Hastanın saçına az miktarda seyreltilmiş şampuanla masaj yaparak yıkayın.
8. Hastanın saçlarını temiz suyla durulayın veya tüm şampuan izlerini temizlemek için ıslak bir bez kullanın.
9. Hastanın saçlarını havluyla kurulayın ve nazikçe tarayın.
10. Pamuğu kulaklarından çıkarın.
11. Gerekirse saç kurutma makinesi (ılık ayar) kullanarak hastanın saçlarını kurutun.

Yataкта Islak Şampuanlama

1. Malzemelerinizi hazırlayın- Yüz Havlusu, Sıcak Su (43-44 C°), Büyük Boy Su Kovası, Tas veya Su Kabı, Şampuan, Saç Yıkama Küveti, Tarak ve Saç Fırçası, Su Geçirmez Alez Örtü, Kulaklar için Tampon, Saç Kurutma Makinesi.
2. Hastaya sırt üstü ya da yan yatar pozisyon verin.
3. Bireyin başının alt kısımlarına su geçirmez alez örtü ve baş havlusu serin.
4. Saç tokası veya saç bağı varsa çözüldükten sonra kuru bir şekilde hastanın saçlarını tarayın.



5. Daha sonra saç yıkama küvetini yatak arkasına su içerisine akacak şekilde sabitleyin.
6. Kova içinde bulunan sudan alınarak hastanın saçlarını ıslatın ve bir miktar şampuan yardımı ile ovarak köpürtün.
7. Yaklaşık 2-3 dakika kadar saç diplerini ovarak şampuanlı bir şekilde bekletin.
8. Bol su ile şampuan kalıntısı kalmayacak şekilde saçları yıkayın.
9. Yıkama işlemi tamamlanınca küveti ortamdaki uzaklaştırın ve havlu yardımı ile hastanın saçlarını iyice kurulaşın.
10. Daha sonra saç kurutma makinesi ile hastanın saçlarını kurutun.
11. Kurutulan saçları tarayın ve saç tokası veya bağı ile tekrar toplayın.
12. Kirlili malzemeleri ortamdaki uzaklaştırın ve bireye eski pozisyonunu verin.



NOT

Hastanızın kulaklarına su kaçmasını önlemek için kulak tıkacı veya vazelinli pamuk ile hastanızın kulaklarını kapatabilirsiniz.

■ Tıraş

Bakım verdiğiniz hasta erkek hasta ise hastanızın düzenli aralıklarla tıraş yapılması önemlidir. Bunun için hastayı mümkün olduğu kadar destekleyerek yardımcı olunmalıdır.

1. Malzemelerinizi hazırlayın - tek kullanımlık eldivenler, ışık kaynağı, jilet, tıraş kremi, havlu, losyon.
2. Ellerinizi yıkayın.

3. Işığı, hastanın yüzünü net görebilecek şekilde ayarlayın ancak gözlerinin içine parlamadığından emin olun.
4. Hastanın çenesinin altına bir havlu yerleştirin.
5. Hastanın yüzünü ılık, nemli bir bezle ıslatarak sakalı yumuşatın.
6. Tıraş kremi hastanın gözlerine kaçmamasına dikkat ederek, yüzüne uygulayın.
7. Hastanın sakallarını uzama yönünde tıraş edin ve cildi bir elinizle sıkı tutun.
8. Hassas olan alanlara dikkat edin.
9. Hastanın cildini ıslak bir bezle temizleyin.
10. Hastanın yüzünü havluyla kurulaşın.
11. Son olarak tıraş edilen bölgeye losyon sürün.



NOT

Kişi oksijen alıyorsa asla elektrikli tıraş makinesi kullanmayın.

■ Ağız Bakımı

Ağız bakımı; ağız içinin, diş etlerinin, dişlerin veya takma dişlerin temizlenmesini içermektedir. Bakım verdiğiniz bireye öncelikle ne yapacağımızı açıklayın. Eğer hastanız dişlerini fırçalamayı reddederse florlu ağız gargarası kullanarak durulama yaptırabilirsiniz.

1. Malzemeleri hazırlayın - tek kullanımlık eldivenler, koruyucu örtü yumuşak bir diş fırçası, diş macunu, bir bardak ılık su, diş ipi, kap.
2. Hastayı oturur pozisyona getirin.

3. Hastanın çenesinin altına koruyucu örtüyü yerleştirin.
4. Eğer yapabiliyorsa hastanızın kendi dişlerini temizlemesine izin verin. Hastanız kendisi yapamıyorsa hastanın dişlerini önce üst dişlerden başlayarak aşağıdan yukarıya doğru fırçalayın. Bu uygulama günde en az iki kez ve yemeklerden sonra yapılmalıdır. Durulama için bir su bardağı su ile hastaya az su vererek ağızını çalkalamasını isteyin.
5. Su ile çalkalama işleminden sonra bir kaba boşaltmasını sağlayın.

Yatağa Bağlı Hastanın Ağız Bakımı (Özel Ağız Bakımı)

1. Malzemeleri hazırlayın. Dil Basacağı - 15 adet, Gazlı bez (15 adet), Kap, Yüz havlusu, Kâğıt havlu, Nemlendirici, Bir bardak su, Ağız temizleme solüsyonu (Kullanılacak solüsyon hekim tarafından istem edilebilir. Böyle bir istem yoksa 1/2 oranında sulandırılmış hidrojen peroksit ya da 500 ml kaynatılmış suya, 1 tatlı kaşığı karbonat konularak hazırlanmış solüsyon kullanılır.)
2. Ellerinizi yıkayın.
3. Hastaya uygulama hakkında bilgi verin. (Hastaların şuuru kapalı olsa bile, mutlaka sözel iletişim kurulmalı ve işlem hakkında bilgi verilmelidir)
4. Hastaya oturur pozisyon verin. Hastanız oturamıyorsa yan yatar pozisyon verin.
5. Eldivenleri giyin ve havluyu hastanın göğsünün üzerine yerleştirin.
6. Hastanın ağızının altına bir kap yerleştirin.
7. Hastanın ağızını açmasını sağlayın ve dil basacağını kullanarak ağızının açık kalmasına yardımcı olun.

8. Gazlı bezleri kullanacağımız solüsyona batırın ve sonra fazla solüsyonu akıtın.
9. Eğer hasta protez kullanıyor ise; önce protezleri çıkarın.
10. Hastanın dişlerinin, dişlerinin, yanak, damak, dil üstü ve dilatımı kapsayacak biçimde tüm bölgeri temizleyin.
11. Kullanılan solüsyonun özelliğine göre; ağız mukozasının durulanması gerekiyor ise; duru su kullanarak işlemi tekrarlayın.(Bazı solüsyonlar durulama gerektirir.)
12. Dudakların kurumasını önlemek için nemlendirici sürün.
13. Eldivenlerinizi çıkararak, malzemeleri toplayın.
14. Ellerinizi yıkayın.



NOT

Her bölge için farklı bir gazlı bez kullanın. Gazlı bezleri dil basacağına sararak da kullanabilirsiniz.

■ Ayak Bakımı

- Ayakların görevi vücudu ayakta tutmak, yürümeyi sağlamak, dışarıdan gelecek çarpma ve darbelere karşı vücudu korumaktır.
- Ayakta meydana gelebilecek kokuyu azaltmak, rahatlatmak, temizlemek ve periferel dolaşıma yardım etmek amacıyla yapılır.
- Kişilerde rahatsızlıklara sebep olan ve yaygın olarak görülen birçok ayak problemleri vardır.



NOT

Ayak ağrısı, bir kişinin topuklarına yaşlanmasına neden olabilir. Bu gibi durumlarda hekiminize başvurun. Düşmeleri önlemek için ayak tırnaklarını temiz ve kesilmiş halde tutun.

Yaygın Ayak Sorunları ve Çözümleri

Sorun	Çözüm
Ayaklarda Gerginlik	Bir podoloji uzmanı (ayak bakım uzmanı) ile görüşün.
Nasır	Etkilenen bölgelere losyon uygulayın; nasırı kesmeye çalışmayın.
Ayak krampları	Ayakları hareket ettirin ve masaj uygulayın.
Bacak ülserleri	Doktorun talimatlarını izlemenin yanı sıra, ayak ve ayak bileklerini hareketli tutmak için egzersiz yaptırın.
Şişmiş bacaklar	Doktorunuzun önerilerini izlemenin yanı sıra ayakların altına yastık yerleştirerek yüksekte kalmasını sağlayın ve şişmiş bölgelerdeki gerginliği almak amacıyla bu bölgelere nemlendirici krem uygulayın.
Varisli bacak ve/veya ayaklar	Bacakları 30 dakika boyunca günde iki kez altına yastık koyarak kaldırın. Bacakları indirmeden önce, elastik bir bandaj veya varis çorabı giydirin.

■ Giyinme

1. Hasta terlediğinde, kirlendiğinde veya banyo yaptıktan sonra kıyafetlerinin değiştirilmesi gerekir. Değiştirme işlemi, hastaların mahremiyetine dikkat edilerek, onları yormadan ve vücut mekaniklerine uygun olarak yapılmalıdır.
2. Hastanın sağlık durumu uygunsa giysilerini tek başına ve yardımcı bir kişiye ihtiyaç duymadan giyiniş soyunabilir. Eğer hasta kısmen bağımlı ise giysilerinde yapılacak ufak ve pratik değişiklikler ile kendi kendine veya biraz yardımla giyinebilir.
3. Hastanızın kıyafetlerini giydirmeye başlamadan önce, kıyafetleri giyileceği sıraya koyulmalıdır.
4. Hasta, bakım verene doğru döndürülür.
5. Aktif el omuzdan dirseğe doğru giysinın altından sokularak dirsek bükülür. Diğer elle de giysinın kol kısmı tutularak çıkarılır. Giysi sırtına doğru katlanır ve hastanın altına sıkıştırılır.
6. Temiz kıyafetin giydirilmesine kıyafetin çıkarıldığı koldan başlanır.
7. Bir elle kıyafetin omuz kısmından kol tutulurken diğer el giydirilecek kolun uç kısmından içeriye doğru sokulur.
8. Hastanın eli tutulur ve giysinın kolu giydirilir.
9. Kıyafet hastanın sırtına doğru açılır.
10. Hasta sırt üstü yatırılıp diğer tarafa döndürülür.
11. Kirli kıyafetleri çıkarılıp temizleri giydirilir.
12. Hastanın kıyafetlerinin önü düğmelenir ve üzeri örtülür.



Yatağa bağımlı hastalarda basınç yaralarını önlemek için kıyafetlerdeki ve yataklardaki kırışıklıkların düzelttiğinden emin olun.

■ Yatak Yapımı

Hasta yatağının çarşaflarının değiştirilmesinde aşağıdaki adımları izleyiniz.

1. Adım

- Hasta yatağını hastanın yattığı taraf ve diğer taraf olmak üzere iki parça olarak görün.
- Ayarlanabilir hasta yatağı ise yatağı yukarıya kaldırın.
- Yatağın baş kısmını ve ayak kısmını düz bir şekilde ayarlayın (Eğer hastada sorun meydana getirmeyecekse yapılıır.)



2. Adım

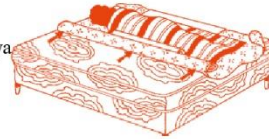
- Yatağın her tarafındaki çarşafı gevşetin.
- Yastık ve battaniyeleri alarak ince bir örtü ile hastayı örtün.
- Hastayı yatağın kenarına çekin. Düşmeye karşı dikkatli olun.
- Yatağın karşı tarafına geçin.

Pike yada çarşaf



3. Adım

- Çarşafın ucundan başlayarak hastaya doğru rulo şeklinde sarınız.



4. Adım

- Temiz çarşafı rulo yaptığımız kirli çarşafın yerine yatağın diğer tarafına yetecek kadar bırakarak rulo şeklinde yerleştiriniz.
- Temiz çarşafın uç kısımlarını bulunduğunuz taraftaki yatağın altına yerleştiriniz.



5. Adım

- Hastayı yatağın diğer tarafına çeviriniz. Bu işlem sırasında dizleriniz kırarak hastayı çevirin aksi takdirde bel ile ilgili sorunlar ile karşılaşabilirsiniz.



6. Adım

- Öncelikle kirli çarşafı yataktan alarak kirli sepetine atınız.
- Temiz çarşafı kendinize doğru çekerek uçlarını yatağın altına sıkıştırınız.
- Çarşafın gergin olduğundan emin olun.
- Hastaya rahat bir pozisyon verin.
- Yastık kılıfının da çarşafını değiştirerek hastanın başının altına yerleştirin.



■ Tuvalet İhtiyacı

Tuvalete yardım ederken daima tek kullanımlık eldiven giyin. Bu hastalıkların yayılmasını önler. Bakımdan önce ve sonra ellerinizi mutlaka yıkayın.

Yatak İçinde Tuvalet İhtiyacının Giderilmesi

Hastanızın tuvalete gidebilmesi için yeterli hareket kabiliyeti varsa yatakta tuvaleti teşvik etmeyin.

1. Adım

- Öncelikle sürgüyü ılık suyla ıslatın ve tuvalete boşaltın.
- Sürgünün cilde yapışmasını önlemek için talk pudrası ile kenarlarını pudralayın.

İçeriğin sürgüye yapışmasını önlemek için sürgünün altına peçete yerleştirin ya da içeriğin kaymasını sağlayacak yağ ile yağlayın.

2. Adım

- Hastadan kalçalarını kaldırmasını isteyin.
- Kalçalarını kaldıramazsa, hastayı yana çevirin ve kalçalarını lazımlık üzerine koymasına yardımcı olun.



3. Adım

- Hastanın İhtiyacı giderildikten sonra bölgeyi ıslak bir bezle silmesine yardımcı olun ve kağıt havlu ile kurulayın.
- İdrar yapımından sonra bölgenin ılık su ile temizlenmesini sağlayın.
- Ellerinizi yıkayın
- Lazımlığı boşaltın ve temizleyin.
- Ellerinizi yıkayın.



Ördek Kullanımı

- Erkek hastalarda idrar boşaltımında rahatlıkla kullanılabilir.
- Hastaya yardım ederek mümkün olduğunca penisin ördek içerisinde olduğundan emin olun.
- İdrar boşaltımı bittiğinde ördeği boşaltın.
- Ellerinizi yıkayın.



Klozetli Hasta Sandalyesi Kullanımı

- Taşınabilir klozetli sandalye, sınırlı hareket kabiliyeti olan hastalarda kullanımı uygundur. Ayrıca duş oturağı olarak da kullanılabilir.



1. Klozetli sandalye, tuvalet kağıdı, bir bardak ılık su, bir bez veya kağıt havlu, hazırlayın.
2. Ellerinizi yıkayın.
3. Hastanın klozete oturmasına yardım edin.
4. Tuvalet ihtiyacı giderildikten sonra bölgenin temizlenmesi için hastaya yardım edin.
5. Kadın hastalarda cinsel bölgenin temizliği için ılık su dökün.
6. Alanı bir kağıt havluyla kurulayın.
7. Hastanızın ellerini temizleyebilmesi için bir ıslak bez kullanın.
8. Klozetin altlığını çıkarın, boşaltın, temiz suyla durulayın.
9. Ellerinizi yıkayın.



İPUCU

Tuvalet sonrası temizlemede cildin nemli kalmamasına özen gösterin. Bölgeyi kâğıt havlu ile kurulayın.

Sondalar

- Üriner kateter (Sonda), idrarı vücuttan boşaltan kauçuk veya plastikten yapılmış bir cihazdır. Bir hemşire tarafından üretra yoluyla mesaneye yerleştirilir.
- Bir sonda mesanede takılı kalır ve idrarın bir torbaya dolmasını sağlar. Hastanız bu tür kateter kullanıyorsa (kalıcı kateter)'dir ve aşağıdakilere dikkat edilmesi gerekir.



NOT

Üriner kateterler enfeksiyon riskini büyük ölçüde artırır, bu nedenle idrar kaçırılmalarını yönetmek için son çare olarak kullanılmalıdır.

Üriner Kateter Bakımı

- Kateterle temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
- İdrarla temas riski varsa eldiven kullanılmalıdır.
- Üriner kateterin takılı olduğu yerde kir birikimi varsa su ve sabunla temizlenmelidir.
- Ancak periyodik yıkama veya alkolle yada batikonla silmenin enfeksiyonu önlemede faydası yoktur.
- Hasta banyo yapabilir. Ancak öncesinde idrar torbası boşaltılmalı ve bağlantı noktaları kapalı olmalıdır.



NOT

“Enfeksiyonların önlenmesinde kateter bakımının su ve sabunla yapılması yeterlidir”

Üriner Kateter Enfeksiyon Belirtileri

- İdrarda kan
- İdrar yaparken yanma hissi
- İdrarda bulanıklık
- İdrar yaparken ağrı
- Alt karında veya sırta ağrı
- Ateş ve titreme
- Kötü kokulu idrar

Yukarıdaki belirtilerden biri yada birkaçı hastanızda varsa aile hekiminiz ile görüşünüz.

İdrar Torbasının Boşaltılması

- Eller el yıkama standardına göre yıkanır, eldiven giyilir.
- İdrar çıkış musluğu % 70' lik alkol ile ıslatılmış pamuk ile temizlenir.
- İdrarın uygun bir kaba boşalması sağlanır.
- Çıkış musluğu kapatılır ve alkolle ıslatılmış pamuk ile tekrar silinir.
- Atıklar atık torbasına atılır, eller el yıkama standardına göre yıkanır.
- İdrar toplama torbaları rutin olarak değiştirilmemeli ve idrar boşaltma sistemi gerekli oldukça ve en az sıklıkta yapılmalıdır.

Kondom Kateterler

Kalıcı kateteri olan hastalarda meydana gelen enfeksiyonlar uzun süreli bir problem haline gelirse, doktor erkek hastalar için kondom (prezervatif) kateter reçete edebilir. Kateter penise prezervatif gibi yerleştirilir.

Kondom kateterinin çok sıkı sabitlenmesi ciddi yaralanmaya neden olabilir. Bu nedenle çok sıkı olmamasına dikkat edilmelidir.

■ İnkontinans

İnkontinans, kişinin kontrolü olmayan idrar veya dışkıyı kaçırılmasıdır. İdrar çıkışının kontrol edilmesinde ilaçlara ek olarak, mesane eğitimi, mesaneyi güçlendirmek için egzersizler, biofeedback, cerrahi, elektrikli kas uyarıcısı, idrar sondaları etkili olabilir. İnkontinans durumlarının yönetimi için hekiminiz ile iletişime geçmelisiniz.

İnkontinans Yönetiminde Dikkat Edilmesi Gerekenler

- Alkol, kahve ve turuncuillerin tüketiminden kaçınm. Bunlar mesaneyi tahriş edebilir ve idrar yapma ihtiyacını artırabilir.
- İdrarı sulandırmak için düzenli aralıklarla sıvı verin. Bu, mesanenin tahrişini azaltır.
- Hastanızın düzenli olarak idrar yaptığından emin olun - ideal olarak her iki ila üç saatte bir idrar çıkışı olmalıdır.
- Hastanıza kolayca çıkarılabilecek giysiler giydirin.
- Hastanızın yanında bir sürgü veya portatif tuvalet bulundurun.
- İdrar pedleri veya yetişkin bezlerini idrarını kontrol edemeyen hastanızda kullanabilirsiniz.
- İdrar yapmayı kolaylaştırmak için hastanızın karnına hafif masaj uygulaması yapabilirsiniz.
- Hastanızın cildini kuru ve temiz tutun. Derideki idrar kalıntıları bası yaralarına ve enfeksiyonlara neden olabilir.



NOT

Hastanız idrar yapmakta zorlanıyorsa idrar yapılan bölgeye ılık su dökülerek idrar yapmasını teşvik edebilirsiniz.

■ Optimal Bağırsak Fonksiyonu

Optimal Bağırsak Fonksiyonu

Evde bakım hastalarında hareket kısıtlılığına bağlı olarak bağırsak fonksiyonlarında yavaşlama olabilir. Bu nedenle bağırsak fonksiyonunun optimal seviyede sürdürülebilmesi için aşağıdaki uygulamalara dikkat edilmelidir:

- Bakım verdiğiniz bireyin meyve, sebze ve tam tahıllı besinler ile beslenmesini destekleyin.
- Bakımınızdaki kişinin günde altı ila sekiz bardak su (veya doktor tarafından tavsiye edilen miktarda) içtiğinden emin olun. Bu uygulama kabızlık sorunlarını ciddi oranda azaltacaktır.
- Hastanızın yapabileceği düzeyde günlük egzersizler konusunda destekleyin.
- Bağırsak hareketine yardımcı olmak için karın bölgesine saat yönünde masaj yapın.
- Doktor veya hemşireniz tarafından önerilmedikçe müshillerden veya lavmanlardan kaçının. Lavman uygulaması uzun süreli kullanımda bağırsak fonksiyonunun işlevini yitimesine neden olacaktır.

İshal

İshal, suyun vücut tarafından emilmeden önce bağırsağın dışkıyı itmesi nedeniyle ortaya çıkar. Bu duruma virüslerin neden olduğu mide rahatsızlıkları, bazı antibiyotiklerin kullanımı veya kullanılan bazı ilaçlar ile stres yada kaygılı olma neden olabilir.

- Hastanızda ishal görülmesi durumunda;
- Hastanızda yeni kullanmaya başladığımız ilaçları,
- Son zamanlarda olağan dışı meydana gelen durumlar (stres ve kaygıya neden olacak durumlar),
- Ağızdan beslenemeyen hastalarda kullanılan mamalar gözden geçirilmelidir.

İshal Karşıtı İlaçlar ile ilgili Öneriler

- Bu ilaçları ishal başladıktan sonraki ilk altı saat boyunca kullanmayın.
- Hastanızda ateş varsa kullanmayın.
- Dışkıının kalınlaşması ile birlikte almayı bırakın.
- Susuz kalmayı önlemek için sıvı alımını teşvik edin.

Hemoroidler

Hemoroidler, anüs çevresinde şişmiş iltihaplı damarlardır. Hassasiyet, ağrı ve kanamaya neden olurlar. Hemoroidleri tedavi etmek için:

- Anal alan temiz tutulmalıdır,
- Bölgeye vazelin uygulaması yapılabilir,
- Anüs etrafına yapılan soğuk kompresler anal bölgedeki ağrıyı ve kaşıntıyı hafifletir.
- Doktorunuza fitiller konusunda (rektuma uygulanan ilaçlar) danışabilirsiniz.

Aşağıdaki durumlarda doktoru arayın:

- Hemoroidden gelen kanın koyu kırmızı veya kahverengi olması,
- Kanamanın bir haftadan uzun süredir devam ediyor olması,
- Kanamanın herhangi bir zorlama olmadan kendiliğinden meydana gelmesi.

■ Evde Enfeksiyon Kontrolü

Bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyon riskini önlemek için sık sık el yıkama gibi yaygın sağlık uygulamaları gereklidir.

Enfeksiyonu önlemek için;

- Her zaman en temiz alandan en kirli alana doğru temizleyin.
- Bakım verdiğiniz hastanız ve diğer insanlarla temas etmeden önce ve temas ettikten sonra daima ellerinizi yıkayın.
- Kişisel bakım verirken daima tek kullanımlık eldiven giyin.
- Evin dışındaki bir seyahatten yada dışarıdan döndüğünüzde daima ellerinizi iyice yıkayın.
- Tuvaleti kullandıktan sonra daima ellerinizi yıkayın.

El yıkama tekniği

Aşağıdaki teknikler evde enfeksiyon olasılığını azaltmaya yardımcı olacaktır.

- El yıkama, enfeksiyonların veya mikropların yayılmasını önlemenin en etkili yoludur.
- Ellerinizi yıkarken mutlaka sabun kullanınız.
- Eğer bakım verdiğiniz hastada enfeksiyon meydana gelmişse antimikrobiyal sabun kullanın.
- Ellerinizi durulamadan önce ellerinizi en az 30 saniye köpük ile ovun.
- Tırnaklarınızda bir tırnak fırçası kullanın. Tırnakları kesilmiş halde tutun.
- Ellerin ön ve arka kısmını, parmakların arasını ve bileklerinize kadar olan bölgeyi oavarak yıkayın.
- Durulama işlemini gerçekleştirdikten sonra musluğu peçete yardımı ile kapatın.
- Ellerinizi temiz bir havlu veya kağıt havluyla kurulayın.

Kirli Çamaşırların Temizliği

- Kirli çamaşırları vücudunuza yakın taşımayın.
- Asla kirli çamaşırları silkelemeyin ve kirli çamaşırları yere koymayın. Zemini kirletebilir (enfekte edebilirler) ve mikroplar ayak tabanlarına veya ayakkabı tabanlarına yayılabilir
- Enfekte olmuş, kirli çamaşırları sızdırmaz plastik bir torbada saklayın ve bağlayın.
- Hastanızın kirli çamaşırlarını diğer çamaşırlardan ayrı yıkayın.
- Kirli çamaşırları çamaşır makinasında en az 60 0C olacak şekilde yıkayın.
- Kirli çamaşırları tutarken eldiven kullanın.
- Ellerinizi yıkayın.



NOT

İdrar yolu enfeksiyonlarından korunmanın en etkili yolu günlük olarak yeterli miktarda sıvı tüketilmesidir.

Sterilizasyon

Bakım verdiğiniz hastada kulladığımız malzemeler hastaya özel değilse malzemeleri mutlaka sterilize edin. Eğer sterilizasyon uygulayamıyorsanız dezenfektan maddeler ile siliniz.

Islak Isı Sterilizasyonu

1. Büyük bir kabı suyla doldurun.
2. Sterilize edilecek ürünleri tencereye, örn. tırnak makası, makas.
3. Tencereyi kapatın ve suyu kaynatın.
4. Suyu 20 dakika kaynatın.
5. Eşyaları kullanıma hazır olana kadar tencerede bırakın.



NOT

Hastanızın kıyafetlerini kullanmadan önce sıcak ütü ile ütüyerek sterilize edebilirsiniz.

■ Basınç Yaralarında Deri Bakımı ve Önlemler

Basınç yaraları, derinin uzun süre basınca veya sürtünmeye maruz kalması sonucu cildin gördüğü hasarlardır. Basınç yaralarında öncelikli amaç bu yaraların önlenmesidir. Tedavi edilmesi ise basınç yarasının evresine göre değişiklik gösterir.

- Basınç yaralarından en sık etkilenen bölgeler kuyruk kemiği, kalça, topuk ve dirseklerdir.
- Cilt bir tabakaya sürtünmeye devam ettiğinde yaralar görülebilir.
- Cilt içeriden parçalanır ve yaralar sadece 15 dakika içinde oluşabilir.
- Hasar, derideki renk değişikliğinden kas veya kemikteki derin yaralara kadar değişebilir.
- Açık tenli insanlar için, bir yatak yarasının ilk aşaması cilt renginin koyu mor veya kırmızıya dönüşmesi ile başlamaktadır ve parmak ucu ile bastırıldığında renk kırmızı olur. Koyu tenli insanlar için bu alan normalden daha koyu hale gelebilir.
- Etkilenen bölge çevresindeki deriden daha sıcak olabilir.
- Tedavi edilmeyen bası yaraları hastaneye yatışa neden olabilir ve cilt grefti (ölü cilt dokusunun temizlenmesi) gerektirebilir.

Önlemler

- Cildi her gün kontrol edin. Banyo zamanı bunu yapmak için ideal zamandır.
- Yeterli C vitamini, çinko ve protein içeren dengeli bir diyet sağlayın.
- Cildi kuru ve temiz tutun. Derideki idrar kalıntıları yaralara ve enfeksiyonlara neden olabilir.

- Kıyafetlerin gevşek olmasına dikkat edin.
- Hastanız yatağa bağımlı bir hasta ise iki saatte bir pozisyon verilmelidir.
- Nemlendirici kremler ile hastanın cildini nemlendirin.
- Islaklığı emmede daha iyi oldukları için% 100 pamuklu çarşaf kullanın. Çarşafın gergin olduğundan emin olun.
- Hastanız için mümkünse bir havalı yatak temin edin. Bu yaraların gelişmesini önlemede etkili olacaktır. Bununla birlikte pozisyon verilmeye devam edilmelidir.
- Terlemeye neden olan yataklardan, kıyafetlerden kaçınılmalıdır. Pamuklu, sıkmayan kıyafetler tercih edin
- Kişi otururken, her 15 dakikada bir vücut pozisyonunu değiştirmesi için onu teşvik edin.
- Ayak topukları korumak için hastanızın topuklarının altına rulo şeklinde havlu yada bir yastık yerleştirin.
- Hastanızın tolere edebileceği yatak içi egzersizler için teşvik edin, yapamıyorsa sizin bu uygulamaları hastanıza yaptırmanız yararlı olacaktır.

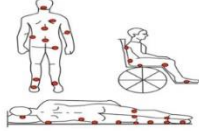
Basınç Yaralarında Deri Bakımı

Bakım verdiğiniz bireyde cilt kontrolü sırasında basınç yarasının olduğunu fark ederseniz, hemşirenizi yada doktorunuzu bilgilendiriniz.

Bu yaraların tedavisi için genel yönergeler aşağıdaki gibidir:

- Bakım verdiğiniz bireyde cilt kontrolü sırasında basınç yarasının olduğunu fark ederseniz, hemşirenizi yada doktorunuzu bilgilendiriniz.
- Bu yaraların tedavisi için genel yönergeler aşağıdaki gibidir:
- Enfeksiyon riskini azaltmak için bakım yaparken tek kullanımlık eldiven giyin.

- Bakım verdiğiniz bireyin konumunu sık sık değiştirerek yaraların diğer bir evreye ilerlemesine izin vermeyin.
- Bakım verdiğiniz bireyin vücudunu desteklemek için yastıklar veya köpük pedler kullanın.
- Yataktayken, pozisyonunu en az iki saatte bir değiştirin.
- Yaralara ilaç uygulamasında doktorun veya hemşirenin tedavi planını takip edin.
- Etkilenen bölgeleri doktorunuzun yada hemşirenizin önerilerine göre pansuman yapın.



■ Beslenme

Yemek zamanları önemlidir, çünkü gün içinde hoş bir mola verirler. Bakım alan kişi için çok rahatsız edici değilse, yemekler aile ile birlikte alınabilir. Yemek zamanlarını keyifli hale getirmek önemlidir, böylece yemek için sabırsızlanacaktır.

Yatak İçinde Hastanın Beslenmesi

1. Yatağın başını yastıklar ile ya da otomatik olarak yukarı kaldırın.
2. Yatağın üzerinde yiyebilmesi için bir masa sağlayın.
3. Yemek yemesi için acele etmeyin, ancak sabit bir hızda kalın.
4. Yiyeceği küçük parçalara ayırın.
5. Bardağı yarıya kadar doldurun.
6. Hastanız isterse bardağı tutmasına izin verin.
7. Yemek yiyebildiği ölçüde hastanızı destekleyin.
8. Kişinin ağızını ve ellerini silmek için nemli bir el havlusu kullanın.



Tüple Beslenme

Tüm insanların yaşamak için besine ihtiyacı vardır.

İştah azalması, yutma gücü, ya da yemek yemeye engel olan herhangi bir operasyon geçiren bir hasta ya da kronik hastalığı olan bir kişi günlük beslenme gereksinimlerini doğal yollardan sağlayamayabilir. Bu durumda kişiye dışarıdan beslenme desteği sağlanması gerekir. Bu yöntem "enteral beslenme" olarak adlandırılır. Enteral beslenme ağızdan yada tüp yoluyla olmak üzere iki türlü olabilir.

Tüple beslenme, hasta ağızdan beslenemediği durumlarda burundan, karnın üst bölgesinden yada bağırsağın bir bölümüne tüp yerleştirilerek yapılan beslenme şeklidir.

Enteral Beslenme Enjektörü ile Tüple Beslenme (Bulus Beslenme)

Beslenmeye başlamadan önce tüpün yerinden çıkma ihtimaline karşı tüpünüzün konumunu kontrol etmek için doktorunuzun/hemşirenizin talimatlarına uygulayın.

1. Malzemelerinizi hazırlayın.- Tüple beslenme ürünü (oda sıcaklığı), Enjektör (50-60 mL), Su (oda sıcaklığı).
2. Ellerinizi iyice yıkayınız.
3. Tüple beslenme ürün ambalajının ağız kısmını sıcak suyla durulayın veya temiz bir ıslak kağıt havluyla silin.
4. Açmadan önce ürünü iyice çalkalayın.)
5. Beslenme ürününü kullanmadan önce doktorunuzun belirttiği gibi beslenme tüpünü bir miktar temiz suyla yıkamak için enjektör kullanın. Beslenme tüpünü beslenmeye başlamadan yıkamanız, tüpü ıslatarak kayganlaşmasına neden olarak besin atıklarının yapışıp sonradan tüpü tıkanmasını önlemek için önemlidir. Beslenme bittikten sonra yıkamak yine aynı şekilde tüpün bir sonraki beslenmeden önce temiz kalması için önemlidir.
6. Ürünü doğrudan enjektörün içine dökün.
7. Tüple beslenmeye başlamadan oturun ya da başınız en az 30 derece yüksekte (iki yastık yüksekliği) olacak şekilde uzanın.

- Mide bulantısı ya da reflüyü önlemeye yardımcı olmak için her beslenmeden sonra 30 - 60 dakika arasında bu pozisyonda kalın.
8. Beslenme tüpünün kapağını açın.
 9. Enjektöre ürünü doldurun ve besleme tüpüne takın. Ürün akışını sağlamak için beslenme borusunu açın.
 10. Akış (beslenme) hızını arttırmak veya azaltmak için enjektörün yüksekliğini artırın veya azaltın.
 11. Eğer gerekliyse, ürün beslenme tüpünün içine akarken üründen enjektöre daha fazla ekleyin.
 12. Beslenme sonrasında, doktorunuzun belirttiği şekilde, beslenme tüpünü suyla yıkamak için enjektörü kullanın.
 13. Enjektörü beslenme tüpünden ayırın ve beslenme tüpünün kapağını kapatın.

Yer Çekimi Yöntemi ile Tüple Beslenme

1. Malzemelerinizi hazırlayın.- Tüple beslenme ürünü (oda sıcaklığı), Enjektör (50-60 mL), Serum Askısı, Su (oda sıcaklığı).
2. Ellerinizi iyice yıkayınız.
3. Tüple beslenme ürün ambalajının ağız kısmını sıcak suyla durulayın veya temiz bir ıslak kağıt havluyla silin.
4. Açmadan önce ürünü iyice çalkalayın.
5. Beslenme ürününü kullanmadan önce doktorunuzun/hemşirenizin belirttiği gibi beslenme tüpünü bir miktar temiz suyla yıkamak için enjektör kullanın.
6. Ürünü serum askısına asın. Böylece mideden en az 45 cm yüksekte olacaktır.
7. Ürünü beslenme setine bağlayın.
8. Ürün tüpü dolduruncaya kadar akış düzenleyicideki kısıkaçı açın.
9. Akış düzenleyicideki kısıkaçı kapatın.
10. Borudaki damlatma haznesinin yaklaşık yarısına kadar dolu olduğundan emin olun.
11. Tüple beslenmeye başlamadan hastanızın başını yükseltin ya da başını en az 30 derece yüksekte (iki yastık yüksekliği) olacak şekilde



- kaldırın. Mide bulantısı ya da reflüyü önlemeye yardımcı olmak için her beslenmeden sonra 30 - 60 dakika arasında bu pozisyonda kalın.
12. Beslenme tüpünün kapağını açın.
 13. Beslenme setinin ucunu beslenme tüpüne bağlayın.
 14. Doktorunuzun/Hemşirenizin belirttiği şekilde akış hızını ayarlamak için akış düzenleyicinin kısıkaçını açın.
 15. Beslenme sonrası seti kapatın ve beslenme tüpünden ayırın.
 16. Beslenme tüpünü belirtilen şekilde suyla yıkamak için enjektör kullanın. Beslenme tüpünü beslenmeye başlamadan yıkamanız, tüpü ıslatarak kayganlaşmasına neden olarak besin atıklarının yapışıp sonradan tüpü tıkamasını önlemek için önemlidir. Beslenme bittikten sonra yıkamak yine aynı şekilde tüpün bir sonraki beslenmeden önce temiz kalması için önemlidir.
 17. Beslenme tüpünün kapağını kapatın.



NOT

-Açılmamış ürünü oda sıcaklığında (yaklaşık 24 °C) temiz, kuru ve doğrudan güneş ışığı almayan bir yerde saklayın.
-Eğer ürünün sadece bir kısmı kullanıldıysa, kapağını kapatın, üzerine açıldığı tarihi ve saati yazın ve buzdolabına koyun.
-Açtıktan sonra 24 saat içinde kullanın. 24 saat içinde kullanılmazsa atın.
-Mideyi rahatsız etmesinden kaçınmak için, kullanmadan 30 dakika önce buzdolabından ürünü alın ve kapağını açmadan oda sıcaklığında bekletin.

Tüp temizliği

Tüp tıkanıklığını önlemek için tüpler aşağıdaki sıklıkta yıkanmalıdır. Sürekli beslenme durumlarında tüplerin her 4-6 saatte bir 30-50 ml su ile yıkanması önerilir. Aralıklı ve bolus beslenme yapılan hastalarda, her beslenmeden önce ve sonra tüpler 30 ml su ile yıkanmalıdır. İlaç uygulamasından önce ve sonra, tüpler 15-30 ml su ile yıkanmalıdır. Aynı zamanda çok sayıda ilaç verilecekse, her ilaç verilmesinden sonra tüp yıkanmalıdır. Tüp yıkanmasında steril su ya da kaynatılıp soğutulmuş su kullanılabilir.

VİDEOLARLA ÖĞRENİN



Hasta bakımı ile ilgili profesyonel bir ekip ile oluşturulmuş videolardan yararlanabilirsiniz.



Tüm bakım uygulamaları ile ilgili videolar bulunmaktadır.



Hasta bakımının ayrıntılarını bu videolardan öğrenebilirsiniz.

Merak ettiğiniz, bilmek istediğiniz, kararsız kaldığınız her türlü bilgi için bize ulaşın;

Web sitesi: evdebakimadestek.com

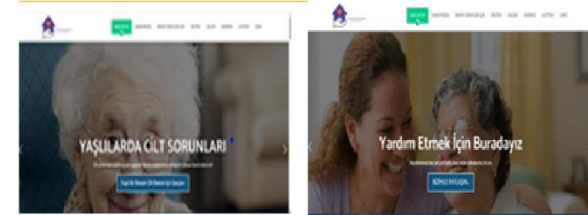
Giriş yapabilmek için;

Kullanıcı adı: video@evdebakimadestek.com

Şifre: 1234



Bizimle İletişime Geçin



**YATAĞA BAĞIMLI
HASTALARA BAKIM
VEREN BİREYLERE
YÖNELİK AİLE
DESTEK PROGRAMI**

**EVDE BAKIMDA
YALNIZ DEĞİLİNİZ...**

evdebakimadestek.com

Evde anne, babanıza ya da sevdiğiniz bir yakınınıza bakmayı manevi sorumluluğunuz olarak görüyor ve yakınınızı yalnız bırakmak istemiyorsunuz. Sevdiğiniz bir bireye bakmanın ise büyük sorumluluk getirdiğinin farkındasınız.

Evde bakım vermenin getirdiği zorluklar ile baş edebilmek, sevdiğimiz yakınımızın bakımını daha kaliteli bir şekilde sürdürülebilmek için destek almak önemlidir. Bu nedenle "Yatağa Bağlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Aile Destek Programı" adlı bir proje başlatılmıştır.

Amacımız evde yakınlarına bakan kişilere gereksinimlerine göre eğitim ve bilgi desteği sağlamaktır. Bu desteği sağlarken ekip anlayışının temel alındığı (Hemşire, Hekim, Fizyoterapist, Psikoterapist, Diyetisyen), son güncel bilgilere dayanan, bakım vericinin istediği zaman ulaşabileceği, hasta bakımı ile ilgili uzman kişilerin yer aldığı bir program oluşturmak hedeflenmiştir.

E-mail: info@evdebakimadestek.com

**EK 11. EVDE BAKIM VERENLERDE STRES AZALTMANIN VE
TÜKENMİŞLİKTEN KAÇINMANIN YOLLARI KİTAPÇIĞI**



**Evde Bakım Verenlerde Stres Azaltmanın
ve Tükenmişlikten Kaçınmanın Yolları**

*“Sizi ve sevdiklerinizi destekleyebilecek konular ile ilgili
bilgi edinin.”*



Giriş

Bakım verme, hem bakım veren hem de hasta için oldukça zor ve sıkıntılı bir süreçtir. Dünyada ve ülkemizde giderek daha fazla sayıda kadınların çalışma yaşamına katılması, çekirdek aileye dönüşüm olması, konutların küçülmesi ve ekonomik yetersizlik gibi nedenler bakıma muhtaç bireylerin aile içinde bakımını zorlaştırmaktadır.

Bu nedenle aile bakımının güçlendirilmesini sağlayacak hizmetlerin oluşturulması çok önemlidir. Yapılan birçok araştırmaya bakıldığında bakım veren kişilerin büyük bir oranda kadın olduğunu görmekteyiz. Bu kadınların yarısının orta yaş düzeyinde olduğu ve yine büyük bir çoğunluğunun da evli olduğunu görüyoruz.

Bu durum genel olarak bize gösteriyor ki; kadın olmak, evlilik, çocuklar, yemek, ev işi gibi birçok işinin gücünün arasında birde bakmak zorunda olduğu bir hastasının varlığının ek bir yük ve sorumluluğunu almak durumunda kalmaktadırlar. Bu durum genel anlamda bakım verende kaygı, depresif belirtiler, sinirlilik, mutsuzluk, agresif davranışlar hatta saldırganlığa varan tabloların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.



“Endişelerinizi başkalarıyla paylaşmak stresi azaltmanıza yardımcı olacaktır.”

■ Olumsuz Duygularımızı Nasıl Yönetebiliriz?

Bir bakım verici olarak hasta bakmak önemli bir sorumluluktur. Ancak yaptığımız her şey için çok fazla beklentiye girerseniz olumsuz duygular ile karşı karşıya kalabilirsiniz. Olumsuz duygularınız ile baş edemezseniz etrafınızda bulunan kişiler tarafından sinirli biri olarak görünebilirsiniz.

Duyularımızı kontrol edin...

Her şeyi iyi yapıyor olsanız bile, yeterince yapamadığımızı düşünebilirsiniz. Her gün en az bir kez kendinize şunu söyleyin:



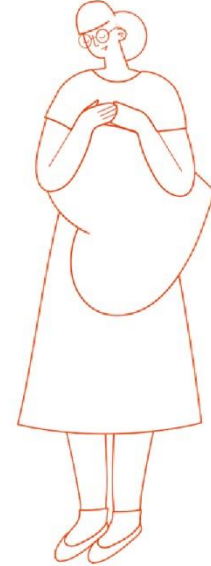
Hastam için elimden gelenin en iyisini yapıyorum...



Hastama sevgiyle bakıyorum ve ona şevkat gösteriyorum....



Hastama daha iyi bakabilmek için yeni bilgiler öğreniyorum...



Depresyon Tehlikesi!!

Depresyon, birçok bakım vericinin sağlığını ve refahını tehlikeye atan ve bakım verilen hastanın da iyileşmesini etkileyen bir durumdur. Depresyon, başta kalp hastalığı olmak üzere diğer önemli sayılabilecek hastalıklara da yakalanma riskini artırabilir. Aşağıda verilen belirtilerden iki haftadan uzun süredir beş veya daha fazlasına sahipseniz, depresyonunuz olabilir. Randevu alarak bir doktor, psikiyatrist veya psikolog ile konuşabilirsiniz.

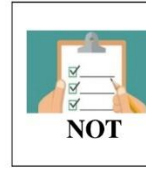
Depresyon Belirtileri

- Üzgün, endişeli veya işe yaramaz hissetmek
- Suçluluk, değersizlik, çaresizlik duyguları
- Yorgunluk ve halsizlik ile birlikte hiç birşey yapmak istememe
- Günde 10 saat ve üzerinde uyuma
- Ölüm, intihar veya intihar girişimleri hakkında düşüncelerin olması
- Geleceğe yönelik ümitsiz duygular hissetmek
- Hobilere (örgü örme, müzik dinleme, resim yapma v.s) ilgisiz kalmak
- Konsantre olamama, bir şeyleri hatırlayamama veya karar verememe
- İştahsızlık, kilo kaybı veya kilo alma
- Huzursuz, her zaman sinirli hissetme

Sinirlilik Duygusu

Evde sürekli bakılmak zorunda olan bir hastanızın olması, istediğiniz zaman istediğiniz yere gidememek, var olan diğer sorumluluklarınızı yerine getirememek gibi nedenlerden dolayı kendinizi zaman zaman sinirli ya da gergin hissedebilirsiniz. Bu durumu yaşamanız çok doğaldır. Ancak sinirli ve gergin olmanızı hastanıza yansıtarak ya da etrafınızdaki insanlara tepki göstererek ifade ederseniz bu durum size yarar sağlamayacaktır. Ancak bu duyguları da kendinize saklamanız doğru değildir. Bunun yerine aşağıda verilen önerileri dikkate alınız:

1. Duygularınızı açıkça paylaşabileceğiniz kişiler ile bir araya gelin. Bu kişiler size etkili tavsiye ve çözümler sunabilirler.
2. Bir terapist, aile danışmanı veya psikolog görüşün.
3. Bir günlük tutun ve duygularınızı yazın.



Bazen hastanıza nasıl hissettiğinizi anlatmanız gerekir. Ancak, onu kişisel olarak suçlamaktan kaçının. Ona "Beni kızdırıyorsun" demek durumu daha da kötüleştirebilir. Bunun yerine ona şunu söylemeyi deneyin: "Neler yaşadığımı anlamaya çalışıyorum, lütfen benim de neler yaşadığımı anlamaya çalış."

Duygusal Yüklerle Başa Çıkmak

Bu sorunlarla karşılaşan tek kişi sizmişsiniz gibi görünebilir, ancak yalnız değilsiniz. Her bakım verici bir noktada aşağıdakilerle karşılaşır:

1. Acısını gizleme ihtiyacı
2. Gelecek korkusu
3. Para konusundaki endişeler
4. Sorunları çözmek için gücünün olmadığını hissetmek

Bağımlılık ve İzolasyon

Bağımlılık durumu yalnızca hasta ve hastaya bakan kişinin birlikte yaşadığı ailelerde sık görülür. Hasta, kendisine bakan kişiye giderek daha fazla bağımlı hale gelebilir. Bu gibi durumlarda hem bakılan kişi hem de hastaya bakan kişi duygusal zorluklar ile karşı karşıya kalabilir. Bu nedenle hastanın kısa süreli de olsa bakımını arada destek olabilecek başka kişiler ile paylaşılması önem arz etmektedir.

Ne Zaman Yardım Aranacağını Bilmek

"Neden kimse nasıl olduğumu sormuyor?"

Herkesin dikkati hastalığı olan kişide olabilir. Bakıcıyı kimsenin anlamadığı düşünülebilir. Pek çok evde hasta bakan kişi, kimsenin kendisinin nasıl olduğunu sormadığını söylüyor. Ruh sağlığı uzmanlarının tavsiyesi, bu tür duyguların oluşmasına izin vermemektir. Hasta bakan kişiler diğer insanlara nasıl hissettiklerini ve neye ihtiyaçları olduğunu söylemelidir.

Aşağıdaki durumlarda profesyonel (psikiyatrist, psikolog, terapist v.s) yardım alın:

1. Deri döküntüleri, sırt ağrısı, soğuk algınlığı veya geçmeyen bir grip durumu varsa,
2. Net bir şekilde odaklanamama veya düşünememe yaşıyorsanız,
3. Yorgun hissetme ve hiçbir şey yapmak istememe varsa,
4. Çoğunlukla kendiniz üzgün hissediyorsanız,
5. Korku ve endişeli durumları sık sık yaşıyorsanız,
6. Kendini değersiz ve suçlu hissediyorsanız
7. İki hafta veya daha uzun süre depresyon belirtileri varsa (bakınız; depresyon belirtileri)
8. İntihar etme düşüncesi varsa,
9. Kendinize veya hastanıza zarar verme düşünceleri yaşıyorsanız profesyonel bir destek alın.

Öfkeyi Yönetmek

Öfke; sevgi, üzüntü, korku, acımak gibi en temel duygularımızdan biridir. Genel olarak insanın bilinçli yaşamadığı, kontrol etmekte zorlandığı bu duygu ile nasıl başa çıkılacağı, yaşandığı anda verilen kararlarla şekillenir. Kişinin karşısındakine ve kendisine kontrolsüz yaşanan ÖFKE ile vereceği zararlar çok farklı boyutlarda olabilir. Öfkenin kaynağında yaşayan ve yaşatanın hatalarından bahsetmek gerekir.

Unutulmaması gereken konu, herkes öfkeye neden olabilir, öfkeyi yaşayabilir veya yaşatabilir. Çözüm yaratılmak için ise; empati yapabilmek, iyi niyetli düşünebilmek, ön yargılarımızdan uzaklaşabilmek, olayı analiz etmeye çalışmak ve duygularımızı iyi kullanabilmek çok önemlidir.

Öfkemizi kontrol edebilmek için;


- Acele karar vermeyin, eğer duygunuzu kontrol edemiyorsanız, ortamdaki uzaklaşın ve öfkenize sebep olan konuyu, daha sonra tekrar değerlendirin, olayın çok sıcak ve yoğun olduğu anda, duygularımızı kontrol edemeyebiliriz veya algı hataları yapabiliriz, ön yargılarımız devreye girip analitik düşünmekten uzaklaşabiliriz.
- Sakin olmamız gerektiğini hatırlamaya çalışmalıyız.
- Bilincimizi kaybetmememiz gerektiğini hatırlamalıyız.
- Biliyorsak nefes alma egzersizlerini yapmayı düşünmeliyiz, bazen bu yoga, kas gevşeme egzersizleri, farkındalık egzersizleri şeklinde de düşünülebilir.
- Öfkemizi kontrol edebilmek için aslında çok kısa bir süreye / dakikalarla sınırlı ihtiyacımız olduğunu unutmamalıyız.
- Öfkemizi en yüksek yaşadığımız anda, sözel veya fiziksel tepki vermeye özen göstermeliyiz.

- Karşımızdaki insana o anki duygularımızı kırıcı ve yıkıcı olmadan aktararak, konuşmanın bitirilmesi gerektiği veya konunun değiştirilmesi gerektiğini hatırlatmalı ve empati yapabilecek bir karşı taraf varsa yardımını isteyebiliriz.

- Öfkemizi tanıyorsak, daha önceden belirlediğimiz alternatif davranışları, dikkatimizi başka yöne çevirmek, hoşlandığımız bir şey ile uğraşmak gibi dikkat dağıtıcı yöntemleri veya geliştirdiğimiz stratejileri deneyebiliriz.

Kendinize Değer Verin ve Önce Sizin İyi Olmanız Gerektiğini Unutmayın...

Bakım verdiğiniz kişinin iyi olmasını istiyorsanız önce kendi sağlığınızın önemli olduğunu bilin. Çünkü bir hastaya bakabilmek için önce bakım veren kişinin sağlıklı olması gerekmektedir. Bu nedenle kendinizi sevin ve kendinize değer verin. Kendinize bakmazsanız baktığınız hastanız da acı çekebilir. Sorumluluğunuzdaki kişiye karşı sorumluluğunuzun bir kısmı da kendinize bakmaktır.

	<p>Akılda tutulması gereken bir not: Uçuştan önceki güvenlik konuşmasında, uçuş hostesi her zaman acil durum maskesinin çocuklardan önce büyüklerin kendilerine takması gerektiği anlatılmaktadır. Bunun nedeni yetişkinler bayılırsa çocukların güvenliği ve yaşamları da risk altında olacaktır. Bu nedenle bakım verdiğiniz birey için de aynı durum söz konusudur. Eğer siz kendinize iyi bakmazsanız bakımınız altındaki kişinin de durumu risk altında olacaktır.</p>
--	---

Kendinize daha iyi bakabilmek için aşağıdaki önerileri dikkate alın;

1. Egzersiz Yapmak

Kısa süreli ve düzenli yapılan egzersizler sayesinde yaşamınızı daha sağlıklı bir şekilde sürdürmeye yardımcı olabilirsiniz. Hareketsiz bir yaşam tarzı (fiziksel aktivite eksikliği), tüm önemli hastalıklar için bir risk faktörüdür. Bu nedenle evde ya da açık havada yapılacak basit egzersizler ile bu hastalıkların önüne de geçmiş olacaksınız.

Yürümek egzersiz yapmanın en kolay yoludur. Haftada 30 - 40 dakika yürüyüş yapmak sağlığınız açısından yeterli olacaktır.

Egzersizin olumlu etkileri:

- Kas kuvveti, dayanıklılığı ve esnekliği sağlamak,
- Kilo vermeye ve korumaya destek olmak,
- Kardiyovasküler ve tromboz riskinde azalma sağlamak,
- Kan yağ ve glikoz düzeyinin düşürülmesini desteklemek,
- Psikolojik durum ve uyku kalitesini düzeltmeye yardımcı olmak,
- Kronik ağrıyı azaltmak olarak sıralanabilir.

2. Doğru Beslenme

Beslenme; açlık duygusunu bastırmak, karın doymak ya da canının çektiği şeyleri yemek içmek değildir. Beslenme; sağlığı korumak geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir.

İnsanın hayatını sürdürebilmesi için 50'ye yakın besin öğesine gereksinimi vardır. Büyümek, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşamak için bu besin öğelerinin her birinden bireysel ihtiyaçlara göre her gün belirli bir miktar alınması gerekir. Besin öğelerinin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişme engellenmekte, sağlık bozulmaktadır. Peki, sağlığımızı korumak için nasıl beslenebiliriz ve bağışıklığımızı destekleriz gelin birlikte inceleyelim.

➤ **Bol meyve ve sebze tüketmek**

Meyve ve sebzeler, vücudumuzun sağlıklı ve normal bağışıklık fonksiyonu için ihtiyaç duyduğu vitamin, mineral ve lifi sağlamak için en önemli gıdalardan biridir. Her gün en az 5 porsiyon (400 gr'a eşdeğer) meyve ve sebze yemeyi hedeflemeliyiz. Taze, dondurulmuş, konserve, kurutulmuş ve meyve suları (günde maksimum 1 porsiyon) çeşidi porsiyon olarak sayılır.

➤ **Tam tahıllara yer vermek**

Tam tahıllar (mercimek, kuru fasulye, nohut v.b), diğer tahıllardan farklı olarak, tahılın yapısının büyük bir kısmının korunduğu ve vitaminler mineraller ve lifi tutan katmanları koruyor. Buna ek olarak, bize enerji veren ve daha uzun süre daha doygun hissetmemize yardımcı olabilecek önemli bir karbonhidrat kaynağı.

➤ **Doymuş yağları doymamış yağlarla değiştirmek**

Yağlar sağlıklı beslenmenin önemli bir parçası olarak karşımıza çıkıyor. Ancak her yağ sağlığımız üzerinde aynı etkiye sahip olmayabilir. Doymuş yağların doymamış yağlarla yer değiştirilmesi, LDL (kötü) kolesterol düzeyini düşürmeye ve kalp hastalığı riskini azaltmaya destek olabiliyor. Bunun için beslenme düzeninizde küçük değişiklikler yapmak gerekiyor. Yağlı etler, yüksek yağlı süt ürünleri ve hindistancevizi yağı gibi tropikal yağların kullanımını azaltarak, fındık, balık ve zeytin ve gibi bitkisel yağlara yer vererek doymuş yağ tüketimi azaltılabilir.

➤ **Yağ, şeker ve tuz bakımından zengin yiyecek ve içecekleri sınırlandırmak**

Kurabiye, patates cipsi, çikolata ve şekerli içecekler gibi yağ, şeker ve tuz bakımından zengin yiyecekler ve içecekler, yüksek miktarlarda yenildiğinde, ihtiyacımız olandan daha fazla kalori

almamıza neden olabilir. Bu gıdalar genellikle çok az besinsel yarar sağladığından, sağlıklı bir diyetle yer alması gerekli değil. Bu nedenle, bu gıdalara tüketirken porsiyon kontrolü sağlamak ve belirli zaman aralığı ile tüketimlerini sınırlandırmak gerekiyor.

➤ **Hem hayvansal hem de bitki bazlı proteinleri seçin**

Protein vücudumuzun ve bağışıklık sistemimizin sağlıklı çalışması için gerekli bir besin ögesi. Bakliyat, balık, yumurta, süt ürünleri ve et gibi hem hayvansal hem de bitki kökenli kaynaklardan protein ihtiyacını karşılamak mümkün.

➤ **Sıvı gereksiniminin karşılanması**

Yeterli miktarda su ve sıvı gereksinimi yaşamın devamı için gerekli. Ne kadar suya ihtiyacımız olduğu ise yaş, cinsiyet, kilo, boy, fiziksel aktivite ve çevre koşullarına (yani sıcak havalarda muhtemelen daha fazla su içmeniz gerekecektir) bağlı değişiklik gösteriyor. İhtiyacımız olan suyun yaklaşık %20-30'u tükettiğimiz besinlerin yapısındaki sudan karşılanabiliyor. En iyi sıvı desteği için öncelik her zaman içme suyu olmalı. Serinletici bir özellik vermesi için içerisine dilim limon, salatalık, nane veya çilek eklenebilir.

3. Meditasyon Yapmak

Bilimsel bir zihni dinlendirme tekniği olan **Meditasyon**, derin bir şifa yöntemi olup, stresi azaltma, stres yönetimi, verimlilik ve yaratıcılık artışı için kullanılan en önemli ve en etkili araçtır.

Meditasyon kesinlikle bir inanç sistemi değildir; meditasyon inanılması gereken bir uygulama olmayıp, dünyadaki en saygın bilimsel kurumlarca yararları kanıtlanmış olan, beden, zihin ve ruhun eş zamanlı olarak fayda gördüğü bir şifalandırma tekniğidir.

Nefese Konsantrasyon tekniği ile meditasyon yapabilirsiniz. Aşağıdaki adımları izleyiniz:

1. Rahat bir şekilde oturun veya uzanın.
2. Őimdi yavaşca nefes alış verişinize odaklanın. Nefesinizi verişinize ve nefesinizi alışınıza odaklanın.
3. Bu sũreçte tek tek sayabilirsiniz ama sayı 10 ile sınırlı olsun. Yani nefes alırken bir, nefes verirken iki, nefes alırken üç, nefes verirken dũrt şeklinde sayarak ilerleyin ve ona gelince tekrar bire dũnũn.
4. Zihni boşaltana kadar bu şekilde sadece nefes alışverişinize odaklanın. Eğer ki dũřunceler zihninize gelirse ¼zerinde durmayın bırakın o dũřũnce aksın gitsin ve tekrar odağınızı nefesine getirin.
5. Eğer sayarken sayıyı unutursanız birden başlayın yine. Hatırlamaya çalışmayın.
6. Belli bir sũre sonra sayarken zihin devreden çıkacak ve ruhsal arınıklığa ve derin farkındalığa ulaşacaksınız. Bu noktada artık saymanıza gerek yok. Sadece nefesinize odaklanmaya devam edin ama nefesinizi kontrol etmeyin.
7. Siz artık gözlemcisiniz ne nefesinize ne de hiçbir Őeye odaklanmayın, o arınık anda kalın.
8. Zaman olduğunda gözlerinizi açın ve yukarıda bahsettiğimiz gibi bedensel olarak hareket ederek, bedeninizi hareketlendirin.



NOT

Meditasyon yapmak için ne kadar zaman harcadığınız önemli değildir. Beş dakika ile başlayabilirsiniz. Meditasyon tekniğini her gũn uygularsanız stresi azaltmada etkili olabilir. Birkaç hafta sonra faydalarınızı gũreceksiniz.

Hasta Bakımını Planlamanın Faydaları

Hastanızın bakımını evde sũrdũrmeyi bir sorumluluk olarak gũrũyor ve her Şeyi sizin yapmanız gerektiğini dũřũnebilirsiniz. Ancak asıl gerçekte olması gereken durum bu şekilde değildir. Eğer bu şekilde olması gerektiğini dũřũnũyorsanız bir sũre sonra enerjinizin bittiğini ve tũkenmekte olduğunuzu gũreceksiniz.

Hasta bakımını sũrdũrmeyi bir maraton koşusu olarak gũrebilirsiniz. Hızınızı iyi ayarlarsanız çok hızlı koşmaz ve yarış bitmeden tũkenmezsiniz. Mũmkũnse hasta bakımında destek alabileceğiniz kişileri belirleyiniz. Bu kişilerden size destek olmaları konusunda hatırlatıcı olunuz.

Vũcudun dinlenmeye ihtiyaçı olduğunu unutmayınız. Sevdığiniz birine bakarken kendi ihtiyaçlarınızı dũřũnmek zor olabilir. Ancak yapmazsanız hayatınız gũrevleriniz tarafından ele geçirilecek ve bir mũddet sonra tũkeneceksiniz.

Stres seviyenizi azaltmanıza yardımcı olacak bazı öneriler:

1. Hayır demeyi ¼ğrenin. Sınırlar belirlemek ilişkileri geliştirir.
2. Tutumunuzu kontrol edin: Neye sahip olmadığınızı veya neyi değiştirmeyeceğinizi dũřũnmekten vazgeçin.
3. Sahip olduklarınızı ve yapabileceğlerinizi takdir edin.
4. Eğlenmenin basit yollarını bulun: Bir masa oyunu oynayın, aile fotoğrafları dũzenleyin, mũzik dinleyin, ilham veren bir kişi hakkında okuyun.
5. Zamanınızı daha iyi yonetmenin yollarını ¼ğrenin, ¼rneđin yapılacaklar listesi yapın (hoşunuza giden Şeyleri dahil edin).
6. Bilgi gũçlendiricidir; hastanızın bakım uygulamaları hakkında bilgi edinin.
7. Kahve ve kafein alımını sınırlayın.

8. Bir destek sisteminiz olduğundan emin olun.
9. Duyularınızı biriyle paylaşın.
10. Günlük tutun - her gün sizi mutlu eden üç yeni şeyi yazın.
11. İlham veren bir şiiri ezberleyin.



Olumsuz düşünceleri ne kadar tekrarlıyorsanız, o kadar çoğaltırsınız. Kendinizi karamsar düşünceler içinde bulduğunuzda yaptığınız işi bırakın ve kafanızdakileri kağıda dökün. Yazdıklarınızı sakın kafayla okuduğunuzda pek çoğunun olgu değil de sadece düşünce olduğunu fark edeceksiniz. Düşünceleri olgulardan ayırmak, negatif düşünce sarmalından çıkmanıza yardım edip olumlu bir ruh hali sağlar.

VİDEOLARLA ÖĞRENİN



Hasta bakımı ile ilgili profesyonel bir ekip ile oluşturulmuş videolardan yararlanabilirsiniz.



Tüm bakım uygulamaları ile ilgili videolar bulunmaktadır.



Hasta bakımının ayrıntılarını bu videolardan öğrenebilirsiniz.

Merak ettiğiniz, bilmek istediğiniz, kararsız kaldığınız her türlü bilgi için bize ulaşın;

Web sitesi: evdebakimadestek.com

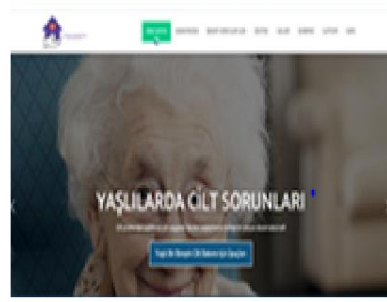
Giriş yapabilmek için;

Kullanıcı adı: video@evdebakimadestek.com

Şifre: 1234



Bizimle İletişime Geçin



YATAĞA BAĞIMLI HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERE YÖNELİK AİLE DESTEK PROGRAMI

EVDE BAKIMDA YALNIZ DEĞİL SİNİZ...

evdebakimadestek.com

Evde anne, babanıza yada sevdiğiniz bir yakınınıza bakmayı manevi sorumluluğunuz olarak görüyor ve yakınınızı yalnız bırakmak istemiyorsunuz. Sevdiğiniz bir bireye bakmanın ise büyük sorumluluk getirdiğinin farkındasınız.

Evde bakım vermenin getirdiği zorluklar ile baş edebilmek, sevdiğimiz yakınımızın bakımını daha kaliteli bir şekilde sürdürebilmek için destek almak önemlidir. Bu nedenle "Yatağa Bağlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Aile Destek Programı" adlı bir proje başlatılmıştır.

Amacımız evde yakınlarına bakan kişilere gereksinimlerine göre eğitim ve bilgi desteği sağlamaktır. Bu desteği sağlarken ekip anlayışının temel alındığı (Hemşire, Hekim, Fizyoterapist, Psikoterapist, Diyetisyen), son güncel bilgilere dayanan, bakım vericinin istediği zaman ulaşabileceği, hasta bakımı ile ilgili uzman kişilerin yer aldığı bir program oluşturmak hedeflenmiştir.

E-mail: info@evdebakimadestek.com

EK 12. BAP DESTEĞİ

13.06.2021

Sakarya Üniversitesi Posta - Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modelin...



YURDANUR DİKMEN <dikmen@sakarya.edu.tr>

Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile Destek Programının Geliştirilmesi Ve Etkisinin Değerlendirilmesi Projeniz Komisyon Kararı ile Onaylanmıştır.

2 ileti

Bilimsel Araştırmalar Projeler Koordinatörlüğü <bapk@sakarya.edu.tr>
Alıcı: dikmen@sakarya.edu.tr

30 Ekim 2019 13:14

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

Bilimsel Araştırmalar Projeler Koordinatörlüğü

Sayın Doç.Dr. Yurdanur Dikmen

2019-7-25-283 numaralı, Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylere Yönelik Hemşire Liderliğinde Vaka Yönetimi Modeline Temellendirilmiş Aile Destek Programının Geliştirilmesi Ve Etkisinin Değerlendirilmesi adlı projeniz Bilimsel Araştırmalar Projeler Koordinatörlüğü Komisyonu tarafından 30.10.2019 14:13:59 tarihinde onaylanmıştır.

Aktifleşen projenize aşağıdaki butona tıklayarak ulaşabilirsiniz.

BAP Koordinatörlüğü

Projelerim

Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü
Bilimsel Araştırma Projeler Koordinatörlüğü
Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan / SAKARYA
Tel: +90 (264) 295 54 54
bapk@sakarya.edu.tr

<https://mail.google.com/mail/u/4?ik=6c035be18d&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1648816601456435970&simpl=msg-f%3A1648816...> 1/2

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Fatma TANRIKULU
Doğum yeri ve tarihi : EDREMIT-31.01.1987
Uyruğu : T.C
Medeni durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : ftanrikulu@subu.edu.tr
Yabancı dili : İngilizce

II. Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Derece	Üniversite / Program	Yıl
Doktora	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD	2017-Aktif
Y. Lisans	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD	2013-2016
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2006-2011

III. Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Görev	Görev Yeri	Yıl
Arş. Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016-2020
Öğr. Gör.	Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Akyazı SHMYO	2020-Aktif

IV. Mesleki Deneyimi

Hemşire	Ekol Kulak Burun Boğaz Dal Merkezi-Hemşire
Hemşire	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı (Acil Servis)
Arş. Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Hemşirelik Eğitimi Derneği (HEMED)

VI. Bilimsel İlgili Alanları

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

Ak B, **Tanrikulu F**, Gündoğdu H, Yılmaz D, Öner Ö, Ziyai NY, Erol F, Dikmen Y. (2021). Cultural viewpoints of nursing students on patient privacy: A qualitative study. Journal of Religion and Health, 60(1): 188-201.

Uluslararası hakemli diğer dergilerde yayımlanan makaleler

Tanrikulu F, Erol F, Dikmen Y. (2016). Hemşirelik öğrencilerinde klinik uygulamalarda kullanılan refleksün yönteminin problem çözme becerisine etkisi. Journal of Human Sciences, 13(3): 4931-4943.

Erol F, **Tanrikulu F**, Dikmen Y, Akduran F. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Journal of Human Sciences, 13(3): 5460-5470.

Başaran H, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. (2016). A qualitative study for the review of opinions from freshman nursing students regarding peer support in clinical education. International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR), 6(12): 180-183.

Tanrikulu F, Sari D. (2017). Determining patients' risk of falling in the emergency department. International Journal of Caring Sciences, 10(2): 907-914.

Yılmaz D, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. (2017). Research on sleep quality and the factors affecting the sleep quality of the nursing students. Current Health Sciences Journal, 43(1): 20-24.

Tanrikulu F, Gündoğdu H, Dikmen Y, Filiz NY. (2017). Investigation of career future perceptions of medical vocational high school students. International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR), 7(12): 180-183.

Tanrikulu F, Dikmen Y. (2017) Yoğun bakım hastalarında basınç yaraları: Risk faktörleri ve önlemler. Journal of Human Rhythm, 3(4): 177-182.

Dikmen Y, Filiz NY, **Tanrikulu F**, Yılmaz D, Kuzgun H. (2018). Attitudes of intensive care nurses towards evidence-based nursing. *International Journal of Health Sciences and Research*, 8: 138-43.

Fılız NY, Erol F, Başaran H, **Tanrikulu F**, Dıkmen Y. (2018). Investigation of achievement orientation of nursing and midwifery students. *Current Health Sciences Journal*, 44(2): 176-180.

Gündoğdu H, Erol F, **Tanrikulu F**, Filiz NY, Kuzgun H, Dikmen Y. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik tutumlarının incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 15(1), 441-450.

Tanrikulu F, Erol F, Filiz N, Gündoğdu H, Dikmen Y. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitiminde kullanılan yansıtıcı düşünme tekniğine yönelik görüşlerinin incelenmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(3): 197-204.

Tanrikulu F, Çevirme A. (2019). The past and present of modern nursing in Turkey. *Journal of Nursing Science & Practice*, 9(3): 34-39.

Tanrikulu F, Erol F, Ziyai NY, Gundogdu H, Karabulut B, Dikmen Y. (2020). Hemşirelerin hasta mahremiyetini gözetme durumlarının incelenmesi. *Journal of Innovative Healthcare Practices*, 1(1): 22-29.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler:

Erol F, **Tanrikulu F**, Dikmen Y, Akduran F. “Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi “International Conference on Quality in Higher Education (ICQH), (24-25 November 2016), Sakarya-Turkey. (Poster Presentation).

Tanrikulu F, Gündoğdu H, Dikmen Y, Filiz NY. “Investigation of Career Future Perceptions of Medical Vocational High School Students”. *International Congresses on Education (ERPA)*, (18-21 May 2017), Budapest/Hungary. (Oral Presentation).

Yılmaz D, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. “Research on Sleep Quality and the Factors Affecting the Sleep Quality of the Nursing Students”. *International Congresses on Education (ERPA)*, (18-21 May 2017), Budapest/Hungary. (Oral Presentation).

Filiz NY, Erol F, Başaran H, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. Investigation of Achievement Orientation of Nursing and Midwifery Students. International Congresses on Education (ERPA), (18-21 May 2017), Budapest/Hungary. (Oral Presentation).

Tanrikulu F, Gündoğdu H, Filiz NY, Dikmen Y. Views of Nursing Students on Reflection of Ethics Course During Their Undergraduate Study on The Clinical Practices. International Congress on Ethics in Nursing Applications, (11-12 September), Izmir, Turkey. (Oral Presentation).

Özel Yalçınkaya S., **Tanrikulu F**, Filiz NY, Gündoğdu H, Dikmen Y. Examination of Attitudes and Behaviors of Intensive Care Nurses for End-of-Life Care. International Congress on Ethics in Nursing Applications, (11-12 September), Izmir, Turkey. (Oral Presentation).

Tanrikulu F, Koç C, Dikmen Y. Nursing and Moral Courage. International Congress on Ethics in Nursing Applications, (11-12 September), Izmir, Turkey. (Poster Presentation).

Tanrikulu F, Başaran H, Dikmen Y, Akduran F. “Engelli Bireylere Evde Bakım Veren Kadınların Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” “1.Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi (29 Haziran-1 Temmuz 2017). (Oral Presentation).

Dikmen Y, Filiz NY, **Tanrikulu F**, Yılmaz D. Investigation of the Attitudes of Intensive Care Nurses about Evidence-Based Nursing”. 4th World Conference on Health Sciences (HSCI-2017). (28-30 April 2017). (Oral Presentation).

Gündoğdu H, Erol F, **Tanrikulu F**, Filiz NF, Dikmen Y. Examination of Nursing Students’ Attitudes Towards Information and Communication Technologies. International Congress of Black Sea Nursing Education (ICOBNE). (12-13 October 2017). (Poster Presentation).

Gündoğdu H, Erol F, Filiz NF, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. Examining of University Students’ Attitudes Towards Mobile Learning. International Congress of Black Sea Nursing Education (ICOBNE). (12-13 October 2017). (Poster Presentation).

Filiz NF, Gündoğdu H, Erol F, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. The Assessment Of The Relationship Between The Learning Styles And Arterial Blood Pressure Skills Of Nursing Students. International Congress of Black Sea Nursing Education (ICOBNE). (12-13 October 2017). (Poster Presentation).

Tanrikulu F, Erol F, Gündoğdu H, Filiz NY, Dikmen Y, Kuzgun H, Altinkaynak S. “Hemşire Adayı Öğrencilerin Girişimcilik Düzeylerini Etkileyen Faktörler”. International Conference on Quality in Higher Education ((ICQH), (7-8 December 2017), Sakarya-Turkey. (Poster Presentation).

Erol F, **Tanrikulu F**, Filiz NY, Gündoğdu H, Kuzgun H, Kapısız Ö, Dikmen Y. “Hemşirelik Öğrencilerinin Bilişsel Esneklik Düzeyi ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”. International Conference on Quality in Higher Education ((ICQH), (7-8 December 2017), Sakarya-Turkey. (Poster Presentation).

Tanrikulu F, Ziyai NY, Erol F, Gündoğdu H, Dikmen Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Becerilerinin Bazı Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi. International Congresses on Education (ERPA), (28 Jun-01 July 2018), İstanbul. (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Tanrikulu F, Ziyai NY, Erol F, Gündoğdu H, Dikmen Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Takım Çalışmasına Dayalı Öğrenme Yöntemine İlişkin Görüşleri. International Congresses on Education (ERPA), (28 Jun-01 July 2018), İstanbul. (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Erol F, Ziyai NY, Karaman D, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. Üniversite Öğrencilerinin Yabancılaşma Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. International Congresses on Education (ERPA), (28 Jun-01 July 2018), İstanbul. (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Kuzgun H, Erol F, Güven ŞF, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Üstbilişsel Okuma Stratejileri Farkındalık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. International Congresses on Education (ERPA), (28 Jun-01 July 2018), İstanbul. (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Gündoğdu H, Özel Yalçınkaya S, **Tanrıkulu F**, Dikmen Y. Hemşirelerin Girişimcilik Potansiyelini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 1. Uluslararası İnovatif Hemşirelik Kongresi 4-5 Mayıs 2018, İstanbul. (Sözel Sunum) (Özet metin yayınlandı).

Tanrıkulu F, Erol F, Gündoğdu H, Ziyai NY, Sarı S, Dikmen Y. Yoğun Bakım Hastalarında Basınç Yarası Görülme Sıklığı ve Önleme Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi 15-17 Kasım 2018, Sakarya, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Tanrıkulu F, Erol F, Ziyai NY, Gündoğdu H, Karabulut B, Dikmen Y. Hemşirelerin Hasta Mahremiyetini Gözetme Durumlarının İncelenmesi. 1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi 15-17 Kasım 2018, Sakarya, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Ziyai NY, Erol F, **Tanrıkulu F**, Gündoğdu H, Koç F, Dikmen Y. Hemşirelerin Yönetici Hemşirelerinde Algıladıkları Güç Kaynaklarının Belirlenmesi. 1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi 15-17 Kasım 2018, Sakarya, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Ak B, Kara Yılmaz D, Gündoğdu H, **Tanrıkulu F**, Kapısız Ö, Ziyai NY, Erol F, Dikmen Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Mahremiyet Kavramına İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Araştırma. 1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi 15-17 Kasım 2018, Sakarya, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Dikmen Y, **Tanrıkulu F**, Gündoğdu H, Kuzgun H, Yılmaz D, Ziyai NY, Erol F. Yoğun Bakım Hemşireleri İçin Ağrı İnanç ve Bariyer Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi 15-17 Kasım 2018, Sakarya, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Koç F, **Tanrıkulu F**, Dikmen Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Mahremiyetine Özen Gösterme Durumlarının İncelenmesi. 2nd International Health Sciences and Life Congress, (24-27 April 2019), Burdur, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Tanrıkulu F, Dikmen Y. Türkiye’de Yoğun Bakım Hastalarında Basınç Yarası İnsidansı: Bir Literatür İncelemesi. 2nd International Health Sciences and Life Congress, (24-27 April 2019), Burdur, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Tanrikulu F, Dikmen Y. Hemşirelerde E-Profesyonizm: Sosyal Medya Kullanımının Etkileri ile Düşünmek. 2nd International Health Sciences and Life Congress, (24-27 April 2019), Burdur, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Dikmen Y, Gündoğdu H, **Tanrikulu F**, Ziyai NY, Altınkaynak S. Eğitim Programlarının Uygulanmasında Öğrenci Merkezli Aktif Öğrenme Yöntemlerinin Kullanılması. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon (SABAK) Kongresi, (17-19 Ekim 2019), Ankara, (Sözel Sunum) (Özet metin yayınlandı).

Tanrikulu F, Gündoğdu H, Erol F, Dikmen Y, Koç F. Yoğun Bakım Hastalarında Hemşirelik Uygulamaları Sırasındaki Ağrı Davranışlarının Belirlenmesi. I. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma (INCARE) Kongresi, (1-3 Kasım 2019), Gaziantep, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Gündoğdu H, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. Subkutan İlaç Uygulama Simülatörü'nün (SC-Sim) Hemşirelik Öğrencilerinin Psikomotor Beceri Geliştirme Süreçlerine Etkisi. I. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma (INCARE) Kongresi, (1-3 Kasım 2019), Gaziantep, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Erol F, **Tanrikulu F**, Dikmen Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışları Algısının Belirlenmesi. I. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma (INCARE) Kongresi, (1-3 Kasım 2019), Gaziantep, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Tanrikulu F, Erol F, Gündoğdu H, Ziyai NY, Dikmen Y. Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Yansıtıcı Düşünme Yöntemi ile Klinik Öğrenme Deneyimlerinin İncelenmesi. I. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma (INCARE) Kongresi, (1-3 Kasım 2019), Gaziantep, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Erol F, **Tanrikulu F**, Babacan E, Dikmen Y, Bir Üniversite Hastanesinde Kemoterapi Alan Hastaların Hemşirelik Bakımı Memnuniyetlerinin Belirlenmesi. I. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma (INCARE) Kongresi, (1-3 Kasım 2019), Gaziantep, (Sözel Sunum) (Tam metin yayınlandı).

Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler:

Dikmen Y, **Tanrikulu F**, Erol F. (2016). The Use of Simulation in the Improvement of the Clinical Skill and Competency of the Nursing Students, ed, ÇamlıA., Ak B., Arabacı R., Efe R, ISBN 978-954-07-4136-9, St. Kliment Ohridski University Press Sofia.

Dikmen Y, Erol F, **Tanrikulu F**, Gündoğdu H, Filiz NY. (2017). Empowerment Concept In Nursing in Researches on Science And Art in 21 St Century Turkey, ed, Arapgırlıoğlu H., Atık A., Elliott R., Turgeon E, ISBN 978-605-180-771-3, Gece Publishing in Ankara, 935-940.

Yazılan ulusal kitaplar veya kitaplarda bölümler:

Erol F., **Tanrikulu F**. Boşaltım Sistemi Uygulamaları. Hemşirelik Esasları Klinik Uygulama Rehberi. Video Sunumu Destekli, Ed, Dikmen Y, Korhan E. ISBN: 978-605-9354-45-5. Akademisyen Kitapevi, 1. Basım, Adana, 2016, ss 131-139

Tanrikulu F. Enfeksiyon Kontrolü. Hemşirelik Temel Becerilerinde Klinik Notlar. Ed, Yılmaz D, Dikmen E. ISBN:978-625-7103-43-5.Vize Yayıncılık, 1. Basım, Ankara, 2021, ss1-7.

Tanrikulu F. Yaşam Bulguları. Hemşirelik Temel Becerilerinde Klinik Notlar. Ed, Yılmaz D, Dikmen E. ISBN:978-625-7103-43-5.Vize Yayıncılık, 1. Basım, Ankara, 2021, ss 77-86.

Tanrikulu F. Solunum Sistemi Uygulamaları. Hemşirelik Temel Becerilerinde Klinik Notlar. Ed, Yılmaz D, Dikmen E. ISBN:978-625-7103-43-5.Vize Yayıncılık, 1. Basım, Ankara, 2021, ss 89-97.

Bilimsel Etkinlikleri

Sözel Bildiri Ödülü, Dikmen Y, **Tanrikulu F**, Erol F. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamalarında Kullanılan Refleksin Yöntemine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Hemşirelikte Klinik Araştırmalar Sempozyumu, 12 Mayıs 2017, Sinop (Sözel Bildiri Birincilik Ödülü).

Proje No: 2017-11-00-008 Hemşirelik Öğrencilerinde Kullanılan Akran Koçluğu Modelinin Öğrencilerin Fiziksel Değerlendirme Dersi Kapsamında Psikomotor Beceri

Geliştirme Düzeylerine Etkisi, Sakarya Üniversitesi Bilimsel araştırma Projeler Koordinatörlüğü BAP-Bilimsel Destek Projesi, (Araştırmacı), 2017, (Tamamlandı).

Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

“Online İleri Düzey SPSS Eğitimi”, 13-14-15 Şubat 2021 (11 saat)

“Online Nitel Araştırma Yöntemleri”, 22-23-24 Şubat 2021 (11 saat)

“Online G-Power ile Uygulamalı Güç Analizi”, 14 Eylül 2019 (4 saat)

“Online Temel Düzey SPSS”, 13-14-15 Eylül 2019 (9 saat)