

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak.



← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

(DOKTORA TEZİ)

**YAŞLIYA BAKIM VEREN BİREYLERDE HEMŞİRELİK
BAKIMININ ETKİNLİĞİ**

NUR ELÇİN BOYACIOĞLU

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. YASEMİN KUTLU**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2015

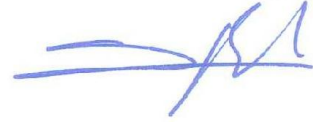
TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında Nur Elçin Boyacıoğlu tarafından hazırlanan “Yaşlıya Bakım Veren Bireylerde Hemşirelik Bakımının Etkinliği” başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

05 / 01 / 2015

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
 1.Prof.Dr.Sevim BUZLU İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Doç.Dr.Yasemin Kutlu (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Doç.Dr.Leyla Küçük (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Neslihan Keser Özcan (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi / Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr.Semra Karaca Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

NUR ELÇİN BOYACIOĞLU

İTHAF

*Canım Eşim, Biricik Oğlum,
Ve hayata yeni başlayan Kızıma ithaf ediyorum...*

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında benimle bilgi ve deneyiminin yanında manevi desteğini de esirgemeyen Tez Danışmanım Doç. Dr. Yasemin Kutlu'ya,

Tez projesine başlangıçtan bu yana bilgi, deneyim ve düşünceleri ile yol gösteren ve Doç. Dr. Leyla Küçük ve Doç. Dr. Neslihan Keser Özcan'a,

Akademik gelişimime katkıda bulunan İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Prof. Dr. Sevim Buzlu, Doç. Dr. Hülya Bilgin ve anabilim dalındaki tüm arkadaşlarıma,

Çalıştığım kurumdaki tüm hocalarıma ve canım arkadaşlarım Hüsniye Dinç ve Sevil Günaydın'a

Tezimin yapılmasını sağlayan ve benimle bu süreci paylaşan bakım verenlere,

Tüm sabrıyla hep yanımda olan anneme; tez yazma sürecinde desteğini her zaman hissettiğim arkadaşlarım Münire Temel ve Sibel Çaynak'a; hayatıma anlam katan eşim Kamil Boyacıoğlu'na ve biricik oğluma; benimle tez sürecini paylaşan kızıma çok teşekkür ederim.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No:35073

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
ÖZET.....	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. YAŞLILARA BAKIM VERME.....	4
2.2. BAKIM YÜKÜ VE BAKIM YÜKÜNÜ ETKİLEYEN ETMENLER.....	6
2.3. BAKIM YÜKÜNÜ AZALTMA YAKLAŞIMLARI.....	7
2.4. YAŞLI BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ.....	8
2.5. Mc GİLL HEMŞİRELİK MODELİ.....	9
2.5.1. Mc Gill Hemşirelik Modeli İle Ailelerin Güçlendirilmesi.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni.....	18
3.2. Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.3. Araştırmanın Hipotez/Hipotezleri.....	19
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları.....	22
3.6.1. Yaşlı Bireye Ait Ölçüm Aracı.....	22
3.6.1.1. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA) (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living- ADL).....	22
3.6.2. Bakım Verene Ait Ölçüm Araçları.....	22
3.6.2.1. Bakım Verene Ait Bilgi Formu.....	22
3.6.2.2. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ) (<i>Zarit Caregiver Burden Interview- ZBI</i>).....	22

3.6.2.3. Genel Öz-Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ) (<i>General Self-Efficacy Scale- GSE</i>)	23
3.6.2.4. Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği (BDAÖ) (<i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire- CERQ</i>)	23
3.7. Araştırma Süreci	25
3.8. Uygulamanın İçeriği	27
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.10. Verilerin Analizi	29
3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri	30
4. BULGULAR	32
4.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri	33
4.2. Katılımcıların ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ'nün Ön Test, Son Test, 3 ve 6 Ay İzlem Puanları İle İlgili Bulgular	36
5. TARTIŞMA	41
5.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri, MHM Öncesi bakım verdikleri yaşlıların GYA Ölçeği ve bakım verenlerin ZBYÖ, GÖYÖ, Toplam Puanları ve BDAÖ Alt Boyut Puanları ile İlgili Bulguların Tartışılması	41
5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Ön test, Son test, 3 ve 6 ay İzlem ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ Toplam/ Alt Boyut Puanları ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	46
6. SONUÇLAR	54
7. ÖNERİLER	56
8. KAYNAKLAR	57
9. FORMLAR	74
10. ETİK KURUL KARARI.....	85
11. ÖZGEÇMİŞ	87

TABLULAR LİSTESİ

Tablo-3.1: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiki Analizler	30
Tablo-4.1: Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=66)	33
Tablo-4.2: MHM Öncesi Ölçek Toplam/ Alt Boyut Puanları (N=66).....	35
Tablo-4.3: Katılımcıların ZBYÖ Ön test, Son test, 3 ve 6 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=66).....	36
Tablo-4.4: Katılımcıların GÖYÖ Ön test, Son test, 3 ve 6 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=66).....	37
Tablo-4.5: Katılımcıların BDAÖ Ön test, Son test, 3 ve 6 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=66).....	38

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-3.1:Araştırmanın Uygulama Şeması.....	27
---	----

SEMBOLLER / KISALTMALAR LISTESİ

DSÖ – Dünya Sağlık Örgütü (*World Health Organization-WHO*)

ASM – Aile Sağlığı Merkezi

MHM – Mc Gill Hemşirelik Modeli (*Mc Gill Nursing Model-MNM*)

ZBYÖ – Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (*Zarit Caregiver Burden Interview- ZBI*)

GÖYÖ – Genel Özyeterlilik Ölçeği (*General Self-Efficacy Scale- GSE*)

BDAÖ –Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-CERQ*)

GYA – Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (*Katz Index of Independence in Activities of Daily Living- ADL*)

ÖZET

Boyacıoğlu N.E. (2014). Yaşlıya Bakım Veren Bireylerde Bakıcı Yükünü Azaltmada Mc Gill Modeline Temellenen Hemşirelik Bakımının Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi: İstanbul.

Bu araştırma, yaşlıya bakım veren bireylerde, Mc Gill Hemşirelik Modeli'ne temellenen hemşirelik bakımının bakıcı yüküne, öz yeterlilik ve bilişsel duygu ayarlama üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü araştırma deseninde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini İstanbul İli'nde yer alan bir Aile Sağlığı Merkezi hizmet bölgesinde kayıtlı olan yaşlılara bakım veren bireyler (33 deney, 33 kontrol) oluşturdu. Veriler anket formu, Zarit Bakım Yüğü Ölçeği, Genel Özyeterlilik Ölçeği, Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile Ocak-Ağustos tarihleri arasında toplandı. Her iki gruba da ön test uygulandıktan sonra, deney grubuna 7 oturumdan oluşan hemşirelik bakımı, kontrol grubunda ise herhangi bir program uygulanmadan 4 hafta içinde sadece iki kez yüz yüze görüşme gerçekleştirildi. Oturumlar tamamlandıktan sonra, 3 ve 6 aylarda her iki grubun izlemleri yapıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel kullanıldı. Eğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bireysel özellikleri ve ölçek puanları arasında anlamlı fark olmayıp gruplar birbirine benzerdi. Eğitim sonrası Zarit Bakım Yüğü Ölçeğinin son test puanlarında ($p<0.05$); Genel Öz Yeterlilik Ölçeğinin son test ve 3 ay izlem puanlarında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Eğitim sonrası deney grubunda Olumlu Odaklanma ve Olumlu Değerlendirme alt boyutlarında son test, 3 ve 6 ay izlem puanlarında anlamlı fark saptandı. Sonuç olarak, Mc Gill Hemşirelik Modeli'ne temellenen eğitimin yaşlıya bakım veren bireylerin, bakım yüklerini azaltmada; öz yeterliliklerini ve olumlu başa çıkma stratejilerini arttırmada etkili olduğu bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda, yapılandırılmış bu programın psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılmasının uygun olduğu önerildi.

Anahtar Kelimeler: bakım veren, bakım yükü, yaşlı, Mc Gill Hemşirelik Modeli, psikiyatri hemşiresi.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No:35073

ABSTRACT

Boyacıoğlu, N. (2014). Effectiveness of Nursing Care Based on Mc Gill Model For Decrease of Burden Care of Elderly Caregivers. Istanbul University Institute of Health Science, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Dissertation, Istanbul.

This study was conducted as a research design with randomized controlled pre test, post test, control group and repeated measurement with a view to determining the efficiency of nursing care based McGill Model of burden care and to describe the factors associated (self efficacy and cognitive emotion regulation) with burden among caregivers of elderly. The sample of study was carried out with 66 caregivers (experimental group=33, control group=33) who registered in Istanbul Province in the Family Health Center service area. The data were collected by means of a questionnaire form, Zarit Caregiver Burden Interview, General Self-Efficacy Scale, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and Katz Index of Independence in Activities of Daily Living from January to August in 2014. Nursing care consisting of seven sessions was implemented to experimental group, while it was not applied to control group. Face to face meeting was performed with control group twice within four weeks. After education, experimental and control groups were observed at 3 and 6 month follow up. Descriptive statistics and comparative statistics were used in data analysis. The results indicated no significant difference between the experimental and control groups at the baseline individual features and scores of the scales ($p>0.05$). There was meaningful difference, when comparing the total points of Zarit Caregiver Burden Interview ($p=0.034$) and General Self-Efficacy Scale pre-post tests ($p=0.000$) between two groups however there was no significant difference between two groups observing at 3 (only General Self-Efficacy Scale) and 6 month ($p>0.05$). As conclusion, based on Mc Gill Nursing Model education was an effective programme to decrease burden of care and increase self efficacy and positive coping strategies among caregivers of elderly. In the light of this study, it was suitable for use this structured program by psychiatric nurses were proposed.

Key words: caregiver, caregivers' burden, elderly, Mc Gill Nursing Model, psychiatric nurse.

This study was supported by Istanbul University Scientific Research Projects. Project Number: 35073

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bakım, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir. Bir başka tanıma göre bakım ‘insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şeydir (Dinç 2010). Fiziksel/ruhsal sorunlar veya farklı yaşam dönemleri bakım sorumluluklarının arttığı dönemlerdir.

Yaşlılık dönemi, bakıma en çok ihtiyaç duyulan dönemlerden biridir. Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönem olarak tanımlanırken, bu dönemi yaşayan insanların ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarına olan yaklaşımdan farklı olması gerekliliği vurgulanmıştır (Eser ve ark. 2010; Atagün ve ark. 2011). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) raporuna göre, 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş ve üstü kişi sayısının, 2025’te 1,2 milyona, 2050’de ise 2 milyon olacağı tahmin edilmektedir (WHO 2007). Yaşlı nüfusundaki bu artış, yaşlı bakımının önümüzdeki yıllarda daha fazla önem kazanacağını bir göstergesidir.

Yaşlıya bakım verme eylemi, genellikle bir tercih olarak değil, duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı olmakta (Kulaksızoğlu 1999) ve birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir (Erdem 2005). Çalışmalarda, bakım verenlerin yüksek düzeyde stres, bitkinlik, izolasyon, yalnızlık, kaygı, kızgınlık, suçluluk, aşırı yorgunluk, düş kırıklığı, depresyon, başetmede yetersizlik, düşük öz etkililik, umutsuzluk gibi duygusal güçlükler yaşayarak, bakım veren yüklerinin arttığı; yaşam kalitelerinin azaldığı belirtilmektedir (Etters ve ark. 2008; Fortinsky ve ark. 2002; Gallagher ve ark. 2011; Kouri ve ark. 2011).

Bakımın oluşturduğu bu yük ve yükün olumsuz etkileri nedeni ile bakım veren aile üyeleri, potansiyel hastalar ve risk altındaki topluluklar olarak tanımlanmaktadır (Larsen 1998). Bakım yükünü etkileyen pek çok etken bulunmaktadır. Bakım verenin ve hasta bireyin kişisel özellikleri, hasta bireyin ek hastalık varlığı, hastanın hafıza ve mobilite sorunu, hasta

ile bakım vermeye başlamadan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği, hasta birey ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi, hastanın bağımlılık düzeyi, bakımda yardımcı bireyin varlığı, bakım verenin ekonomik durumu, bakım verenin öz yeterliliği, başa çıkma becerileri bakım yükünü etkileyen faktörlerden bazılarıdır (Kasuya ve ark. 2000; Morimoto ve ark. 2003; Chatcheydang 2005; İnci 2006; Akpınar 2009; Temizer 2009; Aşiret 2011; Shankar ve ark. 2014).

Lopez-Hartmann ve ark. (2012) yaşlılara bakım verenlere yönelik bakıcı destek müdahalelerinin etkinliğini araştırdığı sistematik derlemede, ele alınan çalışmaların, çoğunlukla bakım verenlerin bakım yükü ve depresyon düzeylerini incelediklerini belirtmişlerdir. Çalışmalarda üç ana tip destek yöntemi olduğu ifade edilmektedir. Birincisi, yaşlıya bakım verenin/ailesinin özel durumu nedeniyle yaşlının geçici bir süreliğine hemşire/bakım konusunda eğitilmiş kişiler tarafından 24 saatlik bakımının sağlanması olan süreli bakım; ikincisi bireysel veya grup halinde psikososyal destek ve üçüncüsü bilgi ve iletişim teknolojileri desteğidir. Mevcut çalışma konusu ile ilgili olan psikososyal desteğin eğitim, bilgi, koordinasyon, danışmanlık, psikolojik ve duygusal destek sağlanması gibi yöntemlerle verildiği hem bireysel hem de grup olarak yürütülen psikososyal müdahalelerin bakım verenlerde bakım yükü ve depresyon düzeyini azalttığı, başa çıkma becerilerini arttırdığı bildirilmiştir (Lopez-Hartmann ve ark. 2012).

Ülkemizde yaşlının bakım sorumluluğunun yaklaşık % 60-80'i aileler tarafından karşılanmaktadır (Erdem 2005). Aile bireyleri arasında ise bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerin duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun becerikli kişiler olduğu görülmesine rağmen, zaman zaman sorunlar yaşanmakta fakat bakım veren kişilerin sorunlarına yönelik herhangi bir hizmet sunulmamaktadır. Bakım verenlerin bir kısmı, dernekler (Demans dernekleri vb.) aracılığıyla profesyonel destek alabilmekte ancak hem derneklere (sayısının yetersiz olması, bakım verenler tarafından yeterince bilinmemesi vb.) hem de bakım verene ait özelliklerden (ulaşım zorluğu, zaman problemi vb.) dolayı bu kurumlar aktif kullanılamamaktadır. Ülkemizde bakım verenlerin sorunlarına yönelik hizmet alanlarının sınırlı olması nedeniyle, yaşlıya bakım verenlerin diğer ülkelerdeki bakım verenlere göre daha fazla bakım yükü, psikolojik stres ve duygusal problem yaşadıkları düşünülmektedir. Türkiye'de bakım verenlerin yüklerini inceleyen araştırmalar (Akpınar 2009; Alpteker 2008; Koçak 2011; Temizer 2009; Yacı 2011) yapılmasına rağmen, bakım

verenlerin yüklerini azaltmaya yönelik müdahale çalışmaları sınırlı (Temizer 2009; Demir 2012) sayıdadır.

Yaşlı bireylere ve onların bakım vericilerine hizmet sunan sağlık mesleklerinden biri de hemşireliktir. Temel işlevi bakım vermek olan hemşireler, verdikleri bakımı bilimsel temellere dayandırmak için hemşirelik modellerinden yararlanmaktadır. Bu modellerden biri de Mc Gill Hemşirelik Modeli (MHM) (Mc Gill Model of Nursing-MMN)'dir. Model birey/aile odaklı bakımı ele alarak onları bütüncül olarak değerlendiren ve bu kişilerde psikolojik güçlendirmeye destek vererek, gelişimini sağlayan, her yaş döneminde ve her durumda uygulanabilen, etkin bir yöntemdir (Gottlieb ve Gottlieb 2007). Birey ve ailesine sağlanacak danışmanlık ve eğitimde anahtar rol oynayan psikiyatri hemşiresinin, yaşlıya bakım veren bireylere yönelik MHM'ye temellenen psikoeğitimsel müdahalelerde bulunulmasının, yaşlı ve ailesinin yaşadığı güçlükleri daha kolay çözmesine dolayısıyla yaşam kalitesinin yükselmesine neden olacağı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım yükünü azaltmada, hemşirelerin ve hemşirelik bakımının önemli bir rolü olduğu belirtilmesine rağmen, bunların etkinliğinin belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle, hemşirelik bakım programlarının bakım yükünü azaltmadaki bir etkisinin deneysel bir çalışmayla belirlenmesi literatüre önemli bir katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın amacı, yaşlıya bakım veren bireylerde, Mc Gill Hemşirelik Modeli'ne temellenen hemşirelik bakımının bakıcı yüküne, öz yeterlilik ve bilişsel duygu ayarlama üzerine etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

Yaşlanma, doğum ile başlayan ve ölüm ile sona eren fiziksel, ruhsal, sosyal, spiritüel ve intellektüel boyutların etkileşimi olarak tanımlanır (Shives 1986; Kutlu 2010). Yaşlanma sadece biyolojik ve psikolojik etkenlerin değil; sosyal, ekonomik, dönemsel ve çevresel etkenlerin de rol oynadıkları çok boyutlu bir durumdur. Yaşamın kaçınılmaz fizyolojik dönemlerinden biri olan yaşlılık, günümüzde insan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfusun artmasıyla daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. (Şelimen 2010).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre Türkiye’de 65 yaş ve üzeri yaşlılar 2008 yılında toplam nüfusun % 6.8’ini (TNSA 2008) oluştururken, TurkStat (2012) araştırmasında bu oranın % 7,4’e ulaştığı bulunmuştur.

Toplumdaki yaşlı oranının artmasıyla ekonomik, kültürel, sosyolojik pek çok sorun da ortaya çıkmaktadır. Yaşlılık bireysel gibi görünse de aslında toplumsal bir sorun alanıdır. Yaşlılıkla birlikte bireylerin fiziksel durumlarında da pek çok değişiklik meydana gelmektedir. Duyularda ve organlarda meydana gelen gerileme, Alzheimer, felç, kalp damar hastalıkları, tansiyon, şeker gibi pek çok problem, yaşlıların değişik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Tek başına yaşayan yaşlı bireyler, sağlıklarını kaybettikten sonra kendilerine bakacak birilerinin varlığına ihtiyaç duymakta(Taşkesen 2012) ve yaşlılarda bakım sorunları gündeme gelmektedir (Cingil 2013).

2.1. YAŞLILARA BAKIM VERME

Türk Dil Kurumu (TDK)’na göre bakım, bakma işi, bir şeyin iyi geliştirilmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (TDK 2014). Bakım verme, bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme süreci olarak tanımlanmaktadır (Stetz ve Brown 1997). Bakım veren ise, bakım sürecinin her aşamasında, bağımlı duruma gelen bireyleri destekleyen ve fiziksel bakımını direkt sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır (Honea ve ark. 2008).

Ailenin bakım vermesi sağlık sistemi içinde en eski bakım formudur. Hastaların bakım sürecini herhangi bir ücret almadan üstlenen ve hastanın evdeki yaşam kalitesini yükselten bakım verenler genelde hasta yakınlarıdır (Yacı 2011).

Günümüzde bakım verme formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde ele alınmaktadır. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır. İnfomal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme ise, bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenen kişidir. İnfomal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri, yakın akraba, komşu veya arkadaşlardır (Erdem 2005; Temizer 2009; Koçak 2011).

Bakıma en çok ihtiyaç duyan yaşlıların bakımı ise evde veya kurumda yapılabilmektedir. ABD’de aileler evde tüm bakımın %80’ini sağlamakta, yaklaşık olarak 15-25 milyon yetişkin ev ortamında bakım vermekte ve 12.8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılara gereksinim duymaktadır (Feldman ve ark. 2002). Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği 1994 verilerine göre; ABD’de evde bakım ve destek hizmetleri veren kurum sayısı 15027’dir (Kaye, 1995). İspanya’da evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 milyondur. İngiltere’de ise yaşlıların 1/6’sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Japonya’da yaşlıların büyük bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri tarafından ev ortamında bakılmaktadır (Karahana ve Güven, 2002). Jakopzode (2000) tarafından bildirildiğine göre, 65 yaş üzeri nüfusta 1998 yılı itibariyle evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus Kanada’da %17, Amerika’da %16, Avustralya’da %11.7, İsveç’te %11.2, Almanya’da %9.6, Fransa’da %6,1 ve Japonya’da ise %5’dir. Bunların dışında Hollanda, Belçika, Lüksemburg, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Endonezya, Tayvan ve Suudi Arabistan gibi pek çok ülkede de evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (Akdemir, 2003; Akt: Bahar ve Parlar 2007).

Ülkemizde yapılan çalışmalardan çıkan ortak sonuç hem yaşlıların (Aksayan ve Cimete 1998; Onat 2004) hem de ailelerinin (Subaşı ve Öztekin 2004; Baran ve ark. 2005) yaşlının bakımının evde yapılması gerektiğini düşünmeleridir.

Türkiye’de aile bireyleri arasındaki bağın halen güçlü olması, yaşlıların yaşam alanlarını belirlemedeki tercihleri, diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında farklılıklar göstermektedir. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı (2007)’na göre her 10 yaşlıdan 7’sinin çocukları ile ya aynı evde ya da çocukları ile aynı binada, sokakta veya mahallede oturdukları, yaşlıların genel tercihinin çocuklarla veya çocuklara çok yakın oturmak olduğu belirlenmiştir (DPT 2007).

Ülkemizde yaşlının bakım sorumluluğunun yaklaşık % 60-80’i aileler tarafından karşılanmaktadır (Erdem 2005). Aile bireyleri arasında ise bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerin duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun becerikli kişiler olduğu görülmektedir. Bakım verme eylemi, genellikle bir tercih olarak değil, duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı olmaktadır (Kulaksızoğlu 1999). Bakım verme birtakım sorunları beraberinde getirmektedir (Bilgili 2000; Adak 2003; Erdem 2005; Temizer 2009; Cingil 2013). Çalışmalarda bakım verenlerin yüksek düzeyde stres, bitkinlik, izolasyon, yalnızlık, kaygı, kızgınlık, suçluluk, aşırı yorgunluk, düş kırıklığı, depresyon (Shankar ve ark. 2014), başetmede yetersizlik, düşük öz etkililik (Campbell ve ark. 2008; Gallagher ve ark. 2011; Cheng ve ark. 2013; Ueı ve ark. 2013; Shankar ve ark. 2014), umutsuzluk (Uğur 2006) gibi duygusal güçlüklerine değinilmekte ve bakım veren yüklerinin arttığı (Yaşar 2009; Aşiret 2011; Yacı 2011; Cingil 2013); yaşam kalitelerinin azaldığı (Fortinsky ve ark. 2002; Eters ve ark. 2008; Yap ve ark. 2008; Koçak 2011; Kouri ve ark. 2011) belirtilmektedir.

2.2. BAKIM YÜKÜ VE BAKIM YÜKÜNÜ ETKİLEYEN ETMENLER

Bakım vericinin yükü kavramı, ilk kez Grad ve Saisbury (1963) tarafından ortaya atılmıştır (Chou 2000). Bakım verme sürecinde bakım veren kişilerde fiziksel ve duygusal olumsuz etkilerin meydana gelmesi “yük” kavramını ortaya çıkarmıştır. Literatürde “bakım veren yükü”, hasta bireye bakım verme sonucunda bakım vericide ortaya çıkan bedensel ve emosyonel sağlık sorunları, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar ve aile ilişkilerinin bozulması gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (McCorkle ve ark. 1996; Garcés ve ark. 2009; Hinojosa ve ark. 2009; Aşiret 2011).

Bakımın oluşturduğu yük ve bu yükün olumsuz etkileri nedeni ile hastalara bakım veren aile üyeleri, gizli hastalar ve risk altındaki topluluklar olarak tanımlanmaktadır (Larsen 1998). Bakım yükünü etkileyen pek çok neden bulunmaktadır. Bunlar (Kasuya ve ark. 2000;

Morimoto ve ark. 2003; Chatcheydang 2005; İnci 2006; Akpınar 2009; Temizer 2009; Aşiret 2011; Shankar ve ark. 2014):

- Bakım verenin ve hasta bireyin kişisel özellikleri,
- Hasta bireyin ek hastalığı olma durumu,
- Hastanın hafıza ve mobilite sorunu olma durumu,
- Hasta ile bakım vermeye başlamadan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Hasta birey ile aynı evi paylaşma durumu,
- Bakım verme süresi,
- Birden fazla kişiye bakım verme durumu,
- Bakım veren kişinin sağlık sorunu olması,
- Hastanın bakım verene günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu,
- Bakımda yardımcı bireyin olma durumu,
- Bakım verenin ekonomik durumudur.

Bakım yükünü etkileyen tüm bu faktörlerin yanı sıra tüm aile bireylerinin hasta ile ilişkisi, duygusal bağları, duyguların karşılıklı paylaşımı, sorumlulukların paylaşımı, başa çıkma stratejileri, kişilerarası ilişkileri ve sorun çözme yetenekleri gibi değişkenler yükü etkilemektedir (Temizer 2009).

2.3. BAKIM YÜKÜNÜ AZALTMA YAKLAŞIMLARI

Literatürde bakım verenlerde, bakım vermenin yıkıcı etkilerini azaltmaya yönelik müdahale çalışmalarında farklı destek yöntemlerinin geliştirildiği görülmektedir. Bunlar kısa süreli bakım evleri (respite care) (Lopez-Hartmann ve ark. 2012), teknoloji tabanlı müdahaleler (Andrews ve ark. 2010; Blom ve ark. 2013) ve psikososyal destek müdahaleleri (Brodaty ve Arasaratnam 2012; Lopez-Hartmann ve ark. 2012; Elvish ve ark. 2013) ve

kombine tedavilerdir (Gaugler ve ark. 2008; Lee ve ark. 2010). Bu müdahale yöntemlerinin büyük bir çoğunluğunu psikososyal destek müdahaleleri oluşturmaktadır (Blom ve ark. 2013).

Brodaty ve Arasaratnam (2012), yaşlılara bakım verenlere yönelik psikososyal müdahaleleri incelediği meta-analiz çalışmasında, psikososyal müdahalelerin bakım verenlerin becerilerini geliştirmeleri, psikoeğitimlerini, aktivite planlama ve çevrenin yeniden düzenlenmesini ve destek sistemlerinin geliştirmesini kapsadığını belirtmiştir.

Elvish ve ark. (2013)'nın yaşlılara bakım verenlere yönelik psikososyal müdahaleleri incelediği sistematik derlemede, ruh sağlığı alanında yüksek lisans derecesine sahip öğrenci hemşirelerin ve hemşirelerin psikoeğitimsel- beceri geliştirme müdahalelerini yürüttüğünden bahsetmiştir. Elvish ve ark. (2013)'nın bahsettiği üzere, literatürde hemşirelerin yaşlılara bakım veren bireylere yönelik yürüttüğü psikososyal müdahale programlarına rastlamak mümkündür (Ulstein ve ark. 2007; Villareal-Reyna, 2010; Chu ve ark. 2011; Elvish ve ark. 2013).

2.4. YAŞLI BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

İnsan yaşamının devamlılığını sürdürebilmesi için temel gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Yaşlılar karşılaştıkları hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, fiziksel, emosyonel, bilişsel işlevlerdeki değişiklikler, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle temel insan gereksinimlerini karşılamada sorunlarla karşı karşıyadırlar (Heart and Stroke Foundation of Ontario 2002).

Yaşlıların yaşadıkları sorunların karşılanmasında, hasta/sağlıklı bireyin temel gereksinimlerini gerçekleştirme üzerine temellenen bir meslek olan hemşirelik öne çıkmaktadır (Koçak 2011).

Yaşlılara sunulan hemşirelik bakımı sadece yaşlının değil, bakım vericisinin de gereksinimlerini karşılayacak şekilde olmalıdır. Bağımlı hale gelen yaşlının bakımında sorumluluk üstlenen yaşlının bakım verenleri fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan zorlanma yaşayabilmektedir. Hemşireler bakım verirken, bakım vericilerin yaşlılığın getirdiği sorunlarla baş edebilmeleri, ev ortamında hastalık semptomlarını ve komplikasyonlarını etkin şekilde kontrol etmeyi başarabilmeleri hem de bakım verenlerin kendi iyilik hallerini devam ettirebilmeleri gibi konulara dikkat etmelidir (Koçak 2011).

Hemşirelik gibi profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleki uygulamalarında kullanılabilecek bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır (Velioğlu 1994; Velioğlu 2012). Bilimsel bilgi içeriği oluşturulurken, araştırma problemi kavramsallaştırırken ve önermelerin doğruluğu araştırılırken rehber olarak kuramlar ve modellerden yararlanılmaktadır (Şengün ve ark. 2013). Hemşire kuramcılar, verilen bakım hizmetinin etkin sonuçlarını görebilmek ve profesyonel hemşirelik bakımı ile uygulama arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için, bazı kuramlar geliştirmişlerdir (Pektekin 2013).

Tarihsel açıdan baktığımızda modern hemşirelik Florence Nightingale ile başlamıştır. Uzun yıllar tüm hemşirelere rehber olan Nightingale, bir kuramcı olmayı düşünmemiş ancak hemşireliğin ilk kuramcısı olarak kabul edilmiştir (Pektekin 2013). Bilimsel açıdan ele aldığımızda ise hemşirelik modellerinin gelişimi 1950’li yıllarda başlamış ve 1955-60 yıllarında ivme kazanmıştır (Ay 2012). 1970’li yılların sonundan başlayarak, 1990’lı yıllarda geliştirilip, zenginleştirilmiş hemşirelik modellerinden biri de McGill Hemşirelik Modeli’dir.

2.5. Mc GILL HEMŞİRELİK MODELİ

Mc Gill Hemşirelik Modeli (MHM) (Mc Gill Model of Nursing-MMN), bütüncül bakımında hasta/aile odaklı bakımı ele alan ve bu kişilerde psikolojik güçlendirmeye destek vererek, gelişimini sağlayan bir hemşirelik modelidir (Gottlieb ve Gottlieb 2007).

Model, ilk kez 1970’li yıllarda Dr. Moyra Allen ve Mona Kravitz’in rehberliğinde, Kanada’da McGill Hemşirelik Fakültesi’nde geliştirilmiştir (Comer 1991). İlk oluşturulan model “Durum Duyarlı Hemşirelik (Situation-Responsive Nursing), Allen’in Hemşirelik Modeli veya Tamamlayıcı Hemşirelik (Complemental Nursing)” olarak adlandırılmıştır (Allen ve Warner 2002; Monteith 1997; Warner 2002). Daha sonra Moyra Allen ve arkadaşları modele getirdikleri iyileştirmelerle “Sağlık ve Hemşireliğin Gelişimsel Modeli” ismini vermişlerdir. Model, halen Laurie Gottlieb, McGill Üniversitesi öğretim elemanları ve öğrencileri tarafından MHM olarak geliştirilmeye devam etmektedir. MHM Kanada’da geniş bir çevrede kabul görmüş (Allen ve Warner 2002; Boyd 2010; Ford-Gilboe 2002; Warner 2002) ve diğer hemşirelik uygulama alanları için yararlı bir çerçeve olarak tanınmış, test edilmiş ve farklı sağlık kurumlarında uygulamaya geçirilmiştir (Comer 1991; Gaudine 2001; Melrose 2000; Monteith 1997; <http://www.mcgill.ca/nursing/about/model>).

Diğer hemşirelik modellerinde olduğu gibi, bu modelde de, insan, sağlık ve çevre kavramları tanımlanmış, hemşirelik kavramı ise insanın ayrılmaz bir parçası olarak, “çevre” bölümünde ele alınmıştır (Monteith 1997).

İnsan: Modelde birey/ insan, gebe kalmak ile başlayıp ölüm ile sonuçlanan zaman dilimi içinde değişen ve değişikliklere uyum sağlama yeteneği olan bir varlıktır. MHM’de birey ve bireyin ilişkide bulunduğu önemli kişiler (web of significant relationship) bir bütündür ve birey/ailesi çevresi ile sürekli etkileşimde bulunan açık bir sistemdir (Boyd 2010).

Birey/ ailesi tüm yaşam boyu gelişim sürecinde anlamlı ve amaçlı olarak topluma bağımlıdır. Bu gelişim süreci boyunca, sağlığı için sorumluluk üstlenen, deneyimlerden öğrenme yeteneği olan, zamanla ve durumlara göre yeniden yapılandırabilen, aktif öğrenen bir bireydir. MHM bireye yardım etmeye odaklanır. Yardım etme, bireyin öğrenme potansiyelini tanımayla, doğrudan sağlıklı başatma ve yaşam deneyimlerinden ders çıkarma ile olur (Comer 1991).

Sağlık: Modelde sağlık, -bir durum veya bitiş noktası olmayan-, birçok süreci içeren, çok boyutlu, dinamik bir yapı olarak tanımlanır (Monteith 1997).

Modelde sağlık “öğrenme” ile oluşan bir durumdur. Birey, ailesi ve çevresinden (sosyal ağ: arkadaşları vb.) günlük yaşam deneyimleri aracılığıyla sağlıklı olmayı öğrenir. Bu yüzden aile sağlıklı olmaya odaklanır ve sağlıklı olmak için uygun ortam hazırlar (Comer 1991; Gros ve Young 2007).

Bireysel düzeyde sağlık, gelişimin bir yansımasıdır. Bireyin biyolojik, psikolojik ve davranışsal sistemleri ile bireyin yetkinlikleri, kapasiteleri ve gelişimsel ve çevresel zorluklarını nasıl düzenleyeceği, koordine edeceği ve bütünleştireceği önemlidir. Sistem değişim, stresli yaşam olayları, hastalıklar, yaralanmalar ve travmalar gibi durumlarla mücadele ettiğinde sağlık en iyi şekilde tanımlanır (Gottlieb ve Gottlieb 2007).

Çevre: MHM’de her insan, kendi çevresinin bir parçası olarak ele alınmaktadır. MHM’de çevre kavramı, Bandura’nın (1977) Sosyal Öğrenme Teorisinden etkilenecek açıklanmaya çalışılmıştır. Bu teoride, öğrenme insan ve çevresi arasındaki devam eden etkileşimler yoluyla olur. Bu etkileşimler yaşam için sağlıklı öğrenme yolları sunar. Hemşirenin rolü, yeni ortamlar yaratarak veya var olan ortamı uyarlayarak bireyin öğrenmesini kolaylaştırmak,

sağlıklı davranışlar öğrenmede bireye yardım etmek, bireye sağlıklı sonuçlar kazandırmaktır (Comer 1991).

Hemşirelik: Modelde hemşirelik çevre kavramı içinde tanımlanmıştır. Hemşirelik sağlık etkileşimlerini teşvik eden etkileşimlerin bilimi olarak görülür (Comer 1991). Hemşirenin temel görevi, aktif öğrenme süreci ile birey/ ailelerin potansiyellerini geliştirmeye yardımcı olarak sağlığı teşvik etmektir (Feeley ve Lirette 1992; Murphy1994).

MHM’de hemşirelik kavramı, işbirlikçi, sağlığı geliştirici etkileşimler olarak tanımlanır. Sağlığı geliştiren etkileşimler, hemşirenin olduğu gibi birey ve ailesinde sürekli değişimi ve devam eden öğrenme sürecini ifade eder. Hemşirenin –birey/ ailesinin sağlıklı olmayı öğrenmedeki- rolü; işbirlikçi, kolaylaştırıcı ve uyarıcı değildir. Hemşire, birey/ aile öğrenmedeki devam eden sürece birlikte katılmalıdır. Birey ve ailesi ile işbirliği içerisinde gerçekleştirilen sağlığı geliştiren teknikler şunlardır: gözlem yapma ve paylaşma; farkındalık yaratan sorular sorma; konuşma ve dinleme; bilgi edinme ve paylaşma; amaç belirleme; karar verme; plan yapma; ortaya atılan fikirlerin test edilmesi ve alınan kararları ve eylemlerin sonuçlarını birlikte değerlendirme (Gros ve Young 2007).

Ailenin güçlendirilmesi MHM’nin en önemli bileşenlerinden biridir.

2.5.1. Mc Gill Hemşirelik Modeli İle Ailelerin Güçlendirilmesi

Birçok hemşirelik modeli (Henderson 1966, Orem 1988), eksiklik yaklaşımına temellenir. Bazı hemşire kuramcılar, güçlendirme kavramını ele almasına rağmen, bu yapının hemşirelik uygulamalarında ne zaman, nerede ve nasıl kullanılacağı hakkında açıklama yapmamışlardır. Erikson’un Model Teorisi ve Rol Modeli (1983), McGill Hemşirelik Modeli (Allen 1977- 1997) gibi daha yeni modeller, güçlendirmeyi vurgulamışlar ve güçlendirmeyi merkez bileşeni olarak kullanmışlardır. MHM’de hemşireler birey ve ailenin güçlü yönlerine odaklanmalıdır ve kaynaklarını bulmalarında onlara yardım etmelidir (Feeley ve Gottlieb 2000).

2.5.1.1. Mc Gill Hemşirelik Modeli’nde Bireylerin Güçlü Yönlerini Ortaya Çıkarmak İçin Stratejiler

Birey ve ailesinin amaçlarına ulaşabilmeleri ya da problemlerini çözebilmeleri için güçlü yönlerini ortaya çıkarmaya yarayan üç yaklaşım vardır. Bunlar, a) güçlü yönleri

tanımlamak ve bununla ilgili geribildirim vermek, b) güçlü yönleri geliştirmek ve c) güçlü yönlerini keşfetmelerini sağlamaktır (Sittner ve ark. 2007).

a) Güçlü Yönleri Tanımlamak ve Bununla İlgili Geribildirim Vermek: İlk adım olan hasta ve ailesinin güçlü yönleri tanımlamak ve bununla ilgili geribildirim vermek en önemli stratejidir. Hemşire güçlü yönleri tanımlamak için iyi bir gözlemci ve dinleyici olmalıdır. Hemşire, aileler kendi hikayelerini anlatırken ve onların davranışları gözlemlerken, güçlü yönlerine dair notlar almalıdır. Bireylere "durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?" gibi açık uçlu sorularla kendilerini anlatmalarına fırsat verilir. Ayrıca "aile içindeki bireylerin tek tek ve bir aile olarak güçlü yönleri ve yeterlilikleri nelerdir?" gibi amaca ulaşabilmek için neleri, nasıl yapabildikleri sorulur. Bu sorular hemşirelere, ailenin içinde buldukları durumu nasıl algıladıkları; onlar için nelerin önemli olduğunu ve amaçlarına ulaşabilmek için neleri denediklerini anlamasına imkan verir.

"Neleri iyi yaptığını düşünüyorsun?", "Diğer insanlara sana, bazı şeyleri iyi yaptığını söyler mi?, Bunlar nelerdir?" gibi sorularla birey ve ailelerin güçlü yönlerini doğrudan açıklamalarına fırsat verilir. Böylelikle hemşire, birey/ ailenin önceki zorlu durumlarla nasıl başa çıktığını farkedip; etkili olan başa çıkma mekanizmalarını şimdiki durumda da kullanmaları için teşvik etmelidir (Feeley ve Gottlieb 2000).

Güçlü yönlerin tanımlanması, önemli bir stratejidir. Çünkü nispeten basit tekniklerle yararlı sonuçlar üretilebilir. Hasta veya yakını ile çalışmanın erken evresinde, onların güçlü yönlerini vurgulamak, sağlık personeli- aile arasındaki ilişkileri geliştirir ve onların bakıma katılmalarını sağlar. Bir hemşire şunları ifade etmektedir:

"Bu yöntemi, dürüstçe tüm ailelerde kullandım. Benim için bu, ailelerle ilişki geliştirmekte bir stratejidir."

Ailelerin güçlü yönlerini tanımlamak, aile ve hemşire arasında işbirlikçi ilişkinin gelişimini de kolaylaştırır. Aileler hemşire ile aktif olarak çalıştıklarında, ortaklık ilişkisi içindeki rollerine kendilerini daha hazır hissederler. Son olarak, yalnızca güçlü yönlerin tanımlanması bile yeterli bir müdahale olabilir. Bu anlayışla, danışanın kendi durumu ile ilgili algısında önemli değişiklikler meydana gelebilir.

Hem hemşirenin birey/aile hakkında tanımladığı güçlü yönler hem de bireylerin kendileri hakkında tanımladığı güçlü yönler açık ve net bir şekilde tartışılmalıdır. Hemşire güçlü yönlerle dair geri bildirim verirken, bireye özel ve açıklayıcı olmalıdır. Örneğin hemşire birey ve aileye şunları söyleyebilir:

“Kızınızın okuldaki çocuklarla ilgili problemleri hakkında konuşmak için onu ayrı bir odaya almanız gerçekten çok iyi. Çocukların kızınıza acımasız davrandıklarında, bunu size rahatlıkla söyleyeceğinden hiç kuşkusuz yok. Kızınız, kendisini dinleyen ve anlayan anne/babaya sahip olduğunu düşünüyor ve bu onun için çok önemli.

Güçlü yönlerle odaklanan yaklaşım, başkaları tarafından da övgü sunma, güçlü yönlerin yansıtılması gibi ifadelerle tanımlanmıştır. Güçlü yönlerin belirtilmesi ve bu konuda geri bildirim vermek, bazen ailelere kendilerine yeni bir bakış açısından bakma imkanı sunmaktadır. Bu da bir bağlamda, bireylerin yeterliliklerinin ve güven duygusunun artmasına neden olarak değişim yaratır. Ailelerin güçlü yönlerine ilişkin geri bildirim verirken doğru ve özgün olmak çok önemlidir. Geribildirimlerin gerçek olup- olmadığı birey ve ailesi tarafından kolayca hissedilir. Bu da hemşire- aile arasındaki ilişkiye zarar verebilir.

Ailenin güçlü yönlerine yanıt biçimi, onların kendileri ve yetenekleri hakkında kendilerini nasıl hissettiklerini ortaya çıkarması bakımından hemşire için önemli bilgiler sağlar. Bazı aileler için güçlü yanların keşfedilmesi bir sürpriz olabilir ve kendileri hakkında daha fazla içgörü kazanır. Zaten güçlerinin farkında olan aileler için ise, hemşire bilgilerini pekiştirir. Bir hemşire röportajda şunları söylemektedir:

“Bir aileye olumlu geri bildirim vermek, benlik saygılarını artırır ve nasıl işlev gördükleri hakkında onlara ipucu verir. Şaşırtacak bir geri bildirim verirseniz, onları düşünmeye teşvik edebilirsiniz. Bazı ailelerin, şimdiye kadar herhangi bir geri bildirim almadığı hissine kapılıyorum. Ailelere verdiğim geri bildirimler sonucunda “Evet, bunu biliyordum.” demesi, kendimi iyi hissetmeme sebep oluyor.” (Feeley ve Gottlieb 2000).

b) Güçlü Yönleri Geliştirmek: Ailelerin güçlü yönleri geliştirmeye yardımcı olmak için 3 yaklaşım vardır. Bunlar: i) var olan güçlü yönlerin, diğer durumlarda da kullanılmasına yardım etmek ii) eksiklikler içindeki olası güçleri geliştirmek iii) bilgi ve yeterliliği geliştirmektir.

Ailelerin güçlü yönlerini geliştirmeye yardımcı olmak için ilk yaklaşım, gücün başka durumlarda da yeniden kullanılmasını sağlayarak yardımcı olmaktır. Ailelerin belirli durumlarda kullandığı güçler vardır ve bu güçler, diğer durumlar için de yardımcı olabilir. Örneğin çocuğunun saldırgan davranışlarıyla mücadele etmekte zorluk yaşayan bir anneyi ele alalım. Anne, çocuğunun agresif davranışlarının ne zaman ortaya çıkacağını kestiremiyordu. Hemşire annenin birkaç yıldır polis memuru olarak çalıştığını ve agresif bireylerden kendini korumak için becerileri olduğunu biliyordu. Hemşire anneye “agresif bireylerin olası tehlikeli olabildiği durumları anlamada, kullandığı ipuçlarının neler olduğunu” sordu. Aynı ipuçlarını, çocuğu agresif davranışlar sergilemeden kullanabileceğini söyledi.

İkinci yaklaşım da, bilişsel yeniden biçimlendirme ile ailelere yardımcı olmak için, eksiklikler içindeki olası güçleri geliştirmektir. Bilişsel yeniden biçimlendirme danışana yardımcı olmayı amaçlayan ifadeler ve sorulardan oluşmaktadır. Durum, kişi veya danışanlara farklı bir bakış açısı sunar ve danışanın kendisini farklı bir perspektiften görmesini sağlar.

Güçlü yönleri geliştirmede üçüncü yaklaşım, başa çıkma ve gelişimi sağlamak için bilgi ve yeterliliklerin geliştirmektir. Ailelere bilgilerini arttırmak amacıyla deneyim ve materyal bulmasında yardım edilir. Aileye çocuğunun astım belirtilerini nasıl değerlendireceği, hangi durumda neye nasıl karar verecekleri ve ne zaman hastaneye götürmesi gerektiği gibi konularda yeni beceriler öğretilir (Feeley ve Gottlieb 2000).

c) Güçlü Yönlerini Keşfetmelerini Sağlamak: MHM'nin orijinalinde Allen, hemşirelik bakımını planlarken, ailenin potansiyelleri ve güçlü yönlerini tanımlamak ve kullanmaktan bahsetmiştir. Hemşire aile ile çalışırken, çalışmanın her aşamasında, ailenin güçlü yönlerini problem çözmekte veya amaca ulaşmakta nasıl kullandığını dikkate almalıdır. Hemşire ile görüşmeye gelen ve oldukça stresli bir aileyi ele alalım. Bu ailede suicid girişimi olan bir anne, evinden ayrı yaşayan bir baba ve ciddi davranış problemleri olan okul çağında olan bir çocuk olsun. Hemşire görüşmelerinde çocuğun babası hakkında oldukça pozitif şeylerden bahsettiğini farkedip; babanın aileye yeniden bağlanmasına katkıda bulunabilir. Benzer şekilde kendi öfkesini yönetemeyen, eşinden boşanmış bir anneyi ele alalım. Çocuk esirgeme kurumundaki yetkililerle konuşurken öfke patlamaları nedeniyle kurum çalışanları arasında olumsuz diyaloglar sonucu, çocuğunun elinden alınmasından korkmaktadır. Hemşire

görüşmesinde bu annenin öfke patlaması sırasında, şikayetlerinden bahsederken, saldırgan bir tavır izlemediğini farkeder ve kurum yetkililerine özür mektubu yazması için ikna eder (Feeley ve Gottlieb 2000).

2.5.1.2. Mc Gill Hemşirelik Modeli'nde Bireylerin Kaynaklarını Harekete Geçirmek İçin Stratejiler

Ailenin başa çıkmasını sağlamak için ailenin kaynakları aranıyorsa, aile dışında aranmalıdır (geniş aile üyeleri, arkadaşları, komşuları, toplumsal kuruluşlar ve profesyoneller gibi). Hemşire ailenin kaynaklarına üç yolla ulaşabilir: 1) kaynakların tanımlanması 2) kaynakları kullanmak ve harekete geçirmek 3) kaynakların düzenli kullanımının sağlanması.

1) Kaynakların Tanımlanması: Hemşirenin güçlü yönleri tanımlamakta kullandığı birçok yaklaşım (algılama, farkındalık, gözlem, sorgulama gibi) aynı zamanda aile kaynaklarını tanımlamada kullanır. Ek olarak, ailelere kaynaklarını keşfedebilmeleri için, değerli bir araç olan ecomap de kullanılabilir. Ecomap, çekirdek ailenin dışında olan -toplum gibi diğerleriyle ilişki ağını gösteren bir diyagramdır. Ailenin diğerleriyle ilişkisinin kalitesi ve miktarı kaydedilir. Aile üyelerine ilişki kurdukları kişilerin resmi çizdirilebilir ve “Kiminle vakit geçiriyorsunuz?, Kimlere güveniyorsunuz?, Kimler sizi strese sokuyor?” gibi sorular sorarak, bağlantılarının doğası tespit edilir. Aileler bunu yaparken genellikle keyif alır (Feeley ve Gottlieb 2000).

2) Kaynakları Kullanmak ve Harekete Geçirmek: Hemşireler, birey ve ailelerini toplumda var olan kaynaklar hakkında bilgilendirir. Ancak var olan kaynakları bildirmekten ziyade, bu kaynaklara nasıl ulaşacağını da öğretmelidir. Kaynakları harekete geçirmede pek çok adım vardır. İlk olarak hemşire, kaynaklara ulaşmanın gerekliliğini anlatsa bile aile ancak bunları ihtiyaç olarak tanımladığında, kaynaklar harekete geçirilmiş olur. Çoğunlukla yardım eden profesyoneller, ailenin isteği veya hazır olma durumunu dikkate almadan, ailenin yardım gereksinimi olduğuna karar verir ve dış kaynakları kullanması için tavsiyelerde bulunur. Aile yardım gereksinimi olduğunu dile getirdiği zaman, hemşire ve aile hangi tip kaynakların ailenin ihtiyacını en iyi şekilde karşılayacağına birlikte karar verir. Bu da ancak kaynak ve aile arasındaki uyumu dikkatli bir şekilde değerlendirme ile gerçekleşir. Örneğin premature üçüz doğum yapan bir ailenin, doğumdan ancak birkaç ay sonra yardıma ihtiyacı olduğunu ifade etmesi. Anne- baba bunalmış, ebeveynlik becerilerinin yetersiz olduğunu hissediyorlardı

ve üç küçük bebeklerinin bakımı için, hemşirelik becerilerine sahip, bilgili birini arıyorlardı. Bu aile ile çalışan hemşire, ailenin ihtiyaçlarını yakından inceledikçe, ailenin daha fazla yardıma ihtiyacı olduğunu düşündü. Kaynak kullanımını için gereksinimleri tanımladı ve özel gereksinimleri net bir şekilde açıkladı. Daha sonra, kullanılacak kaynakların, ailenin ihtiyaçlarını karşılayıp- karşılamadığına aile ile birlikte karar verdiler. Deneyimli hemşireler genellikle toplumda var olan kaynakların farkındadırlar.

Kaynakları harekete geçirmede diğer bir adım da, hemşire ve ailenin kimlerle temas kurduğunda, kendileri için en iyi olacağına karar vermesidir. Çeşitli seçenekler mevcuttur. Hemşire veya aile kaynakları harekete geçirmede aktif olabilirler veya işler iki taraf için de paylaşılabilir.

Ailenin enerji düzeyi, emosyonel iyilik hali, kaynakları harekete geçirmede önceki deneyimleri gibi faktörler kimin daha aktif rolü üstleneceğini belirler. Bununla birlikte mümkünse ailenin daha aktif rol alması, onların kaynakları kullanmadaki bilgi ve becerilerini geliştirmenin yanı sıra özgüvenlerini de artırır. Aile kaynakları harekete geçirmede aktif rol üstlenirse, hemşire de sürecin diğer adımlarında aileye koçluk yapabilir. Örneğin hemşire ailenin ne demesi gerektiğini, hangi problemlerin artacağını, bu problemlerin nasıl yönetileceğini gözden geçirmelidir. Aile kaynakları kullanmaya başladığı zaman, hemşire ve aile bir araya gelip, kaynakları gözden geçirmeli ve etkinliğini değerlendirmelidir (Feeley ve Gottlieb 2000).

3) Kaynakların Düzenli Kullanımının Sağlanması: Aileler dış kaynaklara güvense de bu kaynakların düzenli kullanımında zorluklar yaşanabilir. Örneğin kaynağın kendisi aile içi stres kaynağı olabilir ya da ailenin ihtiyaçlarını karşılamada etkisiz olabilir. Bu gibi durumlarda hemşire kaynakları yeniden düzenlemelidir. Kaynakları düzenlemede sıklıkla problem çözme süreci kullanılır. Ayrıca dış kaynak kullanım faydalarını maksimize etmek, problemleri minimize etmek için aile ve hemşire birbirine kaynak kullanım problemlerini tanımlar (Feeley ve Gottlieb 2000).

Aileler, dış kaynakların sürekliliğini yönetmede, zorluklarla karşılaşabilir. Örneğin bir görüşmede hemşire şunları ifade etti (Feeley ve Gottlieb 2000) :

“Kronik hastalığı olan okul öncesi bir çocuğa, kilo alması için özel bir diyet verilmişti. Ebeveynleri çocuklarının reçete edilen miktarda gıdayı tüketemeyeceğini düşünüyordu. Aile takip için diyetisyene gittiğinde, diyete uymada başarısız oldukları için, kendilerini rahatsız hissettiler. Çocuğa önerilen diyeti takip etme baskısı, tüm aile üyeleri için çok stresli olmuştu. Sonunda aile diyetisyenle randevuyu iptal etmeye başlamıştı. Hemşire ailenin, diyetle daha etkin mücadele etmesi gerektiğini fark etmesini sağladı. Aile ile diyetisyene neden böyle bir yanıt verdikleri tartışıldı ve alternatif yanıtlar arandı. Hemşire ve aile durumun üstesinden gelmede en iyi yolun, diyetisyene direkt olarak kendi zorluklarını ifade etmek olduğuna karar verdiler. Hemşire ve aile zorluklarını doğru ifade etmeleri, diyetisyenden gelen geri bildirimde uygun yanıtlar verebilmeleri için küçük bir prova yaptılar. Sonuç olarak, aile diyetisyene kendi zorluklarını anlatmada başarılı oldu ve çocuklarının diyeti güncellendi.

MHM'ne göre hemşireler, ailelerin yaşam olaylarıyla –hastalıkta biyolojik ve psikolojik düzeyler de dahil olmak üzere- başa çıkma yeteneklerini arttırmak için, ailenin güçlü yönlerini tespit etmelidir. Ayrıca hemşireler birey ve ailelere kendi güçlü yanlarını ve kaynaklarını keşfetmesini sağlayarak, onların hastalık olaylarının, eksikliklerinin ve problemlerinin üstesinden gelmede yardım etmelidir (Feeley ve Gottlieb 2000). Bu model pratikte her yaş döneminde ve her durumda uygulanabilen, etkin bir yöntemdir (Gottlieb ve Gottlieb 2007).

Özellikle psikiyatri hemşirelerinin yaşlıya bakım veren bireylere yönelik MHM'ye temellenen psikoedükatörel müdahalelerde bulunması, yaşlı ve ailesinin yaşadığı güçlükleri daha kolay çözmesine dolayısıyla yaşam kalitesinin yükselmesine neden olacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni

Bu araştırma, yaşlıya bakım veren bireylerde, Mc Gill Hemşirelik Modelini'ne temellenen hemşirelik bakımının bakıcı yüküne, öz yeterlilik ve bilişsel duygu ayarlama üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü deneysel araştırma deseninde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni MHM; bağımlı değişkenleri Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği, Özyeterlik Ölçeği ve Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği puanlarıdır. Kontrol değişkeni olarak bakım yükünü en çok etkileyen faktörlerden; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yakınlık derecesi, ekonomik durum, bakım verme süresi, bakım verirken yardım alma durumu ve Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (ADL) puanı alındı.

3.3. Araştırmanın Hipotez/Hipotezleri

H1. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden alacakları son test puanı, hemşirelik bakımı verilmeyen bakım verenlere göre daha düşük olacaktır.

H2. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden alacakları üç ay izlem test puanı, hemşirelik bakımı verilmeyen bakım verenlere göre daha düşük olacaktır.

H3. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden alacakları altı ay izlem test puanı, hemşirelik bakımı verilmeyen bakım verenlere göre daha düşük olacaktır.

H4. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden alacakları son test, üç ay izlem ve altı ay izlem puanları ön test puanlarına göre daha düşük olacaktır.

H5. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği son test puanı, hemşirelik bakımı verilmeyen bakım verenlere göre daha yüksek olacaktır.

H6. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği üç ay izlem test puanı, hemşirelik bakımı verilmeyen bakım verenlere göre daha yüksek olacaktır.

H7. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği altı ay izlem test puanı, hemşirelik bakımı verilmeyen bakım verenlere göre daha yüksek olacaktır.

H8. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nden alacakları son test, üç ay izlem ve altı ay izlem puanları ön test puanlarına göre daha yüksek olacaktır.

H9. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği alt boyutlarından uyumlu olanların (plana odaklanma, olumlu odaklanma, olumlu değerlendirme ve olayın değerini azaltma) son test puanı, hemşirelik bakımı verilmeyen bakım verenlere göre daha yüksek olacaktır.

H10. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği alt boyutlarından uyumlu olanların (plana odaklanma, olumlu odaklanma, olumlu değerlendirme ve olayın değerini azaltma) üç ay izlem test puanı, hemşirelik bakımı verilmeyen bakım verenlere göre daha yüksek olacaktır.

H11. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği alt boyutlarından uyumlu olanların (plana odaklanma, olumlu odaklanma, olumlu değerlendirme ve olayın değerini azaltma) altı ay izlem test puanı, hemşirelik bakımı verilmeyen bakım verenlere göre daha yüksek olacaktır.

H12. Mc Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımı verilen bakım verenlerin, Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği alt boyutlarından uyumlu olanlardan (plana odaklanma, olumlu odaklanma, olumlu değerlendirme ve olayın değerini azaltma) alacakları son test, üç ay izlem ve altı ay izlem puanları ön test puanlarına göre daha yüksek olacaktır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15.01.2014-21.08.2014 tarihleri arasında İstanbul İli Küçükçekmece İlçesi'nde yer alan bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM) hizmet bölgesinde gerçekleştirildi. ASM bölgesinde 10 doktor, 10 hemşire ve 3 personel çalışmaktadır. ASM'de 10 poliklinik odası; 2 aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası; 1 gebe izlem ve aile planlama odası; 1 yemekhanesi, 1 laboratuvar, 1 müdahale odası, 1 bebek bakım odası bulunmaktadır ve 08:00-17:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. ASM ye bağlı 65 yaş ve üzeri hasta sayısı 2740; bakım ihtiyacı olan yaşlı birey sayısı 113'tür.

MHM'ye temellenen hemşirelik bakımı kapsamındaki yüz yüze görüşmeler, ASM'ye gelebilen bakım verenlerle, gebe izlem ve aile planlama odasında gerçekleştirildi. ASM'ye gelemeyen bakım verenlerle yapılan görüşmeler ise bakım verenlerin kendi ev ortamında, bakım verdikleri yaşlıdan ayrı bir odada, uygun fiziksel ortam oluşturularak gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evreni, 15.01.2014-21.08.2014 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı ASM'nin hizmet bölgesinde, bakım ihtiyacı olan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyin bakım vericileri oluşturdu (N=113). Araştırmanın örneklemini belirlemek için bakım ihtiyacı olan 65 yaş ve üzerindeki bireylerin bakım vericileri ile görüşüldü ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bakım vericiler araştırma kapsamına alındı (n=84). Araştırmaya dahil edilme kriterleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

Bakım verenin;

- 18-75 yaşlar arasında olması,
- Yaşlının aile üyelerinden biri olması
- Yaşlı bireye en az 6 aydır bakım veriyor olması
- Yaşlının bakımından birinci derecede sorumlu olması,
- Okur-yazar olması,
- Soruları anlama, fikirlerini ifade edebilecek yeterlilikte olması,
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmasıdır.

Araştırmanın örneklem sayısı PS version 3.0 paket programında yapılan power analiz sonucunda belirlenmiştir. Bunun için literatürde bakım yükünün incelendiği çalışmalardaki (Temizer 2009; Yacı 2011; Mollaoğlu ve ark. 2013) standart sapma değeri 11 ve ölçek puanından 8 puanlık değişim beklenerek 0.01 alfa (tip I hata olasılığı), 0.90 beta (tip II hata olasılığı) düzeylerinde örneklem sayısı her bir grup için 31 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin çalışmayı yarıda bırakma olasılığı göz önüne alınarak çalışmaya her bir grup için 42 kişinin alınmasına karar verilmiştir.

Deney ve kontrol gruplarının belirlenmesinde seçim yanlılığını azaltmak için araştırmada doğrudan rolü olmayan üçüncü bir şahıs tarafından bir liste oluşturuldu ve rastgele sayılar tablosundan randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol grubu atamaları yapıldı (<http://www.stattek.com/statistics/random-number-generator.aspx>). Daha sonra liste araştırmacıya verilerek uygulamaya geçildi.

Kontrol grubundan 5, deney grubundan 7 olmak üzere toplam 12 bakım veren, bakım verdikleri yaşlının ölümü veya bakım verenin çalışmadan ayrılmak istemesi nedeniyle; ayrıca kontrol grubundan 4, deney grubundan 2 yaşlı (6 bakım veren) çalışmanın yürütüldüğü kurumdan farklı bir kuruma nakillerini alması nedeniyle çalışma dışında bırakıldı. Çalışma, deney grubunda 33, kontrol grubunda 33 olmak üzere 66 bakım veren ile tamamlandı.

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

3.6.1. Yaşlı Bireye Ait Ölçüm Aracı

3.6.1.1. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA) (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living- ADL)

Katz ve ark. (1963) de geliştirdiği skala banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. GYA indeksinde 0–6 puan bağımlı, 7–12 puan yarı bağımlı, 13–18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Ölçek, bakım verenlerin yaşlısına ait kendi bildirimlerine dayanarak doldurulmuştur.

Bu ölçek hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmakta olan, formal bir geçerlilik ve güvenilirliği olmamasına rağmen fonksiyonel yetersizliği değerlendirmede kullanılmaktadır (Kıssal 2008). Bu çalışmada ölçeğin alpha güvenilirlik katsayısı 0,96 olarak belirlendi (Ek- 1).

3.6.2. Bakım Verene Ait Ölçüm Araçları

3.6.2.1. Bakım Verene Ait Bilgi Formu

Araştırmada literatür (Chatcheydang 2005; Alpteker 2008; Eters ve ark. 2008; Akpınar 2009; Yaşar 2009; Temizer 2009; Aşiret 2011; Koçak 2011; Pinguart ve Sörensen 2011; Yacı 2011; Çiçek 2012; Cingil 2013; Shankar ve ark. 2014) doğrultusunda ve uzman görüşü olarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. Anket formunda bakım vermeyi etkileyen faktörlerden, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, ekonomik durum, bakım verme süresi, yardım alma durumu, bakım verenin fiziksel/ psikiyatrik hastalığa sahip olma durumu, yaşlı ile aynı evi paylaşma vb. soruları içeren toplam 32 soru bulunmaktaydı (Ek- 2).

3.6.2.2. Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ) (Zarit Caregiver Burden Interview- ZBI)

Zarit ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen ölçek, aile bakım vericilerinin algıladıkları bakım verme güçlüğünü belirlemeye yarayan, 22 sorudan oluşan 4'lü likert tipi bir ölçme aracıdır (1: hiçbir zaman, 4: hemen her zaman). Ölçekten alınan puanının yüksek olması bakım verici yükünün yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek ilk olarak İnci (2006) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Yüksel ve ark. (2007) ve Mollaoğlu ve ark. (2011)

ölçekten alınan puanları (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde sınıflandırmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği daha sonra Özer ve ark. (2012) tarafından tekrar yapılmış ve 18 maddeye indirilmiştir. Bu ölçekten en az 0, en fazla 72 puan alınabilmektedir (Özer ve ark. 2012). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.82, test-tekrar test değişmezlik katsayısı 0.72 olarak belirlenmiştir (Özer ve ark. 2012). Bu çalışmada ölçeğin alpha güvenirlik katsayısı 0,92 olarak belirlendi (Ek- 3).

3.6.2.3. Genel Öz-Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ) (*General Self-Efficacy Scale- GSE*)

Jarrusselam ve Shwarzer (1981) tarafından geliştirilen ölçek, algılanan öz yeterliği genel anlamda değerlendirmeye yarayan, 10 maddeden oluşan 4'lü likert tipi (1: bana hiç uygun değil, 4: bana her zaman uygun) bir araçtır. GÖYÖ'deki tüm maddeler olumlu yönde puanlanmakta ve 10 ile 40 arasında puan alınmaktadır. Yüksek puan genel öz yeterliğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Aypay (2010) tarafından yapılmıştır (Aypay 2010).

23 ülkede yapılan çalışmalarda genel Öz-Yeterlik Ölçeğinin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.76 ile 0.90 arasında değişmektedir (Telef ve Karaca 2012). Bu çalışmada ölçeğin alpha güvenirlik katsayısı 0,90 olarak belirlendi (Ek- 4).

3.6.2.4. Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği (BDAÖ) (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire- CERQ*)

Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001) tarafından geliştirilen ölçek, bireylerin karşılaştıkları olumsuz durumlar karşısında, başa çıkmak için kullandıkları stratejileri değerlendirebilmeye yarayan, 36 maddeden oluşan 5'li likert tipi (1: hiçbir zaman, 5: her zaman) bir araçtır. Ölçek yetişkinler ile 12 yaşın üzerindeki ergenlere uygulanabilmektedir. Normal ve klinik örneklemelerde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin Kendini Suçlama (1, 10, 19 ve 28. sorular), Kabullenme (2, 11, 20 ve 29. sorular), Ruminasyon (3, 12, 21 ve 30. sorular), Olumlu Yeniden Odaklanma (4, 13, 22 ve 31. sorular), Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma (5, 14, 23 ve 32. sorular), Olumlu Yeniden Değerlendirme (6, 15, 24 ve 33. sorular), Olayın Değerini Azaltma (7, 16, 25 ve 34. sorular), Felaketeleştirme (8, 17, 26 ve 35. sorular) ve Diğerlerini Suçlama (9, 18, 27 ve 36. sorular) olmak üzere 9 alt

boyutubulunmaktadır ve her boyut 4 maddeden oluşmaktadır. Kişi her alt boyuttan en az 4 en fazla 20 puan almaktadır. Bir alt boyuttan alınan yüksek puan, o alt boyutun belirlediği stratejinin daha çok kullanıldığına işaret etmektedir Garnefski ve arkadaşları (2001) kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirmeyi uyumsuz başa çıkma stratejileri olarak görürken; plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve olayın değerini azaltma stratejilerini uyumlu stratejiler olarak belirlemişlerdir. Kabullenme alt boyutu normalde uyumlu başa çıkma stratejisi olarak görülse de aşırı kullanıldığında uyumsuz olabileceğini bildirmişlerdir. Ölçek alt boyutlarının açıklaması aşağıdaki şekilde yapılmıştır (Ataman 2011).

1. Kendini suçlama: Olumsuz bir deneyimle karşılaşıldığında suçun kişinin kendisinde olduğu düşüncelerinin olduğuna işaret etmektedir. Kendini suçlamanın görüldüğü yükleme tarzının depresyonla güçlü ilişkiler halinde olduğu bilinmektedir.

2. Kabul: Yaşanılan olayı kabul etmeye ve olan şeye kendini teslim etmeye yönelik düşüncelerin olduğunu göstermektedir. Kabul etme ile iyimserlik ve benlik saygısı arasında olumlu, kaygı ile olumsuz yönde bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

3. Ruminasyon: Olumsuz olayla ilgili duygu ve düşünceler üzerine yinelenen düşüncelerin olmasıdır. Birçok çalışma, ruminasyon ile yüksek düzeydeki depresyon arasında ilişki olduğunu göstermiştir.

4. Olumlu yeniden odaklanma: Asıl olayı düşünmek yerine daha hoş konuları düşünmeye odaklanma girişiminin olmasıdır. Kısa sürede uyumlu bir strateji olarak görülse de, uzun dönemde etkin bir uyumun gerçekleşmesini engellediği düşünülmektedir.

5. Plan yapmaya yeniden odaklanma: Olumsuz olayın nasıl ele alınacağına ve nasıl önlemler alınacağına yönelik düşünmeye işaret etmektedir. Bu strateji, iyimserlik ve benlik saygısı ile olumlu, kaygı ile olumsuz ilişki göstermektedir.

6. Olumlu yeniden değerlendirme: Yaşanılan olayla ilgili olumlu anlamlar yaratmaya yönelik ve kişisel gelişime katkıda bulunacak düşünceler olduğuna işaret etmektedir. Bu

strateji de, kabul ve plan yapmaya yeniden odaklanma stratejilerinde olduğu gibi iyimserlik ve benlik saygısı ile olumlu, kaygı ile olumsuz ilişki göstermektedir.

7. Olayın değerini azaltma: Başka olaylarla karşılaştırarak yaşanan olayın önemini azaltma yolunu tercih etmektir. Sosyal karşılaştırmanın başka bir biçimi olarak düşünülebilir. Bu stratejinin genel olarak iyilik hali ile ilişkili olduğu düşünülse de, bazı araştırmalarda depresyonla ilişkili olduğu da gözlenmektedir.

8. Felaketleştirme: Deneyimlenen olayın dehşet verici yanının üzerinde belirgin bir biçimde durmaya odaklanılmaktadır. Uyumsuzluk, duygusal sıkıntılar ve depresyonla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir.

9. Diğerlerini suçlama: Bu strateji, yaşanan deneyimde suçun başka bir kişide ya da çevrede olduğu düşüncelerine işaret eder. Diğerlerini suçlamanın azalmış duygusal iyilik haliyle ilişkisi görülmektedir.

Ölçeğin ilk Türkçe uyarlaması Öngen (2011) tarafından yapılmıştır. Öngen (2011), ölçeğin Türkçe formunda Kendini suçlama alt boyutu için Alfa değerini ,68, Kabullenme için ,66, Ruminasyon için ,82, Olumlu Yeniden Odaklanma için ,82, Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma için ,82, Olumlu Yeniden Değerlendirme için ,82, Olayın Değerini Azaltma ,79, Felaketleştirme için ,78, Diğerlerini Suçlama için ,84 olarak bulmuştur. Bu çalışmada da alt boyutların sırasıyla cronbach's alpha güvenirlik katsayısı ,83; ,58; ,81; ,81; ,77; ,67; ,49; ,88 ve ,96 olarak belirlendi (Ek- 5).

3.7. Araştırma Süreci

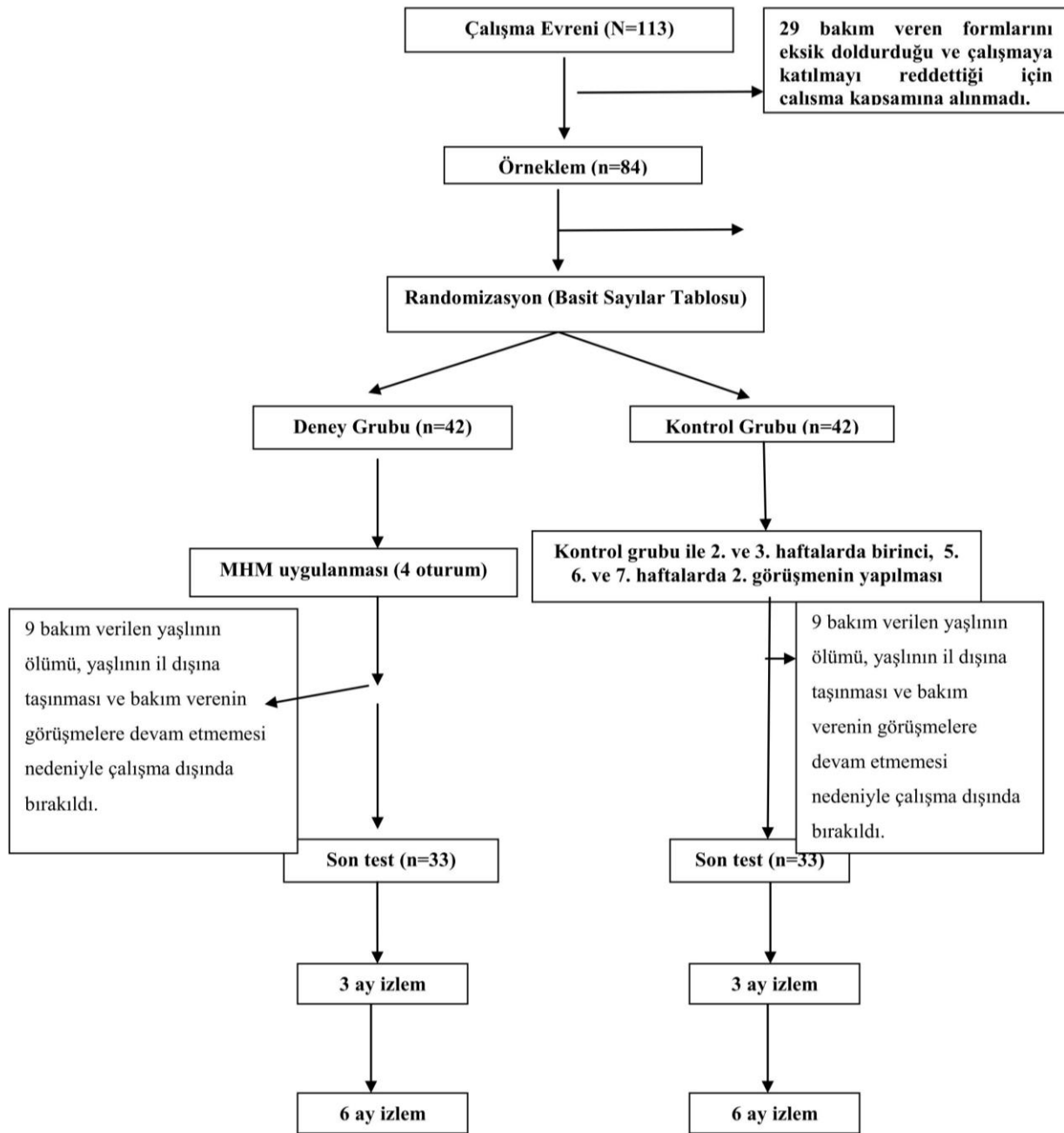
Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 84 kişi randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol gruplarına atandı. Deney ve kontrol gruplarına ön test uygulandı. Daha sonra deney grubuna 7 oturumdan (dört hafta) oluşan ve her oturumu 30-50 dakika süren MHM ile girişimde bulunuldu (Ek- 6). Hemşirelik bakım programının son oturumunda yaşlıya bakım verenlerle program değerlendirmesi yapıldı, ardından da veri toplama araçları uygulandı.

Dört haftalık süreç içinde kontrol grubundaki bakım verenlerle iki kez 10-30 dakika süren, yüz yüze görüşme yapılarak (Savundranayagam ve ark. 2010; Demir 2012; Cingil 2013), araştırmacının etkileşimde bulunması sağlandı. Kontrol grubu ile yapılan görüşmelerde bakım

verenin eğitim gereksinimi doğrultusunda, bakım verdikleri yaşlının kaldırılması, hijyen gereksinimleri (yatak içinde banyo, tuvalet vb.), kullandığı ilaçlar vb. sorunları konuşuldu.

Deney grubuna uygulanan MHM oturumları tamamlanınca, hem deney hem de kontrol grubuna üç ve altı ay sonra yüz yüze yapılan görüşmelerle izlem testleri uygulandı (Şekil-1).

Araştırma süreci içinde hem deney hem de kontrol grubundan toplam 18 bakım veren izlemlere gelememe, yaşlının ölümü ve farklı kuruma nakil nedeniyle ayrıldı. Araştırma 66 bakım veren ile tamamlandı.



Şekil-3.1:Araştırmanın Uygulama Şeması

3.8. Uygulamanın İçeriği

Bakım verenlere uygulanan hemşirelik bakımı MHM'ye temellenerek araştırmacı tarafından hazırlandı. Yapılan çalışmalarda MHM'ye temellenen eğitimlerin, birey ve

ailesinin güçlü yönlerini, var olan kaynaklarını ortaya çıkararak verildiği görülmektedir (Murphy 1994; Feeley ve Gottlieb 2000; Melrose 2000; Gaudine 2001). Bakım verenlerle yüz yüze ve bireysel görüşmeler şeklinde uygulanan hemşirelik bakım programı yedi oturumdan oluşmaktadır (Tablo 3-1).

Eğitim sonunda, eğitim konusu ile ilgili bakım verenlere verilmek üzere literatür ve uzman kişilerin görüşü doğrultusunda eğitim materyali olarak oluşturulan eğitim kitapçıkları dağıtıldı (Ek- 6 Mc Gill Hemşirelik Modeli'ne Temellenen Bakım Programı).

I.ve II. Oturum– Yaşlanmayı Öğrenmek ve Yaşlı Bireye Bakım Verme

İlk oturum yaşlanmanın tanımını, yaşlılarda sık görülen problemleri (fiziksel, sosyal, ekonomik ve ruhsal), sık görülen hastalıkları kapsamaktadır.

İkinci oturumda, bakım vermenin tanımı, bakım vermede sık karşılaşılan problemleri, karşılaşılan problemlere yönelik bakım verenlerin tepkileri ele alındı.

III. Oturum– Yaşlı Birey İle İletişim

Bu oturumda yaşlı bireylerde sık görülen iletişim problemleri, bakım verenlerin yaşlı ile iletişim kurarken en sık verdiği yanıtlar, yaşlı birey ile iletişim kurarken bakım verenlerin dikkat edilmesi gerekenler ve etkili iletişim için bakım verenlere öneriler ele alınmıştır. Bu deneyimleri öğrenmek, bakım verenlerin bakım verirken yaşadığı iletişim problemlerini çözmesinde yardımcı olur.

IV. ve V. Oturum- Birey ve Ailenin Güçlendirilmesi

Bu oturumlarda MHM'nin temel hedefi olan “birey ve ailenin sağlığını geliştirmek, güçlendirmek ve sürdürmek” doğrultusunda bakım verildi. Bu amaçla bakım verenlerin varolan güçlü yönlerinin ve potansiyellerinin farkına varması; mevcut iç ve dış kaynaklarını harekete geçirmesi için girişimlerde bulunuldu.

VI. Oturum- Kaynakların Belirlenmesi

Altıncı oturumda bakım verenlerin aile içi (eş, arkadaş, komşu, akraba vb.) ve dışındaki kaynakları hakkında bilgi verildi. Bakım verenlerin aile dışındaki destek kaynaklarına nasıl ulaşacağı, başvuru için aranan şartlar ve kayıtlarda istenen belgeler hakkında ayrıntılı bilgi verildi.

VII. Oturum- Bakım Yükünü Azaltma ve görüşmelerin sonlandırılması

Son oturumda ise bakım yükü nedir, bakım yükü ile nasıl baş edilir gibi konular ele alındı ve görüşme sonlandırıldı

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Öncelikle MHM'yi geliştiren öğretim üyelerinden Prof. Dr. Laurie N. Gottlieb'den kuramı kullanmak için e-mail aracılığıyla onay alındı (Ek-7). Etik Kurul izni için Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Komitesine başvuru yapıldı ve 04.03.2013 tarihinde 2013.25 Protokol Numarası ile onay alındı (Ek-8). Kurum izni için İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne başvuru yapıldı ve gerekli izin alındı Ek-9). Araştırmacının ulaşım ve işbirliği gibi konular göz önünde bulundurularak araştırma, Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı kurumlardan biri olan İstanbul İli Küçükçekmece İlçesi'nde yer alan bir ASM'de yürütülmeye karar verildi. Araştırmaya katılan bakım verenlere Helsinki Deklarasyonuna göre bilgilendirme yapılarak yazılı ve sözlü onamları alındı (Ek-10).

Kontrol grubundaki bakım verenlere, araştırma sonrasında MHM'ye temellenen hemşirelik bakım programı uygulanacağı ile ilgili bilgi verildi.

3.10. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS 21,0 paket programında analiz edildi. Verilerin analizinde; ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek için iç tutarlık Cronbach's Alfa Analizi kullanıldı. Bireysel özelliklerin analizinde tanımlayıcı (yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma, min-max) testler; grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasında nominal değerler için Ki-Kare Testi, ölçümsel değerlerinin ve ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız t testi, eşlendirilmiş dizi t testi, girişimin etkinliğini belirlemede ise Anova varyans analizi (tekrarlayan ölçümler için) kullanıldı. Araştırmada tüm bulgular $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde sınılandı (Tablo-3.1).

Tablo-3.1: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistik Analizler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Deney ve kontrol grubunun benzerliğini değerlendirmede	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum-maximum, oran, yüzde) ➤ Chi-Square Testi ➤ Bağımsız t Testi
Deney ve Kontrol Grubunun MHM öncesi ZBYÖ, GÖYÖ, BDAÖ ve GYA Ölçeği puanlarını karşılaştırması	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bağımsız t Testi
Deney ve kontrol grubunun MHM öncesi, sonrası, 3 ve 6 izlem ZBYÖ, GÖYÖ, BDAÖ puanlarındaki değişimin karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anova varyans analizi
Deney grubunun MHM öncesi, sonrası, 3 ve 6 izlem ZBYÖ, GÖYÖ, BDAÖ puanlarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anova varyans analizi,
Kontrol grubunun MHM öncesi, sonrası, 3 ve 6 izlem ZBYÖ, GÖYÖ, BDAÖ puanlarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anova varyans analizi,
Deney ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin ZBYÖ ve GÖYÖ ve BDAÖ Alt Boyutlarının Ön Test Puanlarıyla Son test, 3 ve 6 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eşlendirilmiş dizi t testi
ZBYÖ, GÖYÖ, BDAÖ ve GYA Ölçeği toplam puan iç tutarlılık incelemesinde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cronbach Alfa Katsayısı

3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Araştırmanın güçlü yönleri şunlardır;

- Araştırmada sadece MHM'nin bakım verenlerin bakım yüküne olan etkisi değil, öz yeterlilik ve duygu ayarlama üzerine etkisinin de belirlenmiş olması,
- Çalışmada ön test son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü deneysel tasarım tipinin kullanılmış olması,
- Deney ve kontrol grubunun bireysel özellikler, ZBYÖ, GÖYÖ, BDAÖ ve GYA Ölçeği toplam/ alt boyut puanları açısından homojen bir yapıya sahip olmasıdır.

Araştırmanın sınırlılıkları şunlardır;

- Çalışmada tüm verilerin bakım verenlerin kendi bildirimlerine dayalı olması (bakım veren, sosyal baskılardan dolayı sorulara pozitif yanıtlar verebilir)
- Çalışma kapsamına dahil edilen örneklem grubunun tek bir merkezden alınması
- Takiplerin zaten bakım yükü artmış olan bakım verenlerin yükünü daha fazla arttırma ihtimali taşıması

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde sunuldu;

Birinci bölümde; deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bireysel özellikleri ve MHM öncesi bakım verdikleri yaşlıların GYA Ölçeği, bakım verenlerin ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ puanları ile ilgili bulgular (Tablo-4.1 ve Tablo-4.2),

İkinci bölümde; deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ'nün ön test, son test, 3 ve 6 ay izlem puanları ile ilgili bulgular verildi (Tablo-4.3, Tablo-4.4, Tablo-4.5).

4.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bireysel özellikleri Tablo-4.1’de gösterildi.

Tablo-4.1: Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=66)

Özellikler	Deney (n=33)		Kontrol (n=33)		t*	p	
	Ort.±SS	Min-Max	Ort.±SS	Min-Max			
Yaş	49,72±10,75	25-68	52,06±8,23	34-73	-0,990	,326	
	N	%	N	%	Ki-Kare	p	
Cinsiyet	Kadın	32	97,0	28	84,9	2,933	0,087
	Erkek	1	3,0	5	15,1		
Eğitim Durumu	İlkokul	21	63,6	21	63,6	1,644	0,896
	Ortaokul	4	12,1	5	15,1		
	Lise	6	18,2	6	18,2		
	Üniversite	2	6,1	1	3,0		
Yakınlık Derecesi	Eşi	7	21,2	7	21,2	2,389	0,665
	Kızı	13	39,4	12	36,4		
	Oğlu/Gelini	11	33,3	11	33,3		
Ekonomik Düzeyi	Akraba	2	6,1	3	9,1	4,051	0,132
	Kotu	22	66,7	15	45,5		
	Orta	8	24,2	14	42,4		
Bakım Verme Süresi	İyi	3	9,1	4	12,1	21,276	0,168
	6 Ay- 1 Yıl	3	9,1	7	21,2		
	1 - 2 Yıl	3	9,1	9	27,3		
Yardım Alma Durumu	2 Yıldan Fazla	27	82,0	17	51,5	,992	,319
	Evet	12	36,4	16	48,5		
	Hayır	21	63,6	17	51,5		

* t: Bağımsız t Testi

Deney grubundaki bakım verenlerin bireysel özellikleri incelendiğinde, bakım verenlerin yaş ortalaması $49,72 \pm 10,75$ olup, % 97,0'ının kadın, % 63,6'sının ilkokul mezunu, % 39,4'ünün yaşının kızı olduğu ve % 66,7'sinin ekonomik durumunu kötü algıladığı belirlendi. Yine katılımcıların bakım verme süresine bakıldığında; % 82'sinin 2 yıldan fazla bakım verdiği ve % 63,6'sının bakım verirken yardım almadığı bulundu.

Kontrol grubundaki bakım verenlerin bireysel özellikleri incelendiğinde, bakım verenlerin yaş ortalaması $52,06 \pm 8,23$ olup, % 84,9'unun kadın, % 63,6'sının ilkokul mezunu, % 33,3'ünün yaşının kızı olduğu ve % 45,5'inin ekonomik durumunu kötü algıladığı belirlendi. Yine katılımcıların bakım verme süresine bakıldığında; % 51,5'inin 2 yıldan fazla bakım verdiği ve % 51,5'unun bakım verirken yardım almadığı bulundu.

Deney ve kontrol grubunun bireysel özellikleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$, Tablo-4.1).

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin MHM öncesi bakım verdikleri yaşının GYA Ölçeği; bakım verenin ZBYÖ, GÖYÖ, toplam puanları ve BDAÖ alt boyut puanları ile ilgili bulgular Tablo-4.2'de gösterildi.

Tablo-4.2: MHM Öncesi Ölçek Toplam/ Alt Boyut Puanları (N=66)

Ölçekler	Deney (n=33)	Kontrol (n=33)	t*	p
	Ort.±SS	Ort.±SS		
GYA	8,90±3,95	10,45±3,64	-1,651	0,104
ZBYÖ	46,60±12,56	41,90±12,21	1,539	0,129
GÖYÖ	25,27±3,99	25,51±5,31	-0,209	0,835
BDAÖ				
Kendini Suçlama	5,15±1,98	4,78±1,16	0,907	0,368
Kabullenme	12,33±1,94	12,18±2,05	0,308	0,759
Ruminasyon	4,96±2,11	4,718±2,16	0,345	0,731
Olumlu Odaklanma	8,24±1,52	8,66±2,10	-0,939	0,351
Plana Odaklanma	7,54±1,43	8,30±1,86	-1,850	0,069
Olumlu Değerlendirme	6,84±1,46	7,51±2,37	-1,374	0,174
Olayın Değerini Azaltma	6,21±1,59	6,51±2,12	-0,655	0,515
Felaketleştirme	6,27±2,68	6,06±3,21	0,291	0,772
Diğerlerini Suçlama	5,30±4,25	4,00±3,08	1,425	0,159

*t: Bağımsız t Testi

Katılımcıların bakım verdikleri yaşının GYA Ölçeği puanları deney grubunda 8,90±3,95, kontrol grubunda 10,45±3,64 olup, aralarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bakım verenlerin MHM öncesi ZBYÖ puanları deney grubunda 46,60±12,56, kontrol grubunda 41,90±12,21; GÖYÖ puanları deney grubunda 25,27±3,99, kontrol grubunda 25,51±5,31 olup, aralarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) Yine katılımcıların BDAÖ toplam/alt boyut puanları arasında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) ve her iki grup için de alt boyut puan ortalamaları sırasıyla kabullenme (12,33±1,94; 12,18±2,05); olumlu odaklanma (8,24±1,52; 8,66±2,10); plana odaklanma (7,54±1,43; 8,30±1,86) olarak belirlendi (Tablo-4.2).

Deney ve kontrol grubunun MHM öncesi bakım verdikleri yaşının GYA Ölçeğinden; bakım verenlerin ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ ölçeklerinden alınan ön test puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo-4.2).

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin MHM öncesi, MHM sonrası, 3 ve 6. Ay izlem ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ toplam/altboyut puanları ile ilgili karşılaştırmalar Tablo-4.3, Tablo-4.4 ve Tablo-4.5’de gösterildi.

4.2. Katılımcıların ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ'nün Ön Test, Son Test, 3 ve 6 Ay İzlem Puanları İle İlgili Bulgular

Tablo-4.3: Katılımcıların ZBYÖ Ön test, Son test, 3 ve 6 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=66)

Ölçekler		Deney (n=33)	Kontrol (n=33)	t	p
		Ort.±SS	Ort.±SS		
ZBYÖ	Ön test	46,60±12,56*	41,90±12,21*	1,539	0,129
	Son test	28,87±8,93*	34,06±10,42*	-2,168	0,034
	3 Ay İzlem	33,75±7,10*	35,12±7,27*	-0,771	0,444
	6 Ay İzlem	35,84±9,30*	37,03±9,68*	-0,506	0,615
		F=66,733 p= 0,000	F=12,538 p= 0,000		

t: Bağımsız t Testi

F: Varyans Anova Testi

*: Eşlendirilmiş dizi t testi (Ölçek ön test puanları ile son test, 3 ay ve 6 ay izlem puanları arasında anlamlı fark olanlar, tabloda * işareti ile gösterilmiştir).

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ZBYÖ son test ($t=-2,168$, $p<0,05$) puanları açısından anlamlı fark bulunurken, 3 ay ($t=-0,771$, $p>0,05$) ve 6 ay ($t=-0,506$, $p>0,05$) izlem puanları açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo-4.3).

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ZBYÖ ön test puanlarıyla son test, 3 ve 6. ay değişimin kendi grubu içinde değerlendirildiğinde, ZBYÖ toplam puanlarında hem deney hem de kontrol grubunun kendi içerisindeki azalmanın anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlendi (Tablo-4.3).

Tablo-4.4: Katılımcıların GÖYÖ Ön test, Son test, 3 ve 6 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=66)

Ölçekler		Deney (n=33)	Kontrol (n=33)	t	p
		Ort.±SS	Ort.±SS		
GÖYÖ	Ön test	25,27±3,99*	25,51±5,31*	-0,611	0,543
	Son test	34,66±3,08*	28,90±5,06*	5,576	0,000
	3 Ay İzlem	34,00±3,54*	30,27±5,33*	3,343	0,001
	6 Ay İzlem	31,60±3,43*	30,06±5,12*	1,439	0,155
		F=69,495 p= 0,000	F=9,098 p= 0,000		

t: Bağımsız t Testi

F: Varyans Anova Testi

*: Eşlendirilmiş dizi t testi (Ölçek ön test puanları ile son test, 3 ay ve 6 ay izlem puanları arasında anlamlı fark olanlar, tabloda * işareti ile gösterilmiştir).

Katılımcıların GÖYÖ son test ($t=5,576$, $p<0,05$) ve 3 ay ($t=3,343$, $p<0,05$) puanları açısından anlamlı fark bulunurken, 6 ay ($t=1,439$, $p>0,05$) izlem puanları açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo-4.4).

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin GÖYÖ ön test puanlarıyla son test, 3 ve 6. ay değişimin kendi grubu içinde değerlendirildiğinde, GÖYÖ toplam puanlarında hem deney hem de kontrol grubunun kendi içerisindeki artışın anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptandı (Tablo-4.4).

Tablo-4.5: Katılımcıların BDAÖ Ön test, Son test, 3 ve 6 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=66)

Ölçekler		Deney (n=33)	Kontrol (n=33)	t	p
		Ort.±SS	Ort.±SS		
BDAÖ					
Kendini Suçlama	Ön test	5,15±1,98*	4,78±1,16*	0,907	0,368
	Son test	3,93±0,24*	4,09±0,458*	-1,678	0,098
	3 Ay İzlem	3,81±0,88*	4,15±1,22	-1,266	0,210
	6 Ay İzlem	3,84±0,61*	4,18±1,60	-1,110	0,271
		F=5,621 p= 0,004	F=3,432 p= 0,029		
Kabullenme	Ön test	12,33±1,94	12,18±2,05	0,308	0,759
	Son test	12,90±0,94	12,21±1,38	2,384	0,020
	3 Ay İzlem	12,72±1,62	12,96±1,68	-0,595	0,554
	6 Ay İzlem	12,09±2,28	12,48±2,09	-0,731	0,468
		F=1,430 p=0,254	F=2,879 p= 0,050		
Ruminasyon	Ön test	4,96±2,11*	4,78±2,16*	0,345	0,731
	Son test	2,96±1,95*	3,36±2,93*	-0,636	0,527
	3 Ay İzlem	4,75±1,98	5,21±1,81	-0,971	0,335
	6 Ay İzlem	5,12±1,86	5,63±1,91	-1,106	0,273
		F=11,232 p= 0,000	F=6,275 p= 0,002		
Olumlu Odaklanma	Ön test	8,24±1,52*	8,66±2,10*	-0,939	0,351
	Son test	14,45±1,48*	11,09±2,11*	7,491	0,000
	3 Ay İzlem	12,84±1,97*	11,39±2,74*	2,470	0,016
	6 Ay İzlem	12,45±1,50*	11,12±2,14*	2,923	0,005
		F=97,698 p= 0,000	F=12,661 p= 0,000		
Plana Odaklanma	Ön test	7,54±1,43*	8,30±1,86	-1,850	0,069
	Son test	12,12±3,00*	7,72±2,46	6,490	0,000
	3 Ay İzlem	9,09±2,47*	7,78±3,16	1,860	0,067
	6 Ay İzlem	9,09±2,38*	8,18±2,92	1,384	0,171
		F=29,757 p= 0,000	F=1,194 p=0,329		
Olumlu Değerlendirme	Ön test	6,84±1,46*	7,51±2,37*	-1,374	0,174
	Son test	12,39±2,63*	8,36±2,47*	6,410	0,000
	3 Ay İzlem	9,30±2,54*	7,63±2,65	2,604	0,011
	6 Ay İzlem	9,18±2,25*	7,84±2,51	2,267	0,027
		F=41,877 p= 0,000	F=1,500 p=0,235		

Tablo-4.5'in Devamı

Ölçekler		Deney (n=33)	Kontrol (n=33)	t*	P
		Ort.±SS	Ort.±SS		
BDAÖ					
Olayın Değerini Azaltma	Ön test	6,21±1,59*	6,51±2,12	-0,655	0,515
	Son test	9,00±6,02*	7,00±2,09	1,801	0,079
	3 Ay İzlem	7,54±3,01	6,69±2,99	1,148	0,255
	6 Ay İzlem	7,39±2,91	6,93±2,99	0,624	0,535
		F=2,821 p=0,050	F=0,978 p=0,416		
Felaketleştirme	Ön test	6,27±2,68*	6,06±3,21*	0,291	0,772
	Son test	3,81±1,48*	4,75±2,37*	-1,927	0,060
	3 Ay İzlem	4,60±2,73	5,69±3,10	-1,513	0,135
	6 Ay İzlem	5,72±2,69	6,33±3,03	-0,857	0,395
		F=12,804 p=0,000	F=5,860 p=0,003		
Diğerlerini Suçlama	Ön test	5,30±4,25*	4,00±3,08*	1,425	0,159
	Son test	5,66±3,45	6,36±3,53*	-0,810	0,421
	3 Ay İzlem	9,42±3,90*	10,30±4,53*	-0,843	0,402
	6 Ay İzlem	9,72±4,06*	10,60±4,58*	-0,824	0,413
		F=10,132 p=0,000	F=35,027 p=0,000		

t: Bağımsız t Testi

F: Varyans Anova Testi

*: Eşlendirilmiş dizi t testi (Ölçek ön test puanları ile son test, 3 ay ve 6 ay izlem puanları arasında anlamlı fark olanlar, tabloda * işareti ile gösterilmiştir).

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin BDAÖ ön test, son test, 3 ve 6 aylık izlemlerde kendini suçlama, ruminasyon, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama alt boyutları puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Olumlu odaklanma ve olumlu değerlendirme alt boyutlarında son test, 3 ve 6 aylık izlemde; kabullenme ve plana odaklanma alt boyutunda ise sadece son test puanında anlamlı fark ($p<0,05$) olduğu belirlendi (Tablo-4.5).

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin BDAÖ alt boyutlarının ön test puanlarıyla son test, 3 ve 6. ay değişimin kendi grubu içinde değerlendirildiğinde, kendini suçlama, ruminasyon, olumlu odaklanma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama altboyutlarının kendi içerisindeki değişimin her iki grup için de anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Deney grubundaki bakım verenlerin plana odaklanma, olumlu değerlendirme ve olayın değerini azaltma alt boyutlarının kendi içerisindeki artışın anlamlı olduğu sonucu bulundu. Ayrıca

kabullenme alt botunun kendi içerisindeki artışın sadece kontrol grubunda anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo-4.5).

5. TARTIŞMA

Yaşlıya bakım veren bireylerde, Mc Gill Hemşirelik Modelini'ne temellenen hemşirelik bakımının bakıcı yüküne, öz yeterlilik ve bilişsel duygu ayarlama üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü desende yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda iki bölümde tartışıldı;

Birinci bölümde; deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bireysel özellikleri ve MHM öncesi bakım verdikleri yaşlının GYA Ölçeği; bakım verenin ZBYÖ, GÖYÖ, toplam puanları ve BDAÖ alt boyut puanları ile ilgili bulgular (Tablo-4.1 ve Tablo-4.2),

İkinci bölümde; deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ'nün ön test, son test, 3 ve 6 ay izlem puanları ile ilgili bulgular (Tablo-4.3, Tablo-4.4, Tablo-4.5) tartışıldı.

5.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri, MHM Öncesi bakım verdikleri yaşlıların GYA Ölçeği ve bakım verenlerin ZBYÖ, GÖYÖ, Toplam Puanları ve BDAÖ Alt Boyut Puanları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bakım verenlerin bireysel özellikleri incelendiğinde, deney grubundaki bakım verenlerin yaş ortalamasının $49,72 \pm 10,75$, kontrol grubundaki bakım verenlerin yaş ortalamasının ise $52,06 \pm 8,23$ olduğu belirlendi (Tablo-4.1).

Çalışmaya katılanların cinsiyetleri incelendiğinde, deney grubundaki bakım verenlerin % 97,0'nin, kontrol grubundaki bakım verenlerin ise % 84,9'unun kadın olduğu belirlendi (Tablo-4.1). Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin % 63,6'sının, ilkökul mezunu olduğu; deney grubundaki bakım verenlerin % 39,4'ünün, kontrol grubundaki bakım verenlerin ise, % 36,4'ünün yaşlının kızı olduğu belirlendi (Tablo-4.1). Ekonomik düzeylerini nasıl algıladığı sorusuna deney grubundaki bakım verenlerin % 66,7'sinin, kontrol grubundaki bakım verenlerin % 45,5'inin kötü yanıtını verdiği; bakım verme süresine bakıldığında, deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin sırasıyla % 82'sinin ve % 51,5'inin 2 yıldan fazla bakım verdiği; bakım verirken yardım alma durumu incelendiğinde her iki grupta da bakım verenlerin yarısından fazlasının yardım almadığı belirlendi (Tablo-4.1).

Yaşlıya bakım veren bireylerle yapılan çalışmalar, bakım verenlerin çoğunluğunun kadınlardan (Adak 2003; Dileköz 2003; Cingil ve Gözüm 2008; Arpacı 2009; Carod-Artal ve

ark. 2009; Temizer 2009; Yaşar 2009; Bergström ve ark. 2011; Christofolletti ve ark. 2011; Chu ve ark. 2011; Koçak 2011; Mollaoğlu ve ark. 2011; Montgomery ve ark. 2011; Pinquart ve Sörensen 2011; Yacı 2011; Evcı ve ark. 2012; Özdilek ve Günal 2012; Yurtsever ve ark. 2013; Shankar ve ark. 2014) ve ilkökul mezunlarından (Bilgili 2000; Kılıç ve Taşçı 2005; Alpteker 2008; Yaşar 2009; Koçak 2011; Cingil 2013) oluştuğunu göstermektedir. Türk toplumunda kadının ailedeki geleneksel bakım verici rolünü üstlenmesinin ve çalışma hayatına erkeklerden daha az girmiş olmasının da bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde bakım verenlerin çoğunluğunun, yaşlının kızı (Cingil 2003; Yacı 2011; Evcı ve ark. 2012); ekonomik düzeyinin kötü ve orta (Alpteker 2008; Akpınar 2009; Chien ve Lee 2011), bakım verme süresinin 2 yıldan fazla (Koerner ve Kenyon 2007; Aşiret 2011; Koçak 2011; Özdilek ve Günal 2012; Demir 2012; Cingil 2013) olduğu ve bakım verirken yardım almadığı (Koçak 2011) saptanmıştır. Mevcut çalışmada da bakım verenlerin çoğunluğu yaşlının kızı olup, ekonomik düzeyi kötü ve yaşlısına 2 yıldan uzun süredir bakım vermektedir. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, toplumsal değişmeler hızlı yaşanmaktadır. Bu toplum yapısına göre, kız çocuklar/ gelinler, yaşlı aile büyüğü ile beraber yaşayan, aile yapısındaki hiyerarşi gereği yaşlıya bakım vermek durumunda kalan kadınlardır. Türk aile yapısındaki normlar, aile üyeleri arasındaki görev ve sorumluluk paylaşımı, çevre baskısı vb. nedenler yaşlıya bakmanın bilinçli olarak seçilmesine götüren etmenlerdir (Demir 2012). Bu araştırmanın yapıldığı İstanbul İli Küçükçekmece İlçesi'ne bağlı bir ASM hizmet bölgesinde yaşayan örneklem grubunun, Türk aile yapısını yansıttığı düşünülmektedir.

Deney grubundaki bakım verenlerin MHM öncesi bakım verdikleri yaşlıların GYA Ölçeği toplam puanları $8,90 \pm 3,95$, kontrol grubundaki bakım verenlerin yaşlılarının ise $10,45 \pm 3,64$ olduğu saptandı (Tablo-4.2). Bakım verenlerin, baktıkları yaşlıların bağımlılık düzeyinin her iki grupta da yarı bağımlı olduğu görülmektedir. Yaşlıları ve bakım verenlerini birlikte ele alan çalışmalarda (Koçak 2011; Mollaoğlu ve ark. 2011; Taşdelen ve Ateş 2012; Gürol ve Çapık 2014), örnekleme dahil edilen yaşlıların yarı bağımlı oldukları bulgusu, mevcut çalışma verileriyle benzerlik göstermektedir.

Literatürde bakım verme ve bakım vermenin bakım verenler üzerindeki yıkıcı etkilerini inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır (Schulz & Sherwood, 2008; Montgomery ve ark. 2011; Evcı ve ark. 2012). Bu yıkıcı etkilerden biri de bakım verenlerin bakım yükleridir. Bakım yükü ileri olan bakım verenler, sorunları giderilmediğinde psikolojik ve fiziksel sorunlara neden olmakta bu da ve sağlık bakımının maliyetini arttırmaktadır (Belle ve ark. 2006; Chien ve Lee 2011; Mollaoğlu ve ark. 2013).

Deney grubundaki bakım verenlerin MHM öncesi ZBYÖ toplam puanları $46,60 \pm 1,56$, kontrol grubundaki bakım verenlerin ise $41,90 \pm 12,21$ olup, bu bakım yükünün her iki grupta da ileri düzeyde olduğu bulundu (Tablo-4.2). Ulusal ve uluslararası yapılan değişik desenli çalışmalarda yaşlıya bakım verenlerin ZBYÖ puanlarının 33 ile 48 arasında (McCullagh ve ark. 2005; Aşiret 2011; Koçak 2011; Mollaoğlu ve ark. 2011; Gürol ve Çapık 2014) değiştiği belirlenmiştir. Mevcut çalışmadaki ZBYÖ puanları, literatür ile benzerlik göstermektedir.

Deney grubundaki bakım verenlerin MHM öncesi GÖYÖ toplam puanları $25,27 \pm 3,99$, kontrol grubundaki bakım verenlerin ise $25,51 \pm 5,31$ olduğu saptandı (Tablo-4.2). Mevcut çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, GÖYÖ puanının bakım verenlerde her iki grupta da orta derecede olduğu söylenebilir. Ülkemizde yaşlıya bakım veren bireylerin öz yeterliliklerinin incelendiği çalışmalara rastlanmamakla birlikte, uluslararası yapılan çalışmalarda yaşlıya bakım verenlerin GÖYÖ puanlarının 25 ile 30 arasında olduğu belirlenmiş olup (Schwarzer ve Jerusalem 1995; Oken ve ark. 2010; Semiatin ve O'Connor 2012; Tay ve ark. 2014) mevcut çalışmadan elde edilen puanlar ile benzerlik göstermektedir.

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin MHM öncesi en sık kullandıkları BDAÖ alt boyutları kabullenme, olumlu odaklanma ve plana odaklanmadır. Her iki grup için de alt boyut puan ortalamaları sırasıyla şöyledir: kabullenme ($12,33 \pm 1,94$; $12,18 \pm 2,05$); olumlu odaklanma ($8,24 \pm 1,52$; $8,66 \pm 2,10$); plana odaklanma ($7,54 \pm 1,43$; $8,30 \pm 1,86$) (Tablo-4.2).

Bilişsel duygu ayarlama stratejilerinin her biri, insanların zaman zaman tehdit edici ya da stres veren yaşam olayları karşısında başvurduğu başa çıkma yolları olarak tanımlanmaktadır (Garnefski ve ark. 2002). Stres veren yaşam olaylarını kabullenebilmek, bu olaylarla başa çıkmayı kolaylaştırması bakımından uyumlu olmasının yanında, uzun vadede kullanıldığında “öğrenilmiş çaresizlik” ile “kaderci” yaklaşımı beraberinde getirmesi bakımından da tehlikeli olabileceği düşünülmektedir (Ataman 2011). Yaşar (2009) çalışmasında, yaşlıya bakım

verenlerin bakımda yaşadıkları sorunlarla baş etmede ilk olarak durumu kabullendiğini bulmuştur. Mevcut çalışma sonuçlarından elde edilen bilgilere göre benzer şekilde bakım verenler sıklıkla başlarına gelen kötü olayı kabul etmeye ve olan şeye kendini teslim etmeye yönelik davranışlar sergilemektedir (Kabullenme alt boyutu).

Mevcut çalışmada bakım verenler ikinci olarak olumlu odaklanmayı kullanmaktadır bu da onların asıl olayı düşünmek yerine daha hoş konuları düşünmeye odaklanma girişiminin olduğunu göstermektedir. Bu alt boyutun, kısa sürede uyumlu bir strateji olarak görülse de, uzun dönemde etkin bir uyumun gerçekleşmesini engellediği düşünülmektedir (Garnefski ve ark. 2001; Ataman 2011).

Bakım verenlerin en sık kullandığı üçüncü alt boyut da plana odaklanmadır. Bu alt boyut, olumsuz olayın nasıl ele alınacağına ve nasıl önlemler alınacağını işaret etmekte olduğundan (Ataman 2011) olumlu bir başatme olarak değerlendirilmektedir.

Kıral (2011)'ın demans hasta yakınlarının bilişsel duygu ayarlamalarını incelediği yüksek lisans tezinde, bakım veren bireylerin en sık kullandığı BDAÖ alt boyutları plana odaklanma (16,38±3,08); olumlu değerlendirme (14,76±3,36) ve olumlu odaklanmadır (13,89±3,6). Kıral (2011)'ın çalışması, aynı ölçeği kullanarak, benzer örneklem grubuna yapılmış olması bakımından mevcut çalışma için önemlidir. Her iki çalışmadan elde edilen sonuçlar birbirini desteklemektedir.

Literatürde BDAÖ kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda örneklem grubunu genellikle ergenler oluşturmaktadır. Bu çalışmalarda en sık kullanılan BDAÖ alt boyutları plana odaklanma, ruminasyon ve olumlu değerlendirmedir (Çakmak ve Çevik 2010; Öngen 2010; Garnefski ve Kraaij 2012; İnce 2012; Tuna ve Bozo 2012; Garnefski ve Kraaij 2014)

Mevcut çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak en sık kullanılan alt boyut, kabullenme alt boyutudur. Bu durum iki şekilde açıklanabilir. Birincisi diğer çalışmalarda ele alınan örneklem grubuna dahil edilen bireylerin mevcut çalışmadaki örneklem grubundaki bireylerden yaşça küçük olması olabilir. İkincisi diğer örneklem gruplarında karşılaşılan kötü olayın grubun çoğunluğunda sadece zihinsel olarak ele alınması, mevcut araştırmada ise varolan stres verici bir olayın çalışmanın yapıldığı esnada yaşanıyor olması olabilir.

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bireysel özellikleri, bakım verdikleri yaşlıların GYA Ölçeği ve bakım verenlerin ZBYÖ, GYÖ ve BDAÖ puanları karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo-4.1). Gruplar arasında fark olmaması örneklem grubunun homojen bir yapıya sahip olduğunu dolayısıyla deneysel araştırma tasarımına uygun olduğunu göstermektedir.

5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Ön test, Son test, 3 ve 6 ay İzlem ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ Toplam/ Alt Boyut Puanları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ZBYÖ son test puanları açısından anlamlı fark bulunurken, 3 ay ve 6 ay izlem puanları açısından anlamlı fark bulunmadı. Buna göre, MHM sonrası deney grubunun bakım yüklerindeki azalma kontrol gruna kıyasla daha fazla olduğu ancak 3 ay ve 6 aylık izlemlerdeki bakım yükleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo-4.3). Katılımcıların GÖYÖ son test ve 3 ay puanları açısından anlamlı fark bulunurken, 6 ay izlem puanları açısından anlamlı fark bulunmadı. Buna göre, MHM sonrası ve 3 aylık izlem puanlarında deney grubundaki öz yeterlilik puanlarındaki artış kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ancak 6 aylık izlemde gruplar arasında fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.4).

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin BDAÖ ön test, son test, 3 ve 6 aylık izlemlerde kendini suçlama, ruminasyon, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama alt boyutları puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. Olumlu odaklanma ve olumlu değerlendirme alt boyutlarında son test, 3 ve 6 aylık izlemde; kabullenme, ve plana odaklanma alt boyutunda ise sadece son test puanında anlamlı fark olduğu belirlendi. Buna göre, MHM öncesi, sonrası, 3 ve 6. ay izlemlerinde deney grubunun kontrol grubuna göre bilişsel duygu ayarlamada, uyumsuz stratejiler (sadece “olayın değerini azaltma” uyumlu strateji) olarak değerlendirilen alt boyutlar arasında fark bulunmadı. Bununla birlikte MHM’ye temellenen eğitim sonrası, 3 ve 6. aylık izlemlerde uyumlu stratejilerin deney grubunda artış gösterdiği sonucuna varıldı (Tablo 4.5).

Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ZBYÖ ve GÖYÖ ön test puanlarıyla son test, 3 ve 6. ay değişimin kendi grubu içinde değerlendirildiğinde, ZBYÖ toplam puanlarında hem deney hem de kontrol grubunun kendi içerisindeki azalmanın anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlendi. GÖYÖ toplam puanlarında hem deney hem de kontrol grubunun kendi içerisindeki artışın anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptandı. Bu veriler doğrultusunda, MHM’nin etkin olduğu belirlendi.

Mevcut çalışmadan elde edilen bulgularla hipotezler değerlendirildiğinde, H1, H4, H5, H6, H8, H9 doğrulandı. H2, H3, H7 reddedilirken; H10 H11 ve H12 kısmen (plana odaklanma ve olayın değerini azaltma hariç) kabul edildi.

Bakım verenlere yönelik yapılan son çalışmalarda, yaşlıya bakım veren bireylerin bakım yeteneğini etkileyen faktörlerin anlaşılmasının; bu konuda politika üretenlerin, klinisyenlerin ve hemşirelerin bilgilendirmesiyle bakım yüklerinin azaltılması, yaşlıya verilen bakımın kalitesinin artırılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Bergström ve ark. 2011; Chien ve Lee 2011; Chu ve ark. 2011; Demir 2012; Evcı ve ark. 2012; Tremont ve ark. 2014). DSÖ, aile bakım vericilerinin bakım yüklerinin ve gereksinimlerinin değerlendirildiği çalışmaları teşvik etmektedir. Ayrıca DSÖ, çalışmalardan elde edilen sonuçları kullanarak, bakım verenlerin bilgi ve güveninin artırılması için eğitim programları ve mali yardımı desteklemektedir (Hall ve ark. 2011).

Literatürde bakım yüklerini azaltmaya yönelik yapılan çalışmalar farklı desende (tanımlayıcı, deneysel, sistematik derleme vb.) farklı müdahale yöntemleriyle yapılmış ve bu nedenle çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Lopez-Hartmann ve ark. (2012)'nin toplumda yaşayan yaşlılara bakım verenlere yönelik bakıcı destek müdahalelerinin etkinliğini araştırdığı sistematik derlemede, ele aldığı çalışmalarda bakım verenlerin en sık olarak bakım yükü ve depresyon düzeylerini inceledikleri sonucu bulunmuştur. Çalışmalarda üç ana tip destek yöntemi olduğundan bahsetmektedir. Birincisi süreli bakım (Yaşlıya bakım verenin /ailesinin özel durumu nedeniyle yaşlının geçici bir süreliğine hemşire / bakım konusunda eğitilmiş kişiler tarafından 24 saatlik bakımının sağlanması), ikincisi psikososyal destek (bireysel veya grup olabilir) ve üçüncüsü bilgi ve iletişim teknolojileri desteğidir. Mevcut çalışma konusu ile ilgili olan psikososyal desteğin ise eğitim, bilgi, koordinasyon, danışmanlık, psikolojik ve duygusal destek sağlanması gibi yöntemlerle verildiğinden bahsetmiştir. Hem bireysel düzeyde hem de grup ile yürütülen psikososyal müdahalelerin bakım verenlerde bakım yükü ve depresyon düzeyini azalttığı ve başa çıkma becerilerini arttırdığı bildirilmiştir.

Temizer (2009), Ankara'da inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yüklerini incelediği çalışmada, 80 hasta ve bakım vereni ile görüşmüştür. Çalışmada, bakım verenlere yönelik psikoeğitim ve beceri eğitimi sunarak bakım verenlerde bakım yükü algısı ve bakım verme

bilgi düzeyine etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Bakım verme yükü algısı bakımından deney ve kontrol grubunun ön test verileri arasında anlamlı fark yok iken, girişim sonrasında deney grubunun bakım yükü algısı ortalama puanının 48.5'ten 42.7'ye düştüğünü ($t=5.014$ $p<0,001$), kontrol grubunda ise 52.2'den 57.2 puana yükseldiğini ($t=4.146$ $p<0,001$) bildirmiştir. Deney ve kontrol grubunun bakım verme yükü son test verileri üzerinden değerlendirildiğinde, farkın deney grubu lehine anlamlı olduğu bulunmuştur.

Melis ve ark. (2009)'nın Belçika'da probleme dayalı ev ziyaretleri programının bakım yüküne etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmada, 110 bakım veren ve yaşlı ile görüşülmüştür. Deney grubuna ($n=61$) altı haftalık probleme dayalı girişim (beslenme, terapötik izlem, vaka yönetimini içeren), kontrol grubuna ise sadece ilaç takibi, konsültasyon istemleri gibi genel bakım işlemleri uygulanmıştır ve bakım verenlerin bakıcı yükleri incelenmiştir. Gruplararası bakım yükü puanlarındaki azalmanın 3 ay ve 6 aylık izlem sonrası anlamlı olmadığını saptamıştır.

Chien ve Lee (2011)'nin Çin'de iki farklı demans kliniğinde demans hastası olan bakım verenlerle yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, deney grubuna ($n=46$) 10 oturumdan oluşan demans bakım programı, kontrol grubuna ($n=46$) ise ihtiyaçları doğrultusunda rutin bakım vermiştir. Demans hastalarının semptomları, hastaneye yatışları, bakım verenlerin yaşam kaliteleri, bakım yükleri, sosyal destekleri uygulama öncesi, sonrası, 12 ay ve 18 ay izlemleri değerlendirilmiştir. 18 aylık izlem sonucunda, deney grubunun bakım verdikleri yaşlıların semptomlarında, hastaneye yatış sayılarında ve bakım verenlerin bakım yüklerinin azalmasında; yaşam kalitelerinin artmasında kontrol grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur.

Chu ve ark. (2011)'nin Tayvan'da bir psikiyatri ve nöroloji kliniğinde tedavi gören demans hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, deney grubuna ($n=43$) 12 haftadan oluşan destek grup programı, kontrol grubuna ($n=42$) ise 3 oturumdan oluşan danışmanlık uygulanmıştır. Destek grubuna uygulanan müdahale içeriği (bakım verenlerin bakım vermeye yönelik duygularını paylaşması, yaşlılarda sık görülen problemlere karşı bakım verenlerin yanıtları, yaşlı ile ilişki kurarken yaşanan iletişim problemleri, bakım verenlere yönelik devletin sağladığı yardımlar ve bu kaynaklara nasıl ulaşılabileceği, bakım verenlerin kendilerini iyi hissedebilecekleri aktiviteler planlama gibi), mevcut çalışmanın içeriği ile benzeşmektedir. Bakım verenlerin depresyon ve bakım yükleri ön test, son test ve 1 aylık izlem puanları ile değerlendirilmiştir. Deney grubundaki bakım verenlerin

kontrol grubuna göre, depresyon son test ve izlem puanları anlamlı derecede düşerken; bakım yüklerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Chu ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışma, her ne kadar örneklem grubu ve içerik olarak mevcut çalışma ile benzerlik gösterse de çalışma sonuçları birbirinden farklıdır.

Northouse ve ark. (2010) Amerika'da hasta yakınlarına yönelik girişimleri araştırdığı meta-analiz çalışmasında, 1983-2009 yılları arasında yapılan 29 randomize kontrollü çalışmayı incelemiştir. Temel olarak beceri eğitimi, terapötik danışmanlık ve mevcut çalışmanın temellendiği psikoeğitimi içeren 3 tip müdahale olduğu sonucuna varmışlardır. Metaanaliz sonucunda, bakım verenlere yönelik müdahale programlarının etki boyutunun küçük etkiden orta etkiye kadar olduğunu; bunların çoğunluğunun bakım veren yükünü azalttığını; başa çıkma becerilerini, öz yeterliliklerini ve yaşam kalitelerini arttırdığını bildirmişlerdir.

Demir (2012)'in Kırşehir'de demanslı yaşlıya birincil bakım verenlerin yüklerinin azaltılmasında Neuman Sistemler Modeli'nin etkisini belirlemek amacıyla yaptığı doktora tez çalışmasında, eğitim öncesi, eğitim sonrası bakım verenlerin (n=30) bakım yüklerindeki değişim incelenmiştir. Çalışma sonunda verilen eğitimin bakım yükünü azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.

Tremont ve ark. (2014)'nin Amerika'daki demans hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, deney grubuna (n=133) ve kontrol grubuna (n=117) 16 telefon görüşmesi ile danışmanlık uygulanmıştır. Deney grubundaki bakım verenlerin 6 aylık izlem sonucunda, depresyon puanlarının düştüğü ancak bakım yüklerinin değişmediği saptanmıştır.

Bakım yükünü azaltmaya yönelik yapılan müdahale uygulamalarının etkinliğini araştıran kanıta dayalı çalışmalardan elde edilen sonuçlar birbirinden farklıdır. Bazı çalışmalar, deney grubuna verilen müdahale uygulamalarının kontrol grubuna göre bakım yüklerini önemli derecede azalttığını gösterirken (Teri ve ark. 2005; Ko ve ark. 2007; Tremont ve ark. 2008; Gavrilova ve ark. 2009; Temizer 2009; Gitlin ve ark. 2010; Chien ve Lee 2011; Lopez-Hartmann ve ark. 2012) diğer bazı kanıta dayalı çalışmalar, müdahale uygulamalarının bakım verenlerin bakım yükleri üzerinde ya çok küçük bir etkisinin olduğunu ya da hiçbir etkisinin olmadığını göstermektedir (Cooke ve ark. 2001; Brodaty ve ark. 2003; Pinquart ve Sorensen 2006; Thompson ve ark. 2007; Melis ve ark. 2009; Chu ve ark. 2011; Tremont ve ark. 2014).

Mevcut çalışmada bakım verenlere yönelik verilen hemşirelik bakımının bakım verenlerin bakım yüklerini azalttığı sonucunun bulunması, literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik gösterirken, bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir.

Oken ve ark. (2010) Amerika'da demanslı hasta bakım verenlerine yaptığı randomize çalışmada 7 hafta boyunca bir gruba meditasyon, bir gruba eğitim, bir gruba da süreli bakım (respite care) vermiştir. Araştırma sonucunda, bakım verenlerin öz yeterlilik toplam puanları müdahale sonrasında artarken, gruplar arasında toplam puan açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Huang ve ark. (2003)'nın Tayvan'da, demans hastalarına bakım verenlerinin öz yeterliliğini incelediği randomize kontrollü çalışmada, deney grubuna (n=24) 2 oturumdan oluşan eğitim verilmiş, kontrol grubuna ise (n=24) bu süreçte sadece yazılı eğitim materyali verilmiştir. Hastaların davranışsal problemleri, bakım verenlerin ise öz yeterlilikleri eğitim öncesi, sonrası ve 3 aylık izlemlerle değerlendirilmiştir. Deney grubuna verilen eğitim sonrasında ve 3 aylık izlem sonucunda, hastaların davranışsal problemlerinin azaldığı; bakım verenlerin ise özyeterliliklerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede artış gösterdiği bulunmuştur.

MHM'de birey gelişim süreci boyunca, sağlığı için sorumluluk üstlenen, deneyimlerden öğrenme yeteneği olan, zamanla ve durumlara göre yeniden yapılandırabilen, aktif öğrenen bir birey olarak tanımlanmaktadır (Comer 1991). Mevcut çalışmada MHM kullanılarak verilen eğitimle bakım verenlerin öz yeterliliklerinin artmış olduğu saptandı. Bu doğrultuda tıpkı modelde tanımlandığı gibi bireyin kendi sağlığını geliştirebilmek için aktif öğrenme yeteneğini kullandığı söylenebilir. Mevcut çalışma bulguları literatürde öz yeterliliği arttırmaya yönelik yapılan diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Ulusal ve uluslararası literatürde, bakım verenlerle ilgili Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği'nin kullanıldığı randomize kontrollü çalışmalara rastlanılmamıştır. Ancak adı geçen ölçeği geliştiren Garnefski ve ark. (2002) bilişsel duygu ayarlama ve stresle başa çıkma terimlerinin birbirinin yerine kullanıldığını belirtmiştir.

Bilişsel başa çıkma tarzlarına bakıldığında, bu tarzların da duygu ve problem odaklı yöntemler olarak ayrıldığı görülmektedir. Buna göre, problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullanan kişiler, doğrudan stres yaratan durumu anlamaya ve değiştirmeye çalışırlar. Duygu

odaklı tarzda ise stresli durumun yarattığı duygularla başa çıkma ön plana çıkar. Folkman ve Lazarus'a (1984) göre, duygu odaklı başa çıkma stratejisinde problem veya durumu doğrudan değiştirmek yerine stresli duruma yeni anlamlar verilmesi ve olaya ilişkin duyguların düzenlenmesi, azaltılması veya ortadan kaldırılması amaçlanır. Buna göre BDAÖ alt boyutları (kabullenme, olumlu odaklanma, plana odaklanma, olumlu değerlendirme, olayın değerini azaltma gibi) daha çok duygu odaklı başa çıkma stratejilerini karşılamaktadır.

Yıldırım ve Conk (2005) zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip ebeveynlerin stresle başa çıkma tarzlarını incelediği izlemlili çalışma, (n=60; 30 deney, 30 kontrol) sonucunda, eğitim öncesi deney ve kontrol grupları arasında fark bulunmazken, 6 aylık izlemde deney grubunda stresle başa çıkmanın alt boyutlarında puanlar olumlu yönde değişiklik göstermiştir.

Au ve ark. (2010) Hong Kong'da alzheimer hastasına bakım verenlerle başa çıkmayı arttırmaya yönelik randomize- kontrollü desende yaptığı grup eğitiminde, 27 bakım verenle görüşmüştür. Deney grubuna (n=13) 13 hafta boyunca ortalama 2 saat süren eğitimler, kontrol grubuna (n=14) 2 hafta danışmanlık hizmeti verilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası ölçek puanları karşılaştırıldığında araştırmanın sonucunda, eğitime katılan deney grubunun kontrol grubuna göre öz-yeterliliklerinin arttığı; üzüntü veren düşüncelerini kontrol edebildikleri ve bakım verdikleri hastalarının yıkıcı davranışları ile başa çıkabildikleri bildirilmiştir. Ayrıca eğitimin hem duygu odaklı hem de problem odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanımını önemli derecede arttırdığı bulunmuştur.

Tschanz ve ark. (2013) Amerika'da demanslı hastaya bakım verenlerin başa çıkma stratejilerini araştırdıkları çalışmada, 226 bakım verenle 6 yıl boyunca yılda iki defa görüşmüştür. Araştırma sonunda, bakım verenlerin problem odaklı başa çıkması ile demans hastalığının ilerlemesi arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Li ve ark. (2014)'nın İngiltere'de demanslı hastaya bakım verenlerle (n= 187) yaptıkları çalışmada, eğitim öncesi, sonrası, 4 ay ve 8 ay izlem çalışmaları ile bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları incelenmiş çalışmada, demanslı hastaya bakım verenlerin eğitim sonrasında duygu odaklı başa çıkma stratejilerini daha çok kullandıkları bulunmuştur. Mevcut çalışma bulguları literatürdeki diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

MHM her yaş grubuna ve her duruma uyarlanabilen, birey ve ailesini bütüncül olarak ele alan bir modeldir (Gottlieb ve Gottlieb 2007). Literatürde MHM kullanılarak yapılan farklı örneklem gruplarına sahip çalışmalara rastlanmaktadır.

Gaudine (2001)'in "Uygulamada Teorinin Gösterimi: McGill Hemşirelik Modeli'nin Örnekleri" başlıklı çalışmasında, bir hastanede çalışan 147 hemşireye MHM'ye temellenen 2 günlük eğitim verilmiştir. Eğitim öncesi, sonrası, 2 ay ve 6. aylık izlem çalışmasında hemşirelerin öz-yeterliliklerini, öğrenme için motivasyonlarını, performanslarını ve davranışlarını değerlendirmiştir. Değerlendirme sonunda, MHM'nin yararlı olduğu bulunmuştur. Gaudine (2001), modeli uygulayan hemşirelerin performans ve davranışlarının olduğu kadar öz yeterliliklerinin de arttığını bildirmiştir. Hemşirelerin hem kendi bildirimleri hem de süpervisorlarının bildirimleri dikkate alınarak yapılan 6 aylık izlem sonuçlarında, bu etkinin devam ettiği sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak Gaudine, MHM'nin hemşirelerde büyük değişikliğe yol açtığını; modelin dışında kalan durumlar ve faktörlerin eğitim içerisinde tanımlandığını; bunun da uyumu arttırdığını bulmuştur.

Melrose (2000)'un yeme bozukluğuna sahip çocuğu olan ebeveynlerle yaptığı çalışmada, sekiz aileye sekiz hafta boyunca MHM'ye temellenen eğitim verilmiştir. Eğitim sonunda katılımcılar, çocuklarının hastalığı ile başa çıkma becerilerinin arttığını; gruba katıldıktan sonra aile işlevselliğinin pozitif yönde etkilendiğini bildirmişlerdir. Diğer grup üyelerinin yardımlarıyla aileler yeme bozukluğunu etkileyen faktörleri anladığını; benzer zorlukları deneyimleyen ebeveynlerle destekleyici ilişkiler geliştirdiklerini ve daha etkili başa çıkma becerileri geliştirdiklerini bildirmişlerdir.

Murphy (1994) yaptığı çalışmada Kanada'da mesleki kurum ve kuruluşlar (journal club) aracılığı ile çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere verdiği eğitimleri MHM'ye temellendirmiştir. Bu eğitimlerde özellikle hem hastanın hem de ailenin güçlü yönlerine ve potansiyellerine odaklanmıştır. Eğitim sonunda programın, aileyi bütüncül olarak ele alma; güçlendirme becerileri hakkında daha geniş bir kaynak oluşturmasında ve vizyon kazanmalarında personele yardımcı olduğunu bildirmiştir.

Benzer şekilde Feeley ve Gerez-Lirette (1992)'nin çocuk kliniklerinde MHM'ye temellenen profesyonel uygulamaların geliştirilmesi başlıklı çalışmasında, MHM'ye temellenen profesyonel hemşirelik uygulamalarını oluşturmak, geliştirmek ve keşfetmek

amaçlanmıştır. Model ailenin gereksinimlerini değerlendiren multidisipliner ekip içerisindeki hemşireliğin benzersiz rolünün gelişimini kolaylaştırmıştır. Eğitimden elde edilen stratejilerin hemşireliğin tamamlayıcı rolünü geliştirdiği sonucuna varılmıştır.

Comer (1991)'in Kanada'da (MHM: Yaşlılarda öğrenme ve sağlık) yaptığı yüksek lisans tezinin birincil amacı, psikolojik iyi olma, sürekli öğrenme ve uyum duygusu arasındaki ilişkiyi inceleyerek, MHM içerisindeki sağlık ve öğrenme kavramlarını ortaya çıkarmaktır. İkinci amacı ise MHM'nin yaşlı popülasyonu için uygun olup- olmadığını test etmektir. Psikolojik iyi olma ve uyum arasında ileri pozitif ilişki; sürekli öğrenme ve uyum duygusu arasında orta pozitif ilişki bulunmuştur. Araştırma sonunda, MHM içerisindeki sağlık ve öğrenme arasındaki ilişkinin yaşlının desteklenmesine katkıda bulunduğu ve bu modelin gerontoloji hemşireliği için uygun olduğu bildirilmiştir.

Sonuç olarak mevcut çalışma ve literatürden elde edilen bilgiler ışığında, MHM'nin birey/ailesinin öz yeterlilik, başa çıkma ve güçlü yönlerini arttırdığı, bu nedenle uygulamada kullanılabilir bir hemşirelik modeli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR

Yaşlıya bakım veren bireylerde, Mc Gill Hemşirelik Modelini'ne temellenen hemşirelik bakımının bakıcı yüküne, öz yeterlilik ve bilişsel duygu ayarlama üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü desende yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Deney grubundaki bakım verenlerin bireysel özellikleri incelendiğinde, bakım verenlerin yaş ortalaması $49,72 \pm 10,75$ olup, % 97,0'ının kadın, % 63,6'sının ilkokul mezunu, % 39,4'ünün yaşlının kızı olduğu ve % 66,7'sinin ekonomik durumunu kötü algıladığı belirlendi. Yine katılımcıların bakım verme süresine bakıldığında; % 82'sinin 2 yıldan fazla bakım verdiği ve % 63,6'sının bakım verirken yardım almadığı bulundu.
- Kontrol grubundaki bakım verenlerin bireysel özellikleri incelendiğinde, bakım verenlerin yaş ortalaması $52,06 \pm 8,23$ olup, % 84,9'unun kadın, % 63,6'sının ilkokul mezunu, % 33,3'ünün yaşlının kızı olduğu ve % 45,5'inin ekonomik durumunu kötü algıladığı belirlendi. Yine katılımcıların bakım verme süresine bakıldığında; % 51,5'inin 2 yıldan fazla bakım verdiği ve % 51,5'unun bakım verirken yardım almadığı bulundu.
- Katılımcıların MHM öncesi bakım verdikleri yaşlının GYA Ölçeği puanları deney grubunda $8,90 \pm 3,95$, kontrol grubunda $10,45 \pm 3,64$; bakım verenlerin ZBYÖ puanları deney grubunda $46,60 \pm 12,56$, kontrol grubunda $41,90 \pm 12,21$; GÖYÖ puanları deney grubunda $25,27 \pm 3,99$, kontrol grubunda $25,51 \pm 5,31$ olarak belirlendi.
- Katılımcıların MHM öncesi ilk üç sırada kullandıkları BDAÖ alt boyut puan ortalamaları sırasıyla kabullenme ($12,33 \pm 1,94$; $12,18 \pm 2,05$); olumlu odaklanma ($8,24 \pm 1,52$; $8,66 \pm 2,10$); plana odaklanmadır ($7,54 \pm 1,43$; $8,30 \pm 1,86$).
- Deney ve kontrol grubunun MHM öncesi bireysel özellikleri, bakım verdikleri yaşlının GYA Ölçeği puanları, bakım verenlerin ZBYÖ, GÖYÖ ve BDAÖ puanları incelendiğinde, aralarında fark olmadığı belirlendi.
 - Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ZBYÖ son test ($t=-2,168$, $p<0,05$) puanları açısından anlamlı fark bulunurken, 3 ay ($t=-0,771$, $p>0,05$) ve 6 ay ($t=-0,506$, $p>0,05$) izlem puanları açısından anlamlı fark bulunmadı. Katılımcıların GÖYÖ son test ($t=5,576$, $p<0,05$) ve 3 ay ($t=3,343$, $p<0,05$) puanları açısından anlamlı fark bulunurken, 6 ay ($t=1,439$, $p>0,05$) izlem puanları açısından anlamlı fark bulunmadı.

- Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin BDAÖ ön test, son test, 3 ve 6 aylık izlemlerde kendini suçlama, ruminasyon, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama alt boyutları puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Olumlu odaklanma ve olumlu değerlendirme alt boyutlarında son test, 3 ve 6 aylık izlemde; kabullenme, ve plana odaklanma alt boyutunda ise sadece son test puanında anlamlı fark ($p<0,05$) olduğu belirlendi.
- Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ZBYÖ ve GÖYÖ ön test puanlarıyla son test, 3 ve 6. ay değişimin kendi grubu içinde değerlendirildiğinde, ZBYÖ toplam puanlarında hem deney hem de kontrol grubunun kendi içerisindeki azalmanın anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlendi. GÖYÖ toplam puanlarında hem deney hem de kontrol grubunun kendi içerisindeki artışın anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptandı.
- Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin BDAÖ alt boyutlarının ön test puanlarıyla son test, 3 ve 6. ay değişimin kendi grubu içinde değerlendirildiğinde, kendini suçlama, ruminasyon, olumlu odaklanma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama altboyutlarının kendi içerisindeki değişimin her iki grup için de anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Deney grubundaki bakım verenlerin plana odaklanma, olumlu değerlendirme ve olayın değerini azaltma alt boyutlarının kendi içerisindeki artışın anlamlı olduğu sonucu bulundu. Ayrıca kabullenme alt boyutunun kendi içerisindeki artışın sadece kontrol grubunda anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$).

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- MHM'nin etkinliğinin değerlendirildiği örneklem sayısının daha büyük olduğu çalışmalar planlanması,
- MHM'nin bakım veren yükünü azaltmadaki etkisinin yaşlıların bağımlılık düzeylerine göre de araştırılması,
- Bakım verenlerin bakım yüklerini etkileyen durumların ayrıntılı olarak ele alınması ve bu karıştırıcı değişkenlerin ortadan kaldırılması
- Ülkemizde bakım verenlere yönelik müdahale programların yürütüldüğü kurumlarda, bakım yükü ileri düzeye ulaşmadan, bakım yükünü etkileyen etmenlerin araştırılması, bakım yükünü azaltacak girişimlerde bulunulması, yaygınlaştırılması ve psikiyatri hemşirelerinin bu kurumlarda aktif olarak rol alması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Adak, N. (2003). Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: Kadınlar. *Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Aile ve Toplum Dergisi*, 6 (2), 74-82.

Akdemir, N. (2003). *Evde Bakım*. II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Antalya: Türk Geriatri Vakfı Yayını.

Akpınar, B. (2009). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Aksayan, S., Cimete, G. (1998). *Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri Olanakları ve Tercihleri*, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul.

Allen, M., Warner, M. (2002). A Developmental Model of Health and Nursing. *Journal of Family Nursing*, 8(2): 96-135.

Alpteker, H. (2008). 65 Yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Bolu.

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P., Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis and pilot implementation. *PLoS One*, 5:e13196.

Arpacı, F. (2009). Yaşlıya bakan kadınların bakım yüklerinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 61-72.

Aşiret GD. (2011). Hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

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

Ataman E. (2011). Stres veren yaşam olayları karşısında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon ve kaygı düzeyini belirlemedeki rolü. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Au, A., Li, S., Lee, K., Leung, P., Pan, P. C., Thompson, L., & Gallagher-Thompson, D. (2010). The Coping with Caregiving Group Program for Chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 256-260.

Ay, F.A. (Eds) (2011). *Kuram nedir? Mesleki Kuramlar ve Teorisyenler. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 1. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 31-33.

Aypay, A. (2010). Genel Öz Yeterlik Ölçeği'nin (GÖYÖ) Türkçe'ye uyarlama çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2), 113-131.

Bahar, A., Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 32-39.

Baran, G. A., Kalıncara, V., Aral, N. Akın, G., Baran, G. Ve Özkan, Y. (2005). Yaşlı ve aile ilişkileri araştırması. Ankara örneği. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayını, 85-92.

Belle, S.H., Burgio, L., Burns, R., Coon, D., Czaja, S.J., Gallagher-Thompson, ve ark. (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups. *Annals of Internal Medicine*, 145, 727-738.

Bergström, A. L., Eriksson, G., von Koch, L., & Tham, K. (2011). Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: associations with caregiver burden and the impact of stroke. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 1-10.

Bilgili, N. (2000). Yaşlı bireylere bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

Blom, M. M., Bosmans, J. E., Cuijpers, P., Zarit, S. H., & Pot, A. M. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13(17), 1-7.

Boyd, M.A. (2010). Theoretic Basis of Psychiatric. Austin, W., Boyd, M.A. (Ed.) *Psychiatric and Mental Health Nursing for Canadian Practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 104- 118.

Brodaty, H., Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of Dementia. *Am J Psychiatry*, 169, 946-953.

Campbell, P., Wright, J., Oyebode, J., Job, D., Crome, P., Bentham, P., ... Lendon, C. (2008). Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1078-1085.

Carod-Artal, F.J., Coral, L.F., Trizotto, D.S., Moreira, C.M. (2009). Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. *Cerebrovasc Dis.*, 28(5), 472-480.

Chatcheydang, J. (2005). Factor influencing health-related quality of life of female caregivers of elderly stroke survivors in Thailand. Doctor's thesis. Rochester University, Rochester, New York.

Cheng, S.-T., Lam, L., Kwok, T., Ng, N., & Fung, A. (2013). Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese caregivers. *The Gerontologist*, 53, 71-80.

Chien, W.T., Lee I.Y.M. (2011). Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 774-787.

Chou, K. (2000). Caregiver Burden: A Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6),

398–407.

Christofoletti, G., Oliani, M.M., Bucken-Gobbi, L.T., Gobbi, S., Beinotti, F., Stella, F. (2011). Physical activity attenuates neuropsychiatric disturbances and caregiver burden in patients with dementia. *Clinics*, 66(4), 613-618.

Chu, H., Yang, C. Y., Liao, Y. H., Chang, L. I., Chen, C. H., Lin, C. C., Chou, K. R. (2011). The effects of a support group on dementia caregivers' burden and depression. *Journal of Aging and Health*, 23(2), 228-241.

Cingil D. (2003). Aile içi bakım vericileri eğitmenin bağımlı yaşlıların evde bakım kalitesine etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Cingil D. (2013). Bağımlı yaşlısına bakım veren aile üyelerine sunuş yolu ile verilen eğitimin bakım verme yeterliliği ve yaşlı bakımı bilgi düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi, Erzurum.

Cingil D, Gözüm S. (2008). Yaşlı Bireyler İçin Aile Üyeleri Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirme Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1, 5-18.

Comer, M.T. (1991). The McGill Model of Nursing: Health and Learning in Older Adults. *Master of Science Thesis*, McGill University, Montreal, 5- 26.

Cooke, D. D., McNally, L., Mulligan, K. T., Harrison, M. J., Newman, S. P. (2001). Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: A systematic review. *Aging Ment Health*, 5(2), 120-135.

Çakmak, A.F., Çevik, E.I. (2010). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Development of Turkish version of 18-item short form. *African Journal of Business Management*, 4(10), 2097-2102.

Çiçek, Z. (2012). Parkinson Hastalığı olan bireye bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Demir, G. (2012). demanslı yaşlıya birincil bakım verenlerin yüklerinin azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Kayseri.

Dileköz, A. (2003). Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması. Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74–82.

DPT. (2007). Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yayın No: DPT 2741. 2007, Erişim: 09.10.2010, <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>.

Elvish, R., Lever, S. J., Johnstone, J., Cawley, R., & Keady, J. (2013). Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(2), 106-125.

Erdem M. (2005). Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3):101–6.

Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. (2010). Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe Sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 37-48.

Etters, L., Goodall, D., Harrison, B.E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 423–428.

Evcı, E.D., Ergin, F., Saruhan, G., Benli, C., Beser, E., Okur, O., Okyay, P. (2012). Prevalence and predictors of burden among family caregivers of the elderly in a Western City in Turkey: a community-based, cross-sectional study. *Journal of Medicine and Medical Sciences*, 3(9), 569-577.

Feeley, N., Gerez-Lirette, T. (1992). Development of professional practice based on the McGill model of nursing in an ambulatory care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 17: 801-808.

Feeley N, Gottlieb L. (2000). Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing*, 6, 9-24.

Feldman, F.H., Waliser, M.N., Gould, D.A., Levine, C. (2002). When the Caregivers Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers. *American Journal of Public Health*, 92(3), 409.

Ford-Gilboe, M. (2002). Developing knowledge about family health promotion by testing the Developmental Model of Health and Nursing. *Journal of Family Nursing*, 8(2), 140-156.

Fortinsky, R.H., Kercher, K., Burant, C.J. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging & Mental Health*, 6(2), 153–160.

Gallagher, D., Mhaolaina, A.N., Crosby, L., Ryana, D., Lacey, L. ve ark. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health*, 15(6), 663–670.

Garcés, J., Carretore, S., Ródenas, F. ve Alemán, C. (2009). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2036, 6-12.

Garnefski, N., Kraaij, V. ve Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.

Garnefski, N., Kraaij, V. ve Spinhoven, Ph. (2002). *CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, the Netherlands: DATEC V.O.F.

Garnefski, N., Kraaij, V. (2012). Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *International Journal of Audiology*, 51: 545–550.

Garnefski, N., Kraaij, V. (2014). Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies? *Journal of Adolescence*, 37(7), 1153-1160.

Gaudine, A.P. (2001). Demonstrating theory in practice: examples of the McGill model of nursing. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(2), 77-85.

Gaugler, J.E., Roth, D.L., Haley, W.E., & Mittelman, M.S. (2008). Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University Caregiver Intervention Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 421-428.

Gavrilova, S.I., Ferri, C.P., Mikhaylova, N., Sokolova, O., Banerjee, S., Prince, M. (2009). Helping carers to care: the 10/66 Dementia Research Group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24, 347-354.

Gitlin, L.N., Winter, L., Dennis, M.P., Hodgson, N., Hauck, W.W. (2010). Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. *J Am Geriatr Soc*, 58, 1465-1474.

Gottlieb, L.N., Gottlieb, B. (2007). The developmental/health framework within the McGill Model of Nursing "laws of nature" guiding whole. *Advances in Nursing Science*, 30(1), E43-E57.

Gros, C.P., Young, L.E. (2007). Teaching the McGill Model of Nursing and Client-Centered Care: Collaborative Strategies for Staff Education and Development. Young, L.E., Paterson, B.L. (Ed.) *Teaching Nursing: Developing a Student-centered Learning Environment*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 189- 213.

Gürol, A., Çapık, C. (2014). Yaşlıya evde bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirildiği bir araştırma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(2), 65- 72.

Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A.D., Costantini, M., Higginson, I.J. (Eds.) (2011). Palliative care for older people: better practices. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Heart and Stroke Foundation of Ontario. (2002). Tips and tools for everyday living: A guide for stroke caregiver. <http://www.heartandstroke.ca> (erişim tarihi:08.08.2014)

Hinojosa, M.S., Zsembik, B. ve Rittman, M. (2009). Patterns of informal care among Puerto Rican, African, American and white stroke survivors. *Ethnicity & Health*. 1-16.

Ho, C.S., Chan, A., Woo, J., Chong, P. ve Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 64(8), 873-879.

Honea, J. N., Brintnall, R., Given B., Sherwood P., Colao, B.D. ve Somers, C. S., (2008). Nursing assesment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 507-516.

Huang, H. L., Shyu, Y. I. L., Chen, M. C., Chen, S. T., & Lin, L. C. (2003). A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 337-345.

İnce, M.A. (2012). Cognitive aspects of personality disorders: influences of basic personality traits, cognitive emotion regulation, and interpersonal problems. Middle East Technical University The Department Of Psychology, Doctoral Thesis: Ankara.

İnci, H.F. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Jakopzode, S. (2000). Coping with Aging: International Challenges. *Health Affairs*, 19(3), 213-225.

Karahan, A., Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Geriatrı*, 5(4), 155-159.

Kasuya, R.T., Poglar, B., Takeuchi, R. (2000). Caregiver Burden and Burnout. *Postgraduate Medicine*, 108(7), 119–123.

Kaye, W.L. (1995). The Proliferation of Home Care Programs. *Journal of Gerontological Social Work*, 24(3-4), 1-6.

Kılıç, A.N., Taşçı, S. (2005). 65 Yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 30-36.

Kıral, K. (2011). Demans hasta yakınlarında depresyon ve yaşam doyumu: bilişsel duygu ayarlama, sosyal destek ve adil dünya inancı ilişkisi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Kıssal, A. (2011). İzmirde Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlıların İstismar ve İhmal İle Karşılaşma Durumları Ve Etkili Olan Etmenlerin İncelenmesi; Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Ko, S. H., Lee, M. C., & Baumann, S. L. (2007). Reducing the burden of dementia in Korea. *Nursing Science Quarterly*, 20, 178-182.

Koçak, G. (2011). İnmeli hastalarda bakım vericinin yükü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Koerner, S.S., Kenyon, D.B. (2007). Understanding “good days” and “bad days”: Emotional and physical reactivity among caregivers for elder relatives. *Family Relations*, 56(1), 1–11.

Kouri, K.K., Ducharme, F.C., Giroux, F. (2011). A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer’s disease: Results of an experimental study. *Dementia*, 10(3), 435–453.

Kulaksızoğlu, I.B. (1999). Demanslı hastalarda görülen psikiyatrik ve davranışsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 36(2), 103–108.

Kutlu, F.A. (2010). *Yaşlı hastanın psikososyal bakımı*. (Fındık Ü.Y ve Erol Ö. (Ed.), Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı İçinde (1-8), Alter Yayıncılık, Ankara.

Larsen, L.S. (1998). Effectiveness of acounseling intervention to assist family of cronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(8), 26-32.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.

Lee, C.C., Czaja, S.J., & Schulz, R. (2010). The moderating influence of demographic characteristics, social support, and religious coping on the effectiveness of a multicomponent pyshosocial caregiver intervention in three racial ethnic groups. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65 (2), 185-194.

Li, R., Cooper, C., Barber, J., Rapaport, P., Griffin, M., & Livingston, G. (2014). Coping strategies as mediators of the effect of the START (strategies for RelaTives) intervention on psychological morbidity for family carers of people with dementia in a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 168, 298-305.

Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V., & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12, 1-16.

McCorkle, R., Grant, M., Frank, S. M. ve Baird, S. (1996). *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*, W.B. Saunders Company, Philadelphia.

McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N. ve Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36, 2181-2186.

Melis RJF, van Eijken MIJ, van Achterberg T, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJFJ, van de Lisdonk EH, ve ark. (2009). The effect on caregiver burden of a problem-based home visiting programme for frail older people. *Age and Ageing*, 38(5), 542-7.

Melrose, C.E. (2000). Facilitating a multidisciplinary & parent support education group. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38(9), 19- 25.

Monteith, B. (1997). The relationships among mother's resilience, family health work, and mother's health-promoting lifestyle practices in families with pre-school children. *Masters' Thesis*, The University of Western Ontario, London, 5- 18.

Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., & Kars Fertelli, T. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, 4(3), 125-130.

Monteith, B. (1997). The relationships among mother's resilience, family health work, and mother's health-promoting lifestyle practices in families with pre-school children. *Masters' Thesis*, The University of Western Ontario, London, 5- 18.

Montgomery, R. J., Kwak, J., Kosloski, K., & Valuch, K.O.C. (2011). Effects of the TCARE® Intervention on caregiver burden and depressive symptoms: Preliminary findings from a randomized controlled study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(5), 640-647.

Morimoto, T., Andrea, S.S., Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregiver. *Age and Ageing*, 32(2), 218-223.

Murphy, F. (1994). A staff development program to support the incorporation of the McGill Model of Nursing into an out-patient clinic department. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 750-754.

Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (2010). Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Trials. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 60(5), 317-339.

Oken, B. S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J. B., Zajdel, D., & Amen, A. (2010). Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(10), 1031-1038.

Onat, Ü. (2001). *Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Yaşlı Hizmetlerinin Düzenlenmesi*, Sosyal Hizmet Sempozyumu Bildiri Kitabı, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, Ankara.

Öngen, D.E. (2010). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 1516–1523.

Özdilek, B., & Gunal, D. I. (2012). Motor and Non-Motor Symptoms in Turkish Patients With Parkinson's Disease Affecting Family Caregiver Burden and Quality of Life. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 24(4), 478-483.

Özer N, Yurttaş, A., Akyıl, R.Ç. (2012). Psychometric Evaluation of the Turkish Version of the Zarit Burden Interview (ZBI) in family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics. *Journal of Transcultural Nursing*, 23, 65– 71.

Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 33-45.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.

Pinquart, M., Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychology and Aging*, 26, 1-14.

Savundranayagam, M. Y., Montgomery, R. J. V., & Kosloski, K. (2011). A dimensional analysis of caregiver burden among spouses and adult children. *The Gerontologist*, 51, 321–331.

Schulz, R., Sherwood, P.R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108, 23–27.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). *Generalized Self-Efficacy Scale*. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-Nelson.

Semiatin, A. M., O'Connor, M. K. (2012). The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers. *Aging & Mental Health, 16*(6), 683-688.

Shankar, K. N., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., & Naylor, M. D. (2014). Burden in Caregivers of Cognitively Impaired Elderly Adults at Time of Hospitalization: A Cross-Sectional Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society, 62*(2), 276-284.

Shives, L.R. (1986). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing*. Lippincott Company, Philadelphia; 515-534.

Sittner BJ, Hudson DB ve Defram J. (2007). Using the concept of family strengths to enhance nursing care. *The American Journal of Maternal/Child Nursing, 32*(6), 353- 357.

Stetz, K., Brown, A.M. (1997). Taking care: caregiving to persons with cancer and AIDS. *Cancer Nursing, 20*(1), 12-22.

Subaşı, N., Öztekin, Z. (2006). Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5*(1), 19-31.

Şelimen, D. (2010). *Yaşlılık ve yaşlı hastada cerrahi*. (Fındık Ü.Y ve Erol Ö. (Ed.), Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı İçinde (1-8), Alter Yayıncılık, Ankara.

Şengün, F.İ., Üstün, B, Bademli, K. (2013). Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16* (2), 132- 139.

Taşkesen, G.C. (2012). *Türkiye'de yaşlılık ve evde yaşlı bakımı: Resmi karar ve uygulamaların yerinde tespiti (Isparta İli araştırması)*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Tay, K. C. P., Seow, C. C. D., Xiao, C., Lee, H. M. J., Chiu, H. F., Chan, S. W. C. (2014). Structured interviews examining the burden, coping, self-efficacy and quality of life among family caregivers of persons with dementia in Singapore. *Dementia*, 1-17.

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.

Telef, B.B., Karaca, R. (2012). Çocuklar için öz-yeterlik ölçeği; geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32, 169- 187.

Temizer, H. (2009). İnmeli hastalara evde bakan aile üyelerine verilen hemşirelik görüşmelerinin bilgi düzeylerine ve bakım yükünü algılamalarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi, Erzurum.

Teri, L., McCurry, S.M., Logsdon, R., Gibbons, L.E. (2005). Training community consultants to help family members improve dementia care: a randomized controlled trial. *Gerontologist*, 45, 802–811.

The McGill Model of Nursing, <http://www.mcgill.ca/nursing/about/model>. (10.07.2013).

Thompson, C. A., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C., & Adamson, J. (2007). Systemic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 18(7), 7-18.

Tremont, G., Davis, J.D., Bishop, D.S., Fortinsky, R.H. (2008). Telephonedelivered psychosocial intervention reduces burden in dementia caregivers. *Dementia*, 7, 503–520.

Tremont, G., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Ott, B. R., Fortinsky, R. H., Gozalo, P., ... & Bishop, D. S. (2014). Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: A randomized, controlled trial. *Alzheimer's & Dementia*, 1-8.

Tschanz, J. T., Piercy, K., Corcoran, C. D., Fauth, E., Norton, M. C., Rabins, P. V ve ark. (2013). Caregiver coping strategies predict cognitive and functional decline in dementia: The Cache County Dementia Progression Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 57-66.

Tuna, E., Bozo, Ö. (2012). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Factor Structure and Psychometric Properties of the Turkish Version. *J Psychopathol Behav Assess*, 34, 564–570.

Türk Dil Kurumu. (Erişim: 05.06.2014) Sözlükler. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.54364b8e8a37f2.95844042.

Turkish Statistical Institute (TurkStat). Turkey in Statistics, 2012. Ankara: Turkish Statistical Institute Printing Division Ankara 2012, pp 8-15. [Internet] Available from: http://www.turkstat.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=5 Accessed: 04.09.2013.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Tübitak, Ankara, Türkiye.

Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Uei, S. L., Sung, H. C., & Yang, M. S. (2013). Caregivers' self-efficacy and burden of managing behavioral problems in Taiwanese aged 65 and over with dementia. *Social Behavior and Personality*, 41(9): 1487-1496.

Ulstein, I.D., Sandvik, L., Wyller, T.B., & Engedal, K. (2007). A one-year randomized controlled psychosocial intervention study among family carers of dementia patients _ effects on patients and carers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24, 469_475.

Velioğlu, P. (1994). *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*. Alaş Ofset, İstanbul, 26-45.

Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Yenilenmiş 2. Baskı, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 21-39.

Villareal-Reyna, M.A., Salazar-Gonza'lez, Cruz-Quevedo, J.E., Carrillo-Cervantes, A.L., & Champion, J.D. (2010). Outcomes of interventions for Alzheimer's family caregivers in Mexico. *Western Journal of Nursing Research*, 1-18.

Warner, M. (2002). Shaping Health Potential: A Model of Health Promotion With Families, by Families, and for Families—Preface. *Journal of Family Nursing*, 8(2), 91-5.

World Health Organization (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*, World Health Organisation, Geneva, Switzerland. 2. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf: 14.09.2014.

World Health Organization (2007). http://www.who.int/ageing/primary_health_care/en/index.html. 5 Eylül 2012.

Yacı, Ö. Çeşitli evrelerdeki Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarındaki bakıcı yükü ve depresyonun karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2011.

Yap, P. L. K., Goh, J. Y. N., Henderson, L. M., Han, P. M., Ong, K. S., Kwek, S. S. L. K., ve ark. (2008). How do Chinese patients with dementia rate their own quality of life? *International Psychogeriatrics*, 20(3), 482–493.

Yaşar, E.K. (2009). *Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

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

Yurtsever, S., Özge, A., Kara, A., Yandım, A., Kalav, S., Yeşil, P. (2013). The relationship between care burden and social support in Turkish Alzheimer patients family caregivers: Cross-sectional study. *Journal of Education and Practice*, 3(9), 1-12.

Yüksel, G., Varlıbaş, F., Karlıkaya, G., Şıpka, Y., Tireli, H. (2007). Parkinson Hastalığında bakıcı yükü. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 10(1-2), 26-34.

9. FORMLAR

EKLER

A. Yaşlı Bireye Ait Veri Toplama Aracı

(Ek-1) Günlük Yaşam Aktiviteleri Görüşme Formu

B. Bakım Verene Ait Veri Toplama Araçları

(Ek- 2) Bakım Verene Ait Bilgi Formu

(Ek- 3) Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı

(Ek- 4) Genel Öz-Yeterlik Ölçeğı

(Ek- 5) Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeğı

(Ek- 6) Mc Gill Hemşirelik Modeli'ne Temellenen Bakım Programı

(Ek- 7) Mc Gill Modelin kullanım izin yazısı

(Ek- 8) Etik Kurul İzni

(Ek- 9) Halk Sağlığı Kurum İzni

(Ek- 10) Gönüllü Olur Formu

Ek- 1 Günlük Yaşam Aktiviteleri Görüşme Formu

1- BANYO Puan	
a-Duş, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme (3)	()
b-Hiç yardıma ihtiyacı yok (3)	
c-Sadece vücudun bir kısmını temizlemede yardım gerekli (2)	
d-Vücudun birden fazla kısmını yıkamada yardım gerekli (2)	
e-Hiç banyo yapamıyorum (1)	
2- GİYİNME	
a-Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak (3)	()
b-Kıyafetini alıp yardımsız giyinebiliyor (3)	
c-Kıyafetini alıp giyinebiliyor, ayakkabı bağlamaya yardım gerekli (2)	
d-Kıyafetlerini alıp giyinmede yardım, veya kısmen tamamen giyinmemiş kalıyor (1)	
3- TUVALET	
a-Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor ve eşyalarını hazırlayabiliyor (3)	()
b-Destek için baston, sandalye kullanıyor (3)	
c-Tuvalete gitmede, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardım gerekiyor (2)	
d-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor (1)	
4-HAREKET	
a-Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor (3)	()
b-Destek için baston, yürüme aracı kullanabilir (3)	
c-Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor (2)	
d-Yataktan çıkamıyor (1)	
5-KONTİNANS	
a-İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor (3)	()
b-Ara sıra kaçırma oluyor (2)	
c-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor (1)	
6-BESLENME	
a-Yardımsız kendisi beslenebiliyor (3)	()
b-Kendisi beslenebiliyor etleri kesme ve ekmek yağlamada yardım alıyor (2)	
c-Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple veya IV besleniyor (1)	
Toplam puan	()

Ek- 2 BİLGİ FORMU

Yönerge: Bu çalışma; 65 yaş ve üzeri bireylere evde bakım veren aile üyelerine verilen hemşirelik bakımının etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Sizlerin bakmakta olduğunuz bireylere ilişkin görüş ve deneyimlerinizi öğrenmek bizim için gerçekten önemlidir. Bilgi Formu'nda isim belirtilmeyecek ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmamıza verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Nur Elçin BOYACIOĞLU
İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Araştırma Görevlisi

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz:
 Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz:
 Evli Bekâr Boşanmış Dul
4. Eğitim durumunuz:
 Okur - yazar değil Okur - yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
5. Hasta ile yakınlık dereceniz:
 Eşi Kızı Oğlu Gelini Akriba Bakıcı Diğer.....
6. Mesleğiniz nedir?
7. Çalışma durumunuz nedir? Tam gün Yarım gün Çalışmıyor
8. Sosyal güvenceniz: Var Yok
9. Ailenizin ekonomik durumu:
 Gelir giderden fazla Gelir gidere eşit Gelir giderden az
10. Aile tipiniz: Çekirdek aile (eş, çocuklar) Geniş aile (eş, çocuk/çocuklar, akrabalar, diğerleri)
11. Bakım verdiğiniz yaşlı hastanız dışında, bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var mı?
 Yok Var (Açıklayınız).....
12. Ne kadar zamandır yaşlı hastanıza bakım vermektedirsiniz?..... (ay/yıl)
13. Yaşlı hastanıza bakım verme zaman diliminiz
 24 saat Sadece gündüz Sadece gece Hafta sonu Haftanın belli günleri
14. Herhangi bir psikiyatrik ya da fiziksel bir hastalığınız var mı?
 Hayır Evet (Açıklayınız).....
15. Cevabınız "Evet" ise, psikiyatrik ya da fiziksel hastalığınız için tedavi gördünüz mü?
 Hayır Evet (Açıklayınız).....
16. Cevabınız "Evet" ise yaşlı hastanıza bakmaya başladıktan sonra psikiyatrik ya da fiziksel hastalığınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?
 Hayır Evet (Açıklayınız).....
17. Yaşlı hastanızın bakım gereksinimlerini karşılamada, yardım alma durumunuz: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 Yardım almıyorum (Tüm sorumluluklar bende) yardım alıyorum
18. Yaşlı hastanıza bakım sürecinde aşağıdaki duygulardan hangisini/hangilerini yaşadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 Öfke, kızgınlık Korku Suçluluk Üzüntü Güçsüzlük
 Çaresizlik Kendini suçlama Bıkkınlık Yorgunluk Yalnızlık
19. Yaşlınıza bakma durumunuz nasıl gelişti?
 Kendi isteğimle Bakım vermeye sürüklendim (bakacak kimsesi yok vb)
 Doğal bir sonuçtu (zaten birlikte yaşıyorduk vb.)

20. Yaşınıza bakmaya başlamadan önce kendisi ile ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?
 (1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü (5) Çok kötü
21. Ailenizle aranızdaki oturup konuşmalarınızı, paylaşımlarınızı nasıl değerlendirirsiniz?
 (1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü (5) Çok kötü
22. Yaşınıza bakmak için valilik, belediye, sosyal hizmetler gibi kurumlardan yardım alıyor musunuz? (1) Evet
 (2) Hayır
23. Evet ise, hangi kurumdan ne tür yardım aldı?
24. Yaşınız ile aynı evi mi paylaşıyorsunuz? (1) Evet (2) Hayır
25. Yaşınıza ait ayrı bir odanız var mı?(1) Evet (2) Hayır
26. Bakım vermek sizin için ne anlama geliyor?
 () Ödül () Kader () Saygı () Önemli iş () Sınav
 () Borç ödeme () Ceza () Hiç bir şey () Diğer
27. Bakım verici olmak hayatınızı ne kadar zorlaştırıyor?
 () Hiç () Hafif () Orta () Ağır () Çok Ağır
28. Evde yaşlıya bakım verirken ne gibi sorunlar yaşıyorsunuz?

29. Yaşlı bireyin bakımında sorunlarla baş etmede neler yapıyorsunuz?

30. Bakım verirken, aileniz/ kurumdan size ne gibi bir imkan tanınsaydı, sizin için daha iyi olurdu?

31. Eğitim sonunda yararlandığınız kurum desteği var mı? (1) Evet (2) Hayır
32. Evet ise, destek alınan konu nedir?

Ek- 3 Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

		Hiçbir zaman 0	Nadiren 1	Bazen 2	Sık sık 3	Hemen hemen her zaman 4
1	Bakım verdiğiniz yakınınızın ihtiyaç duyduğundan daha çok yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2	Bakım verdiğiniz yakınına harcadığınız zaman nedeniyle kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3	Yakınınızın bakımı ile aileniz ya da işinize karşı diğer sorumluluklarınızı yerine getirmeye çalışma arasında sıkıntı hissediyor musunuz?					
4	Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman kızgınlık hissediyor musunuz?					
5	Bakım verdiğiniz yakınınızın son zamanlarda diğer aile üyeleriyle ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
6	Bakım verdiğiniz yakınınızın geleceği ile ilgili olarak endişeleniyor musunuz?					
7	Bakım verdiğiniz yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
8	Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman gerginlik hissediyor musunuz?					
9	Bakım verdiğiniz yakınımla ilgilendiğiniz için sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?					
10	Yakınınızın bakımı nedeniyle istediğiniz gibi özel yaşamınızın olmadığımı düşünüyor musunuz?					
11	Yakınınızın bakımı nedeniyle sosyal yaşamınızın kısıtlandığımı hissediyor musunuz?					
12	Bakım verdiğiniz yakınınızın bakım vermeniz gereken tek kişi oymuş gibi sizden ona bakım vermenizi beklediğini düşünüyor musunuz?					
13	Kendi harcamalarınıza ek olarak bakım verdiğiniz yakınınızın bakımı için yeterince paranız olmadığımı düşünüyor musunuz?					
14	Bakım verdiğiniz yakınınızın, bakımını daha fazla üstlenemeyeceğinizi düşünüyor musunuz?					
15	Bakım verdiğiniz yakınınızın hastalığı nedeniyle yaşam kontrolünüzü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
16	Yakınınız için ne yapılması gerektiği konusunda kararsızlık çektiğiniz oluyor mu?					
17	Yakınına daha iyi bakabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?					
18	Bakım verdiğiniz yakınınızın size yük olduğunu düşünüyor musunuz?					

Ek- 4 Genel Öz-Yeterlik Ölçeği

Aşağıda sunulan ifadeleri dikkatle okuyunuz Verilen ifadeye katılıp katılmadığınızı, her ifadenin karşısında yer alan satırdaki, size uygun düşen derecelendirmenin üzerine çarpı (X) işareti yazarak işaretleyiniz.

(1= bu ifade bana kesinlikle uygun değil) (4= bu ifade bana tümüyle uygun)

1	Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini bilirim.				
2	Beklenmedik durumlarda ne yapmam gerektiğini her zaman bilirim.				
3	Bana karşı çıktığında kendimi kabul ettirecek çare ve yolları bulurum.				
4	Ne olursa olsun üstesinden gelirim.				
5	Güç sorunların çözümünü eğer gayret edersem başarabilirim.				
6	Tasarılarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana güç gelmez.				
7	Bir sorunla karşılaştığımda onu halledebilmeye yönelik birçok fikirlerim vardır.				
8	Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim.				
9	Ani olaylarında hakkından gelebileceğimi sanıyorum.				
10	Her sorun için bir çözümlüm vardır.				

Ek- 5 Bilişsel Duygu Ayarlama Ölçeği

İnsanlar hayatlarında hoş olmayan ya da olumsuz olaylarla (*hastalık, boşanma, işsiz kalma, geçim sıkıntısı vb.*) karşılaşır ve bu olaylara farklı farklı tepkiler verirler. Aşağıdaki sorularda sizin için sıkıntı ve stres oluşturan olaylar karşısında genellikle ne düşündüğünüz sorulmaktadır. Lütfen aşağıdaki cümleleri teker teker okuyun ve sıkıntı verici bir durumla karşılaştığınızda bu ifadeleri hangi sıklıkla düşündüğünüzü işaretleyin. Soruların herhangi doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size en uygun olan cevabı işaretlemeniz yeterlidir. **Başınıza kötü bir şey geldiğinde ne düşünürsünüz?**

	Hiçbir zaman 0	Bazen 1	Genellikle 2	Çoğunlukla 3	Her zaman 4
1. Suçlanması gereken kişinin kendim olduğumu düşünürüm.					
2. Başıma gelenleri kabul etmem gerektiğini düşünürüm.					
3. Başıma gelenlerden dolayı sık sık ne hissettiğimi düşünürüm.					
4. Yaşadığım olumsuzluklar yerine daha olumlu şeyleri düşünürüm.					
5. Yapılabileceğim en iyi şeyin ne olduğunu düşünürüm.					
6. Bu olaydan öğrenebileceğim bir şeyler olduğunu düşünürüm.					
7. Başıma çok daha kötüsünün gelmiş olabileceğini düşünürüm.					
8. Başıma gelenlerin diğer insanların başına gelenlerden çok daha kötü olduğunu düşünürüm.					
9. Diğer insanların suçlanması gerektiğini düşünürüm.					
10. Olanların sorumlusunun kendim olduğunu düşünürüm.					
11. Durumu olduğu gibi kabul etmem gerektiğini düşünürüm.					
12. Yaşadıklarımın ilişkin düşünce ve duygular sık sık zihnimi meşgul eder.					
13. Yaşadığım kötü olayla ilişkisi olmayan güzel şeyleri düşünürüm.					
14. Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.					
15. Başıma gelen bu kötü şeyin sonucunda daha da güçlü bir insan olabileceğimi düşünürüm.					
16. Başkalarının başına çok daha kötü şeylerin geldiğini düşünürüm.					
17. Başıma gelenlerin ne kadar feci olduğunu düşünür dururum.					
18. Olanlardan dolayı başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm.					
19. Bu konuda kendi yapmış olduğum hataları düşünürüm.					
20. Sorunla ilgili hiçbir şeyi değiştiremeyeceğimi düşünürüm.					
21. Başıma gelenlerden dolayı niçin böyle hissettiğimi anlamaya çalışırım.					

	Hiçbir zaman 0	Bazen 1	Genellikle 2	Çoğunlukla 3	Her zaman 4
22. Başıma gelen kötü şeyi düşüneneğime iyi bir şeyi düşünürüm.					
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.					
24. Bu kötü durumun kendine göre olumlu yanları olduğunu düşünürüm.					
25. Diğer şeylerle karşılaştırıldığında durumun o kadar da kötü olmadığını düşünürüm.					
26. Başıma gelenlerin bir insanın başına gelebilecek en kötü şey olduğunu düşünürüm.					
27. Bu işte başkalarının yapmış olduğu hataları ararım.					
28. Sorun temel olarak benden kaynaklanmış olmalı diye düşünürüm.					
29. Bu durumla yaşamayı öğrenmem gerektiğini düşünürüm.					
30. Başıma gelenlerin bende uyandırdığı duygulara saplanır kalırım.					
31. Güzel olan yaşantılarımı düşünürüm.					
32. Yapabileceğim en iyi şeyin ne olduğunu planlarım.					
33. Durumun olumlu yönlerini bulmaya çalışırım.					
34. Kendime hayatta çok daha kötü şeylerin olduğunu söylerim.					
35. Durumun ne kadar kötü olduğunu sürekli düşünür dururum.					
36. Bu kötü şeye yol açanın aslında başkaları olduğunu düşünürüm.					

Ek- 6 YAŞLIYA EVDE BAKIM VERENLER İÇİN EĞİTİM KİTAPÇIĞI
***TEZİN KAPAK KISMINDA KİTAPÇIK HALİNDE SUNULMUŞTUR.**



HAZIRLAYANLAR

Uzman Hemşire Nur Elçin BOYACIOĞLU

Doç. Dr. Yasemin KUTLU

****KAYNAK GÖSTEREREK KULLANILABİLİR.**

Ek- 10**GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sayın katılımcı;

“Yaşlıya Bakım Veren Bireylerde Hemşirelik Bakımının Etkinliği” başlıklı çalışma, 65 yaş ve üstü hastalara bakım veren bireylere uygulanan hemşirelik bakımının etkinliğini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma aynı zamanda yaşlıya bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesine katkıda bulunacaktır.

Sizlerden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Araştırmacılar tarafından konu ile ilgili yapılan çalışmalar doğrultusunda hazırlanan Bilgi Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği, Genel Öz-Yeterlik Ölçeği, Standardize Mini Mental Test (Eğitilmişler ve Eğitimsizler İçin) ve Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi yardımı ile sizlerle yaklaşık 30 dakikalık, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmelerle gerçekleştirilecektir.

Çalışmanın 15 Mart 2013 – 15 Mart 2014 ayları arasında, 3 aylık bir sürede, yaklaşık 70 katılımcıyla gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Bu çalışma, sağlığınız üzerinde herhangi bir risk oluşturması söz konusu değildir. Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacılar tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Araştırmayı kabul etmeme durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarıldığınızda, tedavinizde bir aksama olmayacaktır. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse araştırma sonuçları yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Bu çalışma sırasında sizden bir ücret alınmayacak ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumunuza bir araştırma gideri yüklenmeyecek ve çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Katıldığınız için teşekkürler.

Nur Elçin BOYACIOĞLU
İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Araştırma Görevlisi

Ek- 7 MC GILL MODELİN KULLANIM İZİN YAZISI

Kimden: **Nancy Feeley, Dr.** (nancy.feeley@mcgill.ca)
Gönderme tarihi: 09 Kasım 2012 Cuma 17:18:52
Kime: nur badırgalı (bdrgl_nr@hotmail.com); Laurie Gottlieb, Dr.
(laurie.gottlieb@mcgill.ca); Yasemin Kutlu (ykutlu66@yahoo.com)

Dear Nur Badırgalı,

No need to ask permission. It is in the public domain.

Nancy Feeley

From: nur badırgalı [mailto:bdrgl_nr@hotmail.com]
Sent: Friday, November 09, 2012 9:43 AM
To: Laurie Gottlieb, Dr.; Nancy Feeley, Dr.; Yasemin Kutlu
Subject: RE: Mcgill model of nursing

Dear Laurie Gottlieb,

First, I would like to thank you for your quick reply. I really pleased to answer all of my questions. I had trouble in the expression of a single question (Whom we need to get permission to use this model? /It is unclear what you are asking...) I wanted to ask:

To use this model where should we apply for a permission? Thank you in advance for your interest.

Best regards...

10. ETİK KURUL KARARI

Ek- 8 Sadi Konuk EAH Etik Kurul Kararı

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yaşlıya bakım veren bireylerde bakıcı yükünü azaltmada Mc Gill Modeli'ne temellenen hemşirelik bakımının etkinliği				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2013-25				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Yasemin Kutlu, Araş.Gör.Nur Elçin Boyacıoğlu				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşirelik Anabilim Dalı				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşire Fakültesi				
	DESTEKLEYİCİ					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ					
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Diğer ise belirtiniz: Deneysel Çalışma				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	27.02.2012	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	27.02.2012	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	27.02.2012	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2013/03/01	Tarih: 04.03.2013				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
BEAH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL				
Unvani/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL	Anesteziyoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr. Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Hastalıkları	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ayşe KAVAK	Dermatoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Fatma Tülin KAYHAN	K.B.B.	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Özlem KAPTANOĞULLARI	İç Hastalıkları	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Osman KARAKAYA	Kardiyoloji	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ufuk EMEKLİ	Plastik Ve Estetik Cerrahi	I.Ü.Ist. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Gülsüm Nurhan İNCE	Halk Sağlığı	I.Ü.Ist. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr. Gülay ÖZGÖN	Farmakolog	I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Can ÇELİK	Biyomedikal	Dijimed Bil.Çöz.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Hüseyin Hilmi ÖZTÜRK	Elek.Ve Elektr. Müh.	Erguvan Bilişim	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Rana KONYALIOĞLU	Biyoistatistik	ARK İst. Danış.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Özkan TÖM	Hukuk	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

Ek- 9 Halk Sağlığı Kurum İzni

PROTOKOL

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ ile Nur Elçin BOYACIOğLU arasında d¼zenlenmiřtir.

Çalışmanın gerçekteştirileceği kurum/kuruluşlar: K¼ç¼kçekmece Sinan Sipahi Merkez ASM
Çalışmanın adı: "Yaşlıya bakım veren bireylerde bakıcı y¼k¼n¼ azaltmada Mc Gill Modeli'ne temellenen hemşirelik bakımının etkinliği"

Bu çalışmayı y¼r¼tecek kişi/kişiler: Doç. Dr. Yasemin KUTLU, Nur Elçin BOYACIOğLU

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ne bağlı aile sağlığı merkezlerine başvurup, çalışma kriterlerine uygun ve onam veren kişilerle yapılacak anket çalışmasını kurala bağlamak amacı ile d¼zenlenmiřtir. Aile Hekimlerinden kişilere ait kimlik ve adres bilgileri istenmeyecektir.

b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Madde 3-

Anket uygulaması yapılacaksa, anketi uygulamadan önce araştırma amacı hakkında bilgi verilecek ve anket uygulanacak kişiden onay alınacaktır.

S¼zleřme Őartlarında aykırılık:

Protokol s¼resince yapılacak çalışmaları aynı kişi(ler) yapacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼n¼n onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecektir.

Protokol¼n s¼resi:

a) Bu çalışmanın y¼r¼t¼c¼s¼ kurumlarımızda 1 sene s¼re ile çalışmasını y¼r¼tecektir.

b) Başlangıç 15/12/13 Bitiş 30/12/2014

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen s¼resi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Őartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ protokol¼ daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların ç¼z¼m¼: Protokol¼n uygulanması ile ilgili ¼ıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından g¼r¼ř¼lerek ç¼z¼lecektir.

Y¼r¼rl¼k:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İstanbul Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼n¼n ilgili birimi tarafından verilerin raporu değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir n¼shası kitapçık halinde İstanbul Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Bilimsel Araştırmalar B¼rosuna teslim edilecektir.

c) Y¼r¼rl¼k b¼l¼m¼ndeki (a) ve (b) maddelerini yerine getirilmediği takdirde toplanan veriler yayın/proje/tez ...vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d) Çalışma esnasında her t¼r ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

e) Araştırma verileri, s¼zel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai m¼eyyide uygulanacaktır.

Taraflar:

2.2.12.2013

Araştırmacı

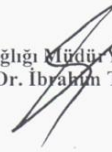
Adı-Soyadı

Nur Elçin BOYACIOğLU



Halk Sağlığı M¼d¼ri Yardımcısı

Uz. Dr. İbrahim TOPÇU



OLUR

2.2.12.2013

Doç. Dr. Mustafa TAŐDEMİR

Halk Sağlığı M¼d¼r¼



11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	NUR ELÇİN	Soyadı	BOYACIOĞLU
Doğ.Yeri	BURSA	Doğ.Tar.	10.07.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	27286400874
Email	bdrgl_nr@hotmail.com	Tel	05054949960
Çocuk	Var	Ç. Sayısı	1 (7 ay)

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	2011-
Yük.Lis.	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	2010
Lisans	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY SAĞLIK Y.O.	2007
Lise	KOCAELİ KÖRFEZ ORUÇ REİS ANADOLU LİSESİ	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	DAHİLİYE HEMŞİRESİ	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	2007-2008
2.	KARDİYOLOJİ SERVİS HEMŞİRESİ	MALTEPE ÜNİVERSİTESİ	2008-2008
3.	Arş. Gör.	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ	2008-....

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İNGİLİZCE	İYİ	İYİ	İYİ	73.75	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	70	70	70
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İYİ

ULUSLAR ARASI YAYINLAR

SCI, SCI EXPANDED, SOCIAL SCIENCE CITATION INDEX (SSCI)

KAPSAMINDA YAYINLAR

Boyacıoğlu N, Küçük L. Irrational beliefs and test anxiety in Turkish school adolescents. *The Journal of School Nursing* 2011, 27(6), 447-454. doi:10.1177/1059840511417631

Özcan, N. K., **Boyacıoğlu, N. E.**, Enginkaya, S., Dinç, H., & Bilgin, H. (2013). Reproductive health in women with serious mental illnesses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1283-1291. doi: 10.1111/jocn.12332 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12332/pdf>)

Özcan, N. K., Bilgin, H., **Boyacıoğlu, B.**, Elçin, N., & Kaya, F. (2013). Student nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression. *International Journal of Nursing Practice*, 20(4): 346-352. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12157/pdf>)

ULUSAL HAKEMLİ DERGİLERDE YAYIMLANAN MAKALELER

Bilgin, H., Özcan, N. K., & **Boyacıoğlu, N. E. B.** (2013). Hemşirelik öğrencilerinin mekanik tespit yöntemi hakkında görüşleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 5(2), 85- 92.

Özcan, N. K., Bilgin, H., Tülek, Z., **Boyacıoğlu, N. E.** (2014). Nursing Students' Experiences of Violence: A Questionnaire Survey. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1), 49-56. doi: 10.5505/phd.2014.91886

DERLEMELER

Boyacıoğlu N, K L. Ergenlikte mantık dışı inançlar sınav kaygısını nasıl etkiliyor? Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011, 2(1): 40- 44.

ULUSAL TOPLANTILARDA BİLDİRİ/POSTER

Boyacıoğlu NB, K L. Erken ergenlik döneminde mantık dışı inançların bazı sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi. I.Uluslararası & V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi ‘Poster Bildiri’, 22-24 Eylül 2011, İstanbul.

Günaydin S., **Boyacıoğlu N.E.**, AyŐegül G., Sağlık Bilimleri Fakültesi ğrencilerinin Cinsellikle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, 3. Ulusal Ebelik ğrenci Kongresi, Malatya, TÜRKİYE, 11-13 Nisan 2012, ss.216-216.

zcan NK, Bilgin H, **Boyacıoğlu N**, Akın M. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin profesyonel kontrol yöntemlerine karşı tutumları ve hasta agresyonunu algılamaları arasındaki ilişki, II. Uluslararası VI.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, ‘Sözel Bildiri’, 2-7 Ekim 2012, Erzurum,Türkiye, s.119-120.

zcan NK, Bilgin H, **Boyacıoğlu N**, Semra Enginkaya. Akut Psikiyatri Hastalarının Mekanik Tespit Deneyimleri. 49. Ulusal Psikiyatri Kongresi, ‘Sözel Bildiri’, 24- 28 EYLÜL 2013, İzmir, Türkiye.

zcan NK, **Boyacıoğlu N**, Bilgin H, Enginkaya S, DİNÇ H. Duygudurum Bozukluk Tanılı Kadınların reme Sağlığı. 49. Ulusal Psikiyatri Kongresi, ‘Poster Bildiri’, 24- 28 EYLÜL 2013, İzmir, Türkiye.

ULUSLAR ARASI TOPLANTILARDA BİLDİRİ/POSTER

Dolgun G, Cimen S, **Badırgalı N**, Aslan N. “Yenibosna Sağlık Ocağı’na gelen 0-12 aylık bebeklerin doğum kilolarının değerlendirilmesi”. 51. Türkiye Milli Pediatri 7. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, Kıbrıs. 07-11 Kasım, 2007, Kıbrıs. (Sözel Bildiri)

Özcan N, Bilgin H, **Badırgalı N**, Kaya F, Özcan R. Student nurses’ attitudes to Professional containment methods used in psychiatric wards and their perceptions of aggression, 7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, 19-22 October 2011, Prague/Czech Republic

Bilgin H, Ozcan NK, **Boyacıoğlu N**. Student nurses’ views to mechanical restraint used in acute psychiatric wards, Horatio: 2nd European Festival of Psychiatric Nursing, 20-23 September 2012, Stockholm, Sweden, p.32 (Poster presentation-Abstract)

Dinç H, **Boyacıoğlu N**. A Mode of Violence Against Woman: Berdel (Bridge Exchange) (Oral Presentation) Horatio: 2nd.European Festival Of Psychiatric Nursing 20-23.09.2012 Stockholm- Sweden.

Özcan NK, **Boyacıoğlu NE**, Enginkaya S, Dinç H, Bilgin H. Reproductive health in women with serious mental illnesses. Horatio, European Psychiatric Nursing Congress 30.10.2013-02.11.2013 Istanbul- Turkey.

Boyacıoğlu NE, Sertçelik E, Özcan NK. The relationship between elder abuse, neglect and their primary caregivers’ burden and abuse. Horatio, European Psychiatric Nursing Congress 30.10.2013-02.11.2013 Istanbul- Turkey.

Demir F., **Boyacıoğlu NE**, Özcan NK, Aydın Ö. (2014). Gebelik ve Bebek ile İlişkili Bilgi Aramada Gebelerin İnterneti Kullanımı. 1.Uluslararası & 5.Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 24-26 Mayıs 2014, Eskişehir- Türkiye.

Erasmus Öğrenci Değişim Programına Katılım

1 Eylül 31 Aralık 2005 tarihleri arasında Erasmus Öğrenci Değişim Programı kapsamında, Belçika-Kortrik KATHO Üniversitesi Hemşirelik Bölümünde, ders sunumu, uygulamalı derslere ve uygulamaya katıldım.

Kongre, Seminer, Sempozyum, Kurs Katılımı:

- İstanbul Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü “**Ebelik Haftası Etkinliği**” 10.05.2013 İstanbul.
- İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü ve Ebelik Bölümü İşbirliği ile 7 Mart 2013 tarihinde düzenlenen “**8 Mart Dünya Kadınlar Günü Sempozyumu**” İstanbul.
- 2nd European Festival of Psychiatric Nursing**, 19- 23 Eylül 2012 Stockholm.
- Psikiyatri Hemşireliği Kongresi**, 4- 7 Ekim 2012 Erzurum.
- Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu**, 16 Kasım 2012 İstanbul.
- 49. Ulusal Psikiyatri Kongresi**, 24- 28 Eylül 2013 İzmir.
- Horatio, European Psychiatric Nursing Congress**, 31 Ekim- 2 Kasım İstanbul 2013.