



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KEÇİÖREN SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

EVDE SAğLIK HASTALARINA BAKAN
HASTA YAKINLARININ AİLE İşLEVLERİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Sibel EKİCİ

ANKARA, 2019



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KEÇİÖREN SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

EVDE SAğLIK HASTALARINA BAKAN
HASTA YAKINLARININ AİLE İşLEVLERİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Sibel EKİCİ

Doç. Dr. Oğuz TEKİN
(UZMANLIK TEZİ)

ANKARA, 2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve çalışmam boyunca bilgi ve deneyimiyle bana yol gösteren tez danışmanım ve hocam Sayın Doç. Dr. Oğuz TEKİN'e,

Asistanlık eğitimi ve tez çalışması sırasında desteklerini esirgemeyen Sayın Uzm. Dr. Nevgöl DEMİR'e, yine bu süreçte sabırla yardımcı olan Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmet Birimi çalışanlarına,

Eğitim hayatımda üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Birlikte çalıştığım süreçte destek olan değerli asistan arkadaşlarıma, hemşirelerimiz ve hastane personelimize,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek zamanlarını ayıran hasta ve hasta yakınlarına,

Hayatım boyunca beni yalnız bırakmayan, bana güç veren canım annem, babam, abim ve kız kardeşime

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sibel EKİCİ

Ankara, 2019

İçindekiler

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
7. KAYNAKLAR.....	59
8. EKLER.....	65
9. ÖZGEÇMİŞ.....	74

ÖZET

AMAÇ: Bu araştırmada evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarının aile işlevlerinin değerlendirilmesi ve bu konuyla ilgili yapılacak çalışmalara yardımcı olmak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Gözlemsel, Analitik(Korelasyonel) ve Prospektif yöntemlerle yürütülen Kalitatif ve Kantitatif (Miks) tipteki bir çalışmadır. Çalışmaya Ekim 2018- Şubat 2019 tarihleri içinde, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimine kayıtlı olan hastalara bakan hasta yakınlarından 77 kişi ile evde sağlık hastasına bakım vermeyen gönüllülerden oluşan 77 kişi olmak üzere toplamda 154 kişi katıldı. Çalışmaya katılanlara sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla veri toplama formu ve Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) uygulandı. Analiz için SPSS 22.0 paket programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların %72,1'i kadın; %27,9'u erkek cinsiyet idi. Vaka grubunun yaş ortalaması 51,56 iken kontrol grubunun yaş ortalaması ise 46,78 idi ($p = 0,013$). Bakım verenlerin %66,2'si evli; bakım vermeyenlerin ise % 89,6'sı evliydi($p=0,002$). Çalışmaya katılanların %77,9'u aktif çalışmıyorken; % 59,1'i ev hanımı idi. Eğitim yılı ortalamaları $9,03 \pm 4,07$ yıl idi. Modelimize göre bakım verenlerle kontrol grubu arasında Aile Değerlendirme Ölçeği'nin 'Roller'($p<0,001$) ve 'Gereken İlgiyi Gösterme'($p=0,008$) boyutları üzerinde anlamlı fark vardı. Bu boyutlarda bakım verenlerde aile işlevlerinde bozulma mevcuttu. Bakım verenlerde eğitim yılının ($p<0,001$) 'Roller' işlevini olumsuz etkilediği görüldü. Aktif çalışmanın 'İletişim' üzerine olumlu etkisi görüldü. 'Gereken ilgiyi gösterme' üzerine çocuk sahibi olmanın olumsuz, bakım verende ise evde bakım süresindeki artışın olumlu etkisi saptandı. 'Duygusal tepki verebilme' işlevinde ise kadınlar daha başarılıydı.

SONUÇ: Evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarının aile işlevlerinin olumsuz yönde etkilendiği görüldü. Bakım veren bireylerin sosyal ve psikolojik olarak desteklenmesi, Evde Sağlık Hizmetleri tarafından bakım veren bireylere yönelik faaliyetler yapılması aile işlevlerinde düzelme sağlayabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Aile İşlevleri, Bakım Veren, Evde Sağlık Hizmeti.



ABSTRACT

EVALUATING FAMILY FUNCTIONS OF THE ‘RELATIVES WHO CARE FOR HOME HEALTH CARE PATIENTS’

AIM: In this study, evaluating the family functions of the patient’s relatives who are caring for home health patients and helping the studies to be done on this subject are aimed.

MATERIAL AND METHOD: This study is a Qualitative and Quantitative (Mixed) study which is conducted with Observational, Analytical (Correlative) and Prospective methods. Between October 2018 and February 2019, a total of 154 people participated in the study, 77 of whom were relatives of patients who were enrolled in the Home Health Unit of the Health Sciences University Keçiören Training and Research Hospital and 77 of volunteers who did not care for the home health patient. In order to evaluate socio-demographic characteristics, data collection form and Mc Master Family Assessment Device (FAD) were applied to the participants. SPSS 22.0 software was used for analysis.

RESULTS: 111(72.1%) of the participants were female, while 33 (27.9%) were male. The mean age of the case group was 51.56, while the mean age of the control group was 46.78 ($p = 0.013$). 66.2% of the caregivers were married; 89.6% of those who are not caregiver were married ($p = 0.002$). 77.9% of the participants were not active; 59.1% were housewives. The mean education year was 9.03 ± 4.07 years. According to our model, there was a significant difference between the caregivers and the control group on the Roles ’($p < 0.001$) and ‘Affective Involvement’ ($p = 0.008$) dimensions of the Family Assessment Device. Caregivers of these dimensions had deterioration in family functions. In addition, it was seen that the year of education ($p < 0.001$) in caregivers is negatively affected on ‘Roles’ function. It was found that active work had a positive effect on ‘Communication’. It was also investigated that having children had negative effects on all the groups for showing the ‘Affective Involvement’, however; the increase of home-care-duration had positive effects on caregivers. In the ‘Affective Responsiveness’ function, women were more successful than men.

CONCLUSION: It is concluded that family functions of the relatives of the patients who were caring for the home health patient were negatively affected. Moreover, both supporting caregivers in terms of socially and psychologically and organizing activities for caregivers who works for Home Health Services can be efficient for regulating family functions.

KEY WORDS: Care giver, Family Functions, Home health care.



KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FAD	: Family Assessment Device
GLM	: General Lineer Model
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalıkları
SVO	: Serebrovasküler Olay



TABLÖLAR DİZİNİ

- Tablo 1.** Çalışma Grubunun Genel Demografik Özellikleri
- Tablo 2.** Çalışma Grubunun Ayrıntılı Deskriptif Özellikleri
- Tablo 3.** Vaka ve Kontrol Gruplarının Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması
- Tablo 4.** Çalışmamıza Katılan Evde Sağlık Hastalarının Primer Tanıları
- Tablo 5.** Modeldeki Bağımlı Değişkenler
- Tablo 6.** Modeldeki Değişkenlerin Ölçeğe Etkisi
- Tablo 7.** Modeldeki Bağımsız Kategorik Faktörlerin Durumu
- Tablo 8.** Problem Çözme Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi
- Tablo 9.** Problem Çözme Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi
- Tablo 10.** İletişim Ölçek Skorlarının Diğer Faktörler İle Etkileşimi
- Tablo 11.** Aktif Bir İşte Çalışmanın İletişim Skoruna Etkisi
- Tablo 12.** İletişim Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi
- Tablo 13.** Roller Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi
- Tablo 14.** Roller Ölçek Skorunun Vaka ve Kontrol Grubu Karşılaştırılması
- Tablo 15.** Roller Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi
- Tablo 16.** Duygusal Tepki Verebilme Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi
- Tablo 17.** Duygusal Tepki Verebilme Ölçek Skorunun Cinsiyete Göre Analizi
- Tablo 18.** Duygusal Tepki Verebilme Skorlarını Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi
- Tablo 19.** Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi
- Tablo 20.** Gereken İlgiyi Gösterme Alt Ölçek Skorunun Çocuğu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması
- Tablo 21.** Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi
- Tablo 22.** Genel İşlevler Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi
- Tablo 23.** Genel İşlevler Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi
- Tablo 24.** Modeldeki Bağımsız Kategorik Faktörlerin Durumu

Tablo 25. Vaka Grubunda Roller Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi

Tablo 26. Vaka Grubunda Roller Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi

Tablo 27. Vaka Grubunda Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi

Tablo 28. Bakım Verenlerde Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skorunun Çocuğu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 29. Gereken İlgiyi Gösterme Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma İçin Model Oluşturma Formu

Şekil 2. Çalışmanın G-Power Analizi

Şekil 3. Hasta- Bakım Veren Yakınlık Durumu Dağılım Grafiği

Şekil 4. Ölçek Skorlarının Çalışma Gruplarında Değişimi

Şekil 5. Roller Ölçek Skoruna Üzerine G -Power Analizi

Şekil 6. Modelin Roller Faktörü Üzerine Olayı Açıklama Oran Grafiği

Şekil 7. Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skoru Üzerine G -Power Analizi

Şekil 8. Gereken İlgiyi Gösterme İçin Modelin Olayı Açıklama Oran Grafiği



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya’da ve Türkiye’de bilim ve teknoloji hızla gelişmektedir. Tıp ve sağlık alanındaki gelişmelere bağlı olarak birçok hastalık için tanı ve tedavide önemli ilerlemeler olmuştur ve şüphesiz olmaya devam edecektir. Hastalık tanı ve tedavisindeki gelişmelerle insanların ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Yaşam süresi uzadıkça nüfus yaşlanmakta, kronik hastalıklar artmakta ve günlük yaşamını devam ettirmesi için yardım ve desteğe ihtiyaç duyan bireyler ortaya çıkmaktadır. Bu bireylere, travma veya bazı hastalıklar sonrası yatağa bağımlı kalanlar ve fiziksel engeli oluşanlar da eklenmektedir. Bakım yardımı alan bireylerin hastalık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurusu güç olmakta, bakım veren için sıkıntı oluşturmaktadır.

Ülkemizde bakım desteğine ihtiyaç duyan bireylerin sağlık hizmeti almasını kolaylaştırmak amacıyla Evde Sağlık Hizmeti verilmektedir. Evde Sağlık hizmetleri bakım verenin yükünü oldukça hafifletmektedir. Ama evde sağlık hastası yakını olmak, o hastaya bakım veren bireyleri sosyal ve toplumsal açıdan etkilemektedir. Bakım verenin üzerinde oluşan yük nedeniyle stresi artmakta, psikolojik açıdan olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu durum bakım veren birey ve ailesinin; aile ilişkilerine, sosyal yaşamlarına da yansiyabilir.

Aile hekimliğinde bütüncül yaklaşım kapsamında hasta; bedensel, ruhsal ve sosyal durumuyla birlikte ele alınır. Bu yüzden aile ilişkileri, sosyal çevre, toplumsal yapı aile hekimliğinde koruyucu hekimlik ve toplum sağlığının korunması açısından önemlidir. Evde bakım verilen hastanın sağlıklı olması kadar bakım verenin sağlıklı olması da önemlidir. Bu araştırmayla evde sağlık hastalarına bakan hasta yakınlarının aile işlevlerini değerlendirerek, araştırmanın neticesinde bu konuda verilebilecek rehberlik hizmetlerine dair bir fikir sunmayı hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Tarihçesi

Evde bakım ile ilgili çeşitli tanımlamalar mevcut olmakla birlikte en basit şekilde “bireylerin bakım gereksiniminin ev ortamında karşılanması” olarak açıklayabiliriz. Kronik hastalığı olan kişilere ya da terminal dönem hastalarına ev ortamında verilen hizmetler, muhtaç kişiye günlük temel yaşam aktivitelerinde yapılan yardım, tıbbi tedavi ve sosyal yardım gereksinimi olanlara verilen destek bu bağlamda değerlendirilir(1).

Evde bakım Dünya Sağlık Örgütü Çalışma grubuna göre; ihtiyacı olan bireylere ailesi, dostları ya da komşuları gibi yakınlarının, bu işi gönüllü olarak yapanların ve profesyonel sağlıkçı olanlarla, hasta bakıcı gibi yardımcıların gerçekleştirdiği bakım çalışmaları olarak tanımlanır(2).

Ülkemizde çıkartılan Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelik’te evde bakım hizmetleri; doktorların tavsiyeleriyle hastalara, aileleri ile yaşadıkları yerde, sağlık ekibi aracılığıyla rehabilitasyon, fizik tedavi, psikolojik tedaviyi de kapsayacak biçimde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması olarak belirtilir(3).

Evde sağlık hizmetleri bir bakım modeli olarak engelli, yaşlı, kronik hastalığı olan ya da iyileşme dönemindeki bireyleri yaşadıkları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlar. Ayrıca hastanın ailesindeki bireylerin özellikle de kadınların yükünü azaltarak onlara yardımcı olur (4).

Dünyanın farklı yerlerindeki birçok ülkede evde sağlık hizmetleri verilmekte olup; evde sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetleri kapsamına alındığı, hizmetin verilmesine yönelik kanun ve düzenlemelerin yapıldığı, bununla ilgili ekonomik sorunların giderildiği, bu hizmeti verebilmek için personel yetiştirildiği, ekipman ve malzemeye ulaşımın sağlanabildiği ülke sayısı ise oldukça kısıtlıdır(5).

Evde bakımı tanımladıktan sonra evde bakımın başlangıcına baktığımızda insanlığın başlangıcıyla birlikte başladığını söyleyebiliriz. İlk toplumlarda hasta ve

yaralanan kişilere yaşanılan ortamda ve yakınları aracılığıyla bu bakım verilmekteydi(6).

Tarihteki ilk hekimlik uygulamalarında ise hekim hastanın evinde tanı ve tedavisini uygulamaktaydı. Daha sonraki süreçte hekimin zaman sıkıntısı tanı ve tedavide kullanılacak aletlerinin taşınmasının güçlüğü nedeniyle bu uygulama yerine hastanelerde bakım vermeye başlanmıştır. Uzun yıllar bu şekilde devam ettikten sonra hastane maliyetlerinin fazlalığı, hastane enfeksiyonlarının artması, ev ortamının rahatlığı gibi çeşitli sebeplerle evde bakım tekrar önemli konuma gelmiştir(6).

Ortaçağ döneminde Avrupa’da hastalıkların bulaşmasını önlemek amacıyla yapılan karantina uygulamaları, ‘evde tecrit’ ve ‘evde sağlık hizmeti uygulamalarının’ temelidir. Tıbbi faaliyetlerden ziyade barınma ve beslenme gibi sosyal hizmetler o dönemde bu işin önemli bir kısmını oluşturmuştur. 17.yüzyıldaki veba salgınlarında hastaların evden çıkmaları yasaklanmış, temel ihtiyaçları ise evlerinde vermeye çalışılmıştır(7).

Evde bakım hizmetleri modern anlamda 1700’lü yılların sonlarında uygulanmaya başlanmıştır. Kiliseler tarafından yoksul hastaların evlerine ziyaretler gerçekleştirilmiştir. Boston Dispanseri Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1796 yılında kurulan, evde bakım hizmeti veren ilk kuruluş olarak tarihte yerini almıştır(8).

Hastanelerin gelişip, sağlık hizmetinin hastaneye kaydığı dönem olan 1800’lü yıllarda buna rağmen pek çok hasta evde bakım hizmeti almaya devam etmiştir. Hemşireler gönüllü olarak evde hasta bakmayı sürdürmüşler ve hasta yakınlarını da eğitmişlerdir(6).

İngiltere’de evde sağlık hizmetleri kilise liderliğindeki gönüllü kuruluşlar tarafından uzun yıllar sürdürülmüştür, hatta 1859 yılına kadar sadece dini gruplar evde bakım hizmeti vermiştir. Bu tarihte William Rathbone tarafından gönüllü ziyaretçi hemşirelik hizmeti sistemi başlatılmıştır. Hastalara bakım vermenin yanında aile fertlerine de hasta bakımı ve genel sağlık bilgisi kuralları konusunda eğitim verilmiş; bu hizmetlerle İngiltere bölge hemşirelik sisteminin temelleri oluşturulmuştur(9,10).

Evde bakımın öncülerinden olan Florance Nightingale'nin önerisi hastalara bakım verecek kadınların özel eğitim almasını ve sonrasında hastalara yapılacak ziyaretlerin bu kişilerce gerçekleştirilmesini sağlayacak bir fikirdi. Bu fikir neticesinde ziyaretçi hemşire yetiştiren bir buçuk yıllık eğitim verilen bir okul Londra'da hizmet vermeye başlamıştır(11).

Başka bir ülke Danimarka'da ise 1937 yılında uygulanmaya başlanan ev ziyareti programı neticesinde emsal teşkil edecek başarılı bir model oluşturulmuştur. Ülkenin farklı kesimlerinde gerçekleştirilen altı yıllık pilot uygulamada, ev ziyaretlerinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi evde bakıma ve ev ziyaretlerine verilen önemin artmasını ortaya çıkarmıştır(12).

Tıptaki gelişmelerle on dokuzuncu yüzyılda hastanelere başvurular, cerrahi işlemler ve yatarak tedavi konusunda eğilim artmıştır. Hastanede yatan kronik hastalığı olan hasta sayısı çoğalmıştır. Bunun sonucunda hastanelerde yatış süresinde kısalma olmuş ve 19. yüzyılın ikinci kısmında evde bakım hizmetlerine önemi tekrardan artırmıştır. ABD'de 1965 yılında Medicare ve Medicaid sigorta sistemlerinin kurulması evde bakım hizmetlerini giderek yaygınlaştırmıştır(13,14).

Evde sağlık bakımı, 1960'tan önceki yıllarda toplum hizmeti olarak görülürken Medicare'in yasalaşması sonrası işleyişte değişiklik olmuştur. Sistem tarafından ödeme yapılması için Amerikan Tıp Birliği'nin baskısıyla evde sağlık bakımı alacak bireyin hekim kontrolü ve onayından geçirilmesi zorunlu kılınmıştır. Bu işleyişle birlikte evde bakım hizmeti sağlığı geliştirici uygulamalardan çok tedavi edici bir uygulama konumuna gelmiştir(15).

2.1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Dünyadaki Mevcut Durumu

ABD'de evde bakım hizmetlerinin kapsamı 1990-1997 yılları arasında genişlemiştir. Laboratuvar testleri, diş tedavisi, x-ray olanakları gibi hizmetlerin evde bakım kapsamına girmesi, evde bakım kuruluşlarının nitelik ve niceliğinin artması neticesinde daha fazla insan bu hizmetten faydalanmıştır(15). ABD'de hizmetlerin çoğunluğu Medicare ve Medicaid sigorta sistemlerince karşılanmaktadır. Medicare sigorta sistemi 65 yaş üstü yaşlı kişiler ve engelli gençlerin sağlık harcamalarını kapsayan bir sistem olup burada harcamaların çoğunluğu devlet desteği ile karşılanır(14). Medicaid sigorta sistemi ise daha çok alt gelir gruplarına

ait birey ve aileleri desteklemektedir. Sağlık hizmetlerini kendi çabalarıyla karşılayamayan bireyler bu sistemler ile; yatarak tedavi, ayakta tedavi, aşılama, evde bakım, aile planlaması, ebe ve hemşire hizmetleri, erken teşhis ve tanı hizmetlerinden faydalanmaktadır(16).

Avrupa’ da ise Hollanda, Danimarka, İngiltere, İsveç, İskoçya gibi ülkelerde devlet evde sağlık hizmeti sunarken ayrıca evde bakım için kaliteli hizmet verecek programları da desteklemektedir(17).

Avrupa’da evde sağlık hizmetleriyle ilgili en eski yasaya sahip ülke Hollanda olarak bilinmektedir. Yasa 1968’den beri yürürlüktedir(14). Hollanda’da evde bakım, hastanın kişisel bakım ihtiyaçlarının giderildiği ve sosyal destek sağlandığı hizmetler ile medikal hizmetler olarak ikiye ayrılır. Ayrıca yine Hollanda’da yaşlılardaki psikiyatrik ve psikosomatik rahatsızlıklarla ilgili hizmet veren 300’ü aşkın evde bakım kuruluşu mevcuttur(17,18).

Başka bir coğrafyada yer alan İsrail’de evde bakımla ilgili yasa 1988’den beri yürürlükte olup, evde bakım hizmeti Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından verilmektedir. Günlük yaşam faaliyetlerinde engeli olan, yalnız yaşayan ama günlük en az iki saat desteğe ihtiyacı olan ya da yalnız yaşamayıp günlük en az iki buçuk saat destek ihtiyacı olan 60 yaş üzeri kadınları ve 65 yaş üzeri erkekler İsrail’de evde bakım hizmetlerinden faydalanmaktadır(18).

Birleşmiş Milletler raporuna göre en hızlı yaşlanma oranına sahip ülke Japonya’dır. Japonya’da Nisan 2000’den sonra evde bakım için ayrı bir sigorta sistemi yürürlüğe girmiştir. Bu sistemin ortaya çıkma sebebi; demografik değişiklikler, Japon kültürü ve aile yapısında meydana gelen dönüşümlerdir. Aile yapısı küçülmüş, kadınlar iş hayatında daha aktif hale gelmişlerdir. Sigorta sistemiyle birlikte entegre evde bakım hizmeti veren hastaneler oluşmuştur. Bu hastanelerde evlere temizlik, gezici hemşirelik gibi hizmetler veren bölümler oluşturulmuştur. Evde bakım hizmetlerindeki hekimin merkezi rolü ise bakım yöneticisine devredilmiştir. Bakım yöneticileri merkezlerde çalışmaya başlamadan özel bir eğitimden geçirilip sınava tabi tutulmuşlardır. Organizasyon ve hizmetlerin yürütülmesinde sorumluluk onlara aittir(19,20).

Sonuç olarak İngiltere, Kanada, Almanya, Fransa, İspanya, Portekiz, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, Danimarka, İrlanda, Yunanistan, İtalya, Japonya,

Endonezya ve Suudi Arabistan gibi birçok ülkede evde bakım hizmetleri verilmektedir. Avrupa Birliği'ne üye bütün ülkelerde de evde bakım hizmetleri mevcut bulunmaktadır ve bu durum tıptaki tanı ve tedavideki gelişmelere paralel olarak olması gerekendir(6).

2.1.3. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetlerinin dünyadaki gelişmelerini inceledikten sonra ülkemize baktığımız zaman; 1930 yılında yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, evde sağlık hizmetleri alanında Cumhuriyet tarihindeki ilk yasal düzenlemedir. Bu düzenleme bulaşıcı hastalıklarla mücadele için hastanın ev ortamında muayene edilmesi, tedavisinin düzenlenmesi, hekimin evde hasta muayenesi ile ilgili hükümleri içermektedir(21).

Daha sonraki süreçte 1946 yılına geldiğimizde ise sağlık planı çerçevesinde Sağlık Merkezleri yoluyla kapsamlı bir hizmet verilmiştir. Bu hizmet çerçevesinde hekim, ebe, hemşire, sağlık memurundan oluşan ekip köyleri ve gerekli durumlarda evde hasta kişileri ziyaret ederek faaliyet göstermişlerdir(6).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 1961 yılında kanun kapsamında çıkarılan ve 09.09.1964 tarihli Resmi Gazete 'de yayımlanan ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik’’ ile verilecek sağlık hizmetlerinin temel esasları belirlenmiştir. Köy ebelerinin, halk sağlığı hemşirelerinin yardımcısı olarak ana-çocuk sağlığı hizmetlerini ve ev ziyaretlerini yapacakları; lüzum halinde ise halk sağlığı hemşiresinin, köylere giderek ebelere yardım edeceği belirtilmiştir. Uzman hekimlerin sağlık ocağı hekiminin davetiyle eve hastane muayenesine gidebileceği de bu yönetmelikte yer almıştır(22).

Ülkemizde 1980 sonrası dönemde özel sağlık kuruluşları, hastaneden taburcu olan hastalara evde tıbbi bakım hizmeti veren çalışmalar yapmaya başlayarak evde sağlık hizmetlerine katkı sağlamışlardır(6).

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje, 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul’da uygulanmaya başlanmış; fakat sonrasında yaygınlaşmamıştır. Ülkemizde 2014 yılından sonra kamu hastanelerinde evde bakım hizmeti verilmeye başlanması ise

önemli bir gelişmedir ve ilk olarak Balıkesir Devlet Hastanesi tarafından bu hizmet verilmeye başlanmıştır. Günümüzde her ilde Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda bu hizmet verilerek evde bakıma ihtiyacı olanlara ulaşılmaya çalışılmaktadır(23).

Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelik 10.03.2005 tarihinde 25751 sayı ile Resmi Gazete 'de yayınlanmıştır. Bu yönetmelik aracılığıyla evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması, denetlenmesi ile bunları işleten kurumların, kuruluşların ve kişilerin uyması gereken usul ve esaslar düzenlenmiştir. Evde bakım hizmetinin hastanın talebi ve hizmetin gerektirdiğine göre 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olması, böylece devamlılığın sağlanması amaçlanmıştır. Bu hükümlerle birlikte yönetmelikte hizmetin kapsamı da ifade edilmiştir(3).

Yürürlüğe 2010 yılında giren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” incelendiğinde Sağlık Bakanlığı tarafından bu hizmeti verebilecek kuruluşlar olarak, bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastanelerini, toplum sağlığı merkezlerini, aile sağlığı merkezlerini kapsar(24). 2010 yılından sonra verilen bu hizmetten faydalanan hasta sayılarında 2013'te % 181 artış olmuştur(4).

Son olarak yapılan düzenleme ile Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.04.2017 tarihli ve 49644233-020-435 sayılı Makam Onayı ile ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak verilmesi için evde sağlık hizmetleri sunumunun Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yürütülmesine karar verilmiştir(25).

2.1.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Evde sağlık hizmetlerinde uluslararası uzlaşmış bir standart hizmet modeli yoktur. Ülkeler kendi ihtiyaçlarına, imkânlarına ve toplum yapısına göre hizmet modeli geliştirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre evde bakım ile uzun süreli bakımın tanımına uygun, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşamda yardıma ihtiyacı olan tüm yaşlardaki bireylerin yeterli kalitede yaşam sürdürmelerini sağlayacak bakım hedeflenmiştir. Tüberküloz, HIV/AIDS gibi enfeksiyon hastalığı olanlar, kronik hastalığı olanlar (kalp damar hastalıkları, kanser gibi), fiziksel

engelliler, duyuşsal kısıtlılığı olanlar, mental hastalığı olanlar ve madde bağımlılığı olanlar, yaş farketmeksizin evde bakım hizmetinden faydalanabilecek kişiler olarak belirtilmektedir(2,6).

Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge’de evde sağlığın kapsamı şu şekilde belirtilmiştir:

“Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar(24).

Evde sağlık hizmetleri kapsamında verilebilecek diş hekimliği hizmetleri, klinik ortama taşınması mümkün ve gerekli olmayan hastalarda, hastalığın durumuna göre ilgili uzman konsültasyonu sağlandıktan sonra; oral muayene, diş ve diş eti enfeksiyonları için medikasyon, özellikle çocuk hastalarda topikal florür uygulaması gibi koruyucu uygulamalar, hasta ve hasta yakınlarına oral hijyen eğitimi verilmesi, aspirasyon riski olan mobil diş çekimleri, detertraj, sabit restorasyon gerektirmeyen total/parsiyel protez, daha önceden yapılmış olan protez ve tedavilerin kontrollerinin yapılması, protez vuruğunun alınması, kırık tamiri ve benzeri işlemleri kapsar. Ancak hastanın genel durumu ve hastalık sınıflaması ev ortamında tedavi olmasına imkân tanımlıyor ise diş tabibince değerlendirilerek mutlaka ilgili merkeze nakli sağlanır ve gerekli tedavisi burada yapılır.

Lüzumu halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak gerekli konsültasyon sağlanır. Birim sorumlusu tabibin evde sağlık hizmeti verilen kişi ile ilgili konsültasyon ve tıbbi değerlendirme talebinin sağlık kurumunda görevli ilgili uzman tabiplerce zamanında karşılanması zorunludur. Zorunlu hallerde uzman tabibin hastayı evinde konsülte etmesi sağlanır. Bu konudaki uygulamalar uzman tabipler arasında dönüşümlü olarak sağlık kurumu amirinin belirleyeceği bir düzen

içerisinde yürütülür. Gerektiğinde, stoma ve yara bakımı, diyabet eğitimi hemşiresi gibi, konularında eğitim almış hemşirelerin hizmete katılması sağlanır(24).”

Evde sağlık hizmeti verilen kişilerde, yeni oluşan acil haller birimin görev kapsamı içinde yer almamaktadır.

2.1.5. Evde Sağlık Hizmetlerinden Kimler Yararlanabilir?

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları hakkındaki yönergede Kronik Obstruktif Akciğer Hastalıkları(KOAH) gibi solunumsal hastalıkları olanlar, yatağa bağımlı hastalar, terminal dönem palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalar, ileri derece kas hastalığı olan kişiler ve yenidoğanlardan(0-1 ay) fototerapi ihtiyacı olan bebekler evde sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek hastalar olarak ifade edilmiştir. Evde sağlıktan faydalanan hastalar ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzeri kronik uzun süreli bakım ihtiyacı olanlar ile kronik hastalığı olan her yaştan çocuklardır(6,24). Evde sağlığın çoğunluğunu oluşturan yaşlı hastalarda demans, alzheimer, parkinson, serebrovasküler hastalıklar gibi nörolojik problemler; osteoporoz, osteoartrit gibi kas - iskelet sistemi problemleri sıklıkla görülür. Yine kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus da bu grupta görülen diğer kronik hastalıklardır. Evde sağlık hastalarının bir kısmını da postoperatif dönemde kısa süreli evde bakım gereksinimi olan genellikle ortopedik operasyon geçirmiş olan hastalar oluşturmaktadır(26).

2.1.6. Evde Sağlık Hastasına Bakım Verenler

Bakıma gereksinim duyan kişilere evde bakım hizmetleri formal ve informal bakım olarak sunulabilmektedir. Formal bakım resmi, özel veya gönüllü kuruluşlardaki farklı meslek alanlarındaki profesyoneller tarafından verilen bakımdır. İnfomal bakım dost, komşu, aile üyeleri gibi hasta yakınlarının ev ortamında verdiği bakımdır. İnfomal bakım yakını olduğu bireye profesyonel olmadan ve maddi bir beklenti olmadan verilen hizmetleri kapsar(27,28). Bakım verme işi; sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, takibi vb.), kişisel bakım (beslenme, giyinme, yıkanma vb.), hastanın aldığı sosyal hizmetleri koordine etme, alışveriş, küçük ev işlerini yapma ve aynı evi paylaşmayı da kapsayan çok yönlü bir hizmettir(29,30). Bakım veren ise;

hastalığı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersiz kalan bireyin bakımını üstlenen kişi olarak ifade edilebilir. Ortalama yaşam süresinin uzaması ve hastalıkların sağ kalım süresinin artması bakım ihtiyacı duyan birey sayısında artışı, bu durum da beraberinde bakım veren kişi kavramını önemli hale getirmiştir(31).

Evde bakım hizmetlerinin giderek artmasına karşın ülkemizde ve dünyada evde bakım, büyük çoğunlukla aile bireyleri tarafından verilmektedir. Bunun sebebi ekonomik sebeplerle birlikte aynı zamanda sosyal ve kültürel olarak evde bakımın “ailenin temel görevi” olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır. Aile bireylerinin bakımında ise, büyük çoğunluğun kadınlardan (eş, kız, gelin) oluştuğu görülmektedir. Avrupa’da sosyal hizmet uygulamaları kapsamında İngiltere, İsveç, Norveç, Almanya ve Hollanda’da devletin bakıcı aile bireylerini destekleyici programları mevcuttur. Ülkemizde de evde sağlık hastalarının bakımı büyük ölçüde aile üyeleri ve/veya gönüllü bakıcılar tarafından yürütülmektedir(32).

2.1.7. Evde Sağlık Hastasının Aileye Etkisi

Evde sağlık hastasına bakım vermenin aileye sosyal, ruhsal ve ekonomik olarak pek çok yönden pek çok etkisi olabilir. Bununla ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır.

Yapılan bir çalışmada hastalık yüzünden ailenin %66,2'sinin aile içi görevlerinde değişiklik olduğu, aile üyelerinin yorgunluk hissettiği, sosyal yaşamlarında değişim olduğu ve bu sorunları gidermek için evde sağlık elemanı talepleri olduğu görülmüştür(33). Farklı bir çalışmada ise bakım verenlerin %89,0'unun kadın; %56'sının ise bakım verenin eşi olduğu belirtilmiştir. Bakım verenlerin %84'ünün hastanın evdeki bakımları ile ilgili hiçbir eğitim veya bilgi sahibi olmadığı, % 76'sının ise kendilerine yeterince zaman ayırmadıkları ve bu durumun aile ve sosyal hayatlarını olumsuz etkilediği ifade edilmiştir(34).

Aileler, yaşamlarında değişiklik ve baskı oluşturmalarına rağmen evde bakım verdikleri yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamaya devam etmek isterler. Yapılan diğer çalışmada ise ailelerin bakım verme nedeniyle, aşırı yorgunluk ve stres yaşadıkları, iki bakım verenden birinin maddi, her üç bakım verenden ikisinin kendi sağlığıyla ilgili sıkıntı yaşadığı, bakım verenlerin üçte ikisinin bakım vermenin evlilikleri

üzerinde baskı oluşturduğunu düşündükleri, dörtte birinin ise umutsuz oldukları ifade edilmektedir(35).

Evde sağlık hastasına bakım veren aile bireyinin bu görev neticesinde diğer aile bireyleri ile geçirdikleri zaman azalabilir ya da çalışıyorsa iş hayatına engel teşkil edebilir. Bakım veren aile bireyine bakım verme işi sosyal açıdan olumsuz yansımaktadır. Bakım veren birey diğer aile fertlerinin ihtiyaçlarını göz ardı edebilir; ailede sosyal aktivitelerin gerçekleştirilememesi, aile rutinlerinin bozulması gibi durumlar ortaya çıkabilir(36). Farklı bir açıdan baktığımızda ise hasta aile bireyelerine evde bakım verilmesi, aileyi parçalanmaktan korur ve hasta, bu süreçte ailenin bir parçası olmayı sürdürür(37). Bu ise aileye evde sağlık hastasına bakım vermenin olumlu bir etkisi olarak yansıyabilir.

Dağdeviren'in(2017) çalışmasında; bakım verenlerin depresyon ilacı kullanma durumlarıyla bakım yükü düzeyleri karşılaştırıldığında bakım yükü az-hiç olarak hesaplananların %87,5'i depresyon ilacı kullanmazken, bakım yükü aşırı derecede hesaplananların ise tamamının depresyon ilacı kullandığı tespit edilmiştir(4).

Evmez'in (2018) çalışmasında bakım veren hasta yakınının hastanın eşi olması durumunda güçlüklerle karşı düşünceler, hayata bakış ve sosyal durum skorları diğer bakım veren yakınlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bunun eşlerin diğer yakınlarla nispeten daha yaşlı olması, duygusal olarak durumdan daha çok etkilenmeleri, bakıma daha uzun süre ayırmaları gibi nedenlerinin olabileceği belirtilmiştir. Bakım veren kişi hastanın eşi ise bu durumdan olumsuz etkilenme riski yüksek olduğundan buna göre destek verilebileceği önerilmiştir(26).

Son olarak Çiğdem'in(2019) çalışmasını incelersek evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren yakınları üzerinde yaptığı çalışmada hayatın anlam ve amacı ölçek skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu, hayatın anlam ve amacının olumsuz olarak etkilendiği sonucu ortaya çıkmıştır(38).

2.1.8. Önceki Çalışmaların Bıraktığı Boşluk ve Araştırma Problemimiz

Önceki çalışmalarda bizim çalışmamızla aynen örtüşen bir çalışmaya rastlamadık. Bu sebeple evde sağlık hasta yakınlarının aile içi fonksiyonları ile ilgili bu çalışmamızın bu konudaki boşluğu dolduracağını düşünüyoruz.

2.1.9. Araştırma Problemimizin Önemi

Araştırmadaki problemimiz, aile içi fonksiyonlardaki aksamaları muhtemel fonksiyonları ortaya çıkarmaktır. Böylece bu konuda yapılabilecek çalışmalara ışık tutarak, verilecek rehberlik hizmetlerini belirleyip hem bakım veren hasta yakınlarının hem de hastalarının biyolojik ve psikolojik olarak daha sağlıklı olmalarını sağlamayı hedefledik.

2.2. AİLENİN TANIMI

Aile toplumun temel yapıtaşı olan en küçük sosyal yapıdır. İnsanlık tarihinin başlangıcıyla paralel ortaya çıkan aile kavramı ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Bu tanımlardan bir tanesi Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu (1987) tarafından şu şekilde yapılmıştır: “Aile, kan bağılılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve genellikle aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; kişilerin psikolojik, sosyal, cinsel ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı topluma uyum ve katkılarının sağlandığı temel bir birimdir(39).”

Aile ile ilgili başka tanımlamaya göre aile, birbirlerine biyolojik ve/veya psikolojik, tarihsel, duygusal veya ekonomik bağlarla bağlanan ve kendisini hanenin parçası olarak gören insanlardan meydana gelmektedir. Aile tanımlarında biyolojik faktör ön planda olsa da üyelerin duygusal bağı ailenin diğer önemli bir işlevi olarak gözükmektedir(40).

Bireylerin ruh ve beden sağlığı için gerekli ilgi ve sevgiyi bulabileceği yer olan aile; bireyin, işlevlerini etkili bir şekilde yerine getirmesine, yaşadığı topluma faydalı olmasına ve hayattan tatmin olmasına yardımcı olmaktadır(41).

Aile bireylerin gelişimini olumlu etkileyen bir yapı olarak görülür ama bazen aile üyeleri üzerinde olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Aileler; sağlıklı (işlevsel) ve sağlıklı (işlevsel olmayan) aileler olarak ikiye ayrılabilir. İşlevsel aileler sağlıklı ve işlevlerini yerine getirebilen, sorunlarını gideren, duygusal olarak birbirine bağlı, rolünü etkili biçimde gerçekleştiren ve dolaysız bir iletişim şekline sahip ailelerdir(42). Bireylerin duygusal, ekonomik, fiziki ihtiyaçlarını uyumlu bir şekilde çözümleyebilen aileler, sağlıklı ailelerdir(43).

Gladding’in(2006) öne sürdüğü fikre göre sağlıklı bireyler çoğunlukla sağlıklı olan ailelerden gelirler. Sağlıklı bir aile çevresinde yetişen bireyler problem çözme,

sorunlarla başa çıkma gibi becerilere daha kolay sahip olabildiklerinden, sağlıklı aile işlevlerine sahip olmaları onlar için bir avantaj sağlamaktadır(40). Sağlıksız ailelerde öne çıkan özellikler ise aile içi bağlarda kopukluk, iletişimde bozukluk ve kurallar konusunda katı olunmasıdır. Belirli roller kişilerin üzerine zorla yüklenmiştir(42). Genel olarak karşılaştırılma yapıldığı zaman aile içerisinde iletişim kurma, sorumluluklarını gerçekleştirme, ailede rollerin eşit dağılımı, yakınlık gibi özelliklerin sağlıklı ve sağlıksız aileleri ayırmada önemli olduğu görülmektedir.

2.3. AİLENİN İŞLEVLERİ

Aile üyelerinin diğer aile üyeleriyle etkileşime girdiği, belirli bir tutum ve tepki gösterdiği yol olarak tanımlanan aile işlevleri; iletişim yöntemleri, açık roller ve sınırlar, esneklik, esneklik derecesi ve uyum gibi ailedeki değişkenleri içinde barındırmaktadır ve bu açılardan ele alınabilir(44).

Toplumsal gelenek görenekleri aile üyelerinin ailede alacağı rolleri belirler. Roller ailenin çekirdek ya da geniş aile tipi olmasına ve topluma göre değişebilir. Fakat belirli aile işlevleri bütün toplumlarda geçerli ve ortaktır(41.)

Ogburn tarafından aile işlevleri; ekonomik ihtiyaçları karşılamak, toplum içinde statü kazanmak, çocukların eğitimini planlamak, din ve inanç eğitimi vermek, boş zamanları değerlendirecek faaliyetler içerisinde bulunmak, ailedeki kişilerin birbirini koruması ve karşılıklı sevgi ortamı oluşturmak olarak açıklanmıştır(45).

Ackerman aile işlevlerini biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik işlevler şeklinde daha genelleyici başlıklar içerisinde incelemiştir(46).

Diğer bir araştırmacı Kır ise çalışmasında aile işlevlerini; biyolojik işlev, psikolojik işlev, eğitim işlevi, toplumsal işlev, kültürel işlev ve ekonomik işlev şeklinde ele almıştır(47).

Aile işlevleri, aile üyeleri arasındaki ilişkilerin ve etkileşimin, aile sisteminin ve bireylerinin gelişimine katkısını ifade etmektedir(42). Son zamanlarda araştırmacılar aile işlevleriyle ilgili iki temel teori ileri sürmektedirler. Birincisi aile işlevlerini ailenin belirli özelliklerine göre tanımlayan sonuç odaklı; ikincisi ise ailenin yerine getirmesi gereken görevleri açıklayan süreç odaklı modellerdir(48). Sonuç odaklı aile işlevleri modelleri; Olson'un(2003) *Circumplex* ve Beavers'in(2000) *Sistem Teorisi*dir(49,50). Süreç odaklı aile işlevleri teorilerinin

temsilcileri ise bu çalışmada esas alınacak olan McMaster aile işlevleri modeli(51) ve Skinner'in süreç odaklı aile işlevleri modelidir(52). McMaster modelinin geliştirilmesindeki amaç, aileyle çalışan profesyonellere uygulamada kolaylık sağlaması bakımından aile işlevleri ve aile tedavisinin kavramlarını tanımlamak ve kolayca, her türlü aile probleminde uygulanabilir bir model oluşturmaktır(53).

Pek çok uzmanın tanımladığı tanımlarda birkaç ortak nokta göze çarpmaktadır. Buna göre; sağlıklı ailelerin özellikleri olarak iletişiminin açık ve anlaşılır, rollerin belirgin, gelişimsel ve gündelik krizlerle baş etme güçlerinin yüksek, aile üyelerinin birbirini kabul ettiği ve saygı gösterdiği, birbirlerine zaman ayırdıkları ve bu zamanı kaliteli bir şekilde geçirdikleri, davranış standartlarının belli olduğu söylenebilir. Bu kuramlarda sağlıklı ailelerde bu işlevlerin uygun biçimde yerine getirildiği sağlıklı ailelerde ise bu işlevlerin yer almadığı ya da uygun biçimde yerine getirilmediği belirtilmektedir.

McMaster aile işlevleri modelini oluşturan faktörler şunlardır(53):

- Ailenin bütün parçaları birbiriyle ilişkilidir.
- Ailenin bir kısmı, aile sisteminin geri kalanından ayrı olarak anlaşılamaz.
- Aile işlevleri, her bir aile üyesini veya alt gruplarını basitçe anlamakla tam olarak anlaşılamamaktadır.
- Ailenin yapısı ve organizasyonu, aile üyelerinin davranışlarını etkileyen ve belirleyen önemli faktörlerdir.
- Aile sisteminin etkileşim kalıpları aile üyelerinin davranışlarını güçlü bir biçimde şekillendirir.

Bu modelde aile sistemi, üyelerinin gelişimini destekler ve aile üyeleri kendilerine ait olan görevlerini yerine getirirler. Bu görevlerin yerine getirilmesi ve aile işleyişinin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için tanımlanan birbirini etkileyen altı boyuttan bahsedilmektedir.

2.3.1. Problem Çözme

Problem çözme, ailenin etkili bir biçimde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak ifade edilmektedir. Sorunun başlangıcından çözüme ulaşmasına kadar olan dönemi kapsar. Problem

çözümünde bütün aile üyelerinin görüşü dikkate alınmalıdır. Etkin problem çözümü için gereken süreç yedi aşamada açıklanmaktadır(42):

1. Problemin tanımlanması,
2. Problem konusunda uygun kişilerle iletişim kurulması,
3. Problemin çözümü için alternatif çözümler geliştirme,
4. Alternatif çözümlerden birine karar verme,
5. Seçilen alternatif çözümün uygulanması,
6. Seçilen uygulamanın izlenmesi,
7. Problem çözme sürecinin etkinliğini değerlendirme.

Problem çözme çeşitlerinden biri duygusal problem çözme (öfke, depresyon vb. ile ilgili problemler) ve diğeri de günlük yaşamdaki problem çözmedir (yeme, içme, barınma gibi ihtiyaçlarla alakalı problemler). Bir ailenin sorunlarla başa çıkma kapasitesi çoğunlukla o ailenin uyum düzeyini açıklar(54). Ailenin işlevsel olabilmesinin ilk koşullarından biri problem çözme becerisi yani oluşan krizle baş edebilme yeteneğinin olmasıdır. Bu durum, ailenin hiç problem yaşamaması anlamına gelmez. Aksine karşılaştıkları problemlere karşı akılcı bir yaklaşım göstererek birbirlerine destek olmaları anlamına gelir(55).

2.3.2. İletişim

Aile üyeleri arasındaki bilgi alışveriş şekli olarak ifade edilmektedir

Bu alt ölçekte ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmaması değerlendirilmektedir(42).

Bu yüzden üyeler arası sözlü iletişimin içeriğinin açık olması, kişilerin söylemek istediklerini direkt olarak ifade etmeleri önemsenmektedir.

Ailelerde bazen farklı problemler ortaya çıkmaktadır. İletişim yönünden işlevsel aileler konuşmaya açıktırlar ve çatışma durumlarında bunu tartışarak çözme eğiliminde olmaktadır. Bu işleve sahip aileler problem çözücü özelliğe de sahip olurlar(40).

Aile içinde, mutluluk, üzüntü, kızgınlık, korku gibi duyguların aktarılması bireyler arası iletişim ile sağlanır. İletişim sayesinde karşıdaki bireyi anlayabilir, ona karşı empati kurabiliriz(42).

Aile sorunları genelde iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır ve bu durum aile bireylerini yalnızlığa sürükler. Ailedeki iletişim bozukluklarının nedenleri Greene tarafından şöyle belirtilmiştir(56):

- Aile bireylerinden her birinin sadece kendini düşünmesi
- Aile bireylerinin birbirinin duygu, ihtiyaç ve arzularına saygı duymaması
- Üyelerin birbirlerini desteklememeleri
- Kesin davranışlar ve değerler koyarak birbirinin özgürlüğünü engellemek
- Olumlu, anlamlı ilişki kurma deneyiminden yoksun olma
- Aile bireylerinin birbirini yanlış anlaması

Ailede iletişimde görülen bu aksaklıklar diğer işlevler konusunda da engel oluşturur.

Ailede olumlu bir iletişim mevcutsa bireyler, birbirlerine duygusal tepki verebilir, gereken ilgiyi samimi olarak gösterir ve problemlerini aile içinde çözerek aile sağlığına zarar vermezler(56).

2.3.3. Roller

Aile üyelerinin aileye ve topluma karşı belirli rolleri mevcuttur. Aile üyelerinin rollerini yetenek ve yaşları ölçüsünde yerine getirmelerinin, aile yaşamının bozuk yönlerinin düzeltilmesinde, üyeler arasında olumlu ilişkilerin gelişmesinde ve bütünlüğün sağlanmasında yararlı olduğu düşünülmektedir. Bunun sonucunda ailesi tarafından değer gördüğünü hisseder ve ailede bir yer kazanır(57).

Roller, ailenin maddi ve manevi gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan davranış kalıpları olarak belirtilmektedir. Ayrıca görevlerin belirli, eşit şekilde aile üyelerine dağılımını ve bu görevlerin sorumluluk olarak yerine getirilmesi durumu da kapsamaktadır. Para, konut, giyim, yeme gibi maddi gereksinimlerin karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Çocukların ve ebeveynin bakım, beslenme gelişimini sağlayacak biçimde rollerini belirlemiş olan aile, bu açıdan işlevseldir(42).

Ailedeki rollerin dağılımı toplumun kültürel yapısına göre farklılaşmaktadır. Toplumda geleneksellik arttıkça ailedeki kadın ve erkeğin görev sınırları keskinleşir. Roller konusunda hem belirsizlik hem de katı sınır problem teşkil edebilir. Bu yüzden, bireylerin içinde olduğu kültürle fazla çelişmeyen, bireylerin kabul ettiği, işlevsel olan, sağlıksızlık belirtisi göstermeyen rol dağılımları en uygundur(54).

Roller, kadın ve erkeğe toplum tarafından yüklenen bir işlevden ziyade aile içinde sorumluluk paylaşımı olarak görülmelidir. Aile üyelerinin sorumluluklarını bilmesi ve ailede bir rol üstlenmesi sağlıklı aile ortamının oluşmasını sağlar. Bunlara ek olarak rollerin dağılımında denge gözetilmesi de sağlıklı fonksiyonlar açısından önemlidir(55).

2.3.4. Duygusal Tepki Verebilme

Her türlü uyaran karşısında aile üyelerinin en uygun tepkiyi vermesi olarak açıklanabilmektedir. Mutluluk, neşe, sevgi gibi olumlu duyguların yanında; üzüntü, korku, kızgınlık gibi acil durumlarda gösterilen duyguları da içermektedir. Bu işlevi yerine getirebilen ailelerdeki üyeler duygularını genellikle sözel olarak ya da hareketlerle ifade edebilirler(41).

2.3.5. Gereken İlgiyi Gösterme

Bu boyut aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi inceler. Birbirleriyle orta derecede ilgilenen aileler en sağlıklı aileler olarak belirtilir. Ailenin birbiriyle çok ilgilenmesi, aile üyelerinin birbirlerine fazla bağımlı olduğunun; az ilgilenmesi ise birbirlerine ilgi ve sevgilerinin az olduğunu ifade eder(41).

2.3.6. Davranış Kontrolü

Davranış kontrolü, ailenin; aile üyelerinin davranışları için standart belirleme ve disiplin sağlama şeklini içermektedir. Bu boyutta psikolojik ve sosyal tehlike durumlarındaki davranışlar değerlendirilir(41).

Davranış kontrolünün esnek, katı, serbest ve düzensiz olması da bu bölümde değerlendirilmektedir(41). Bu alt ölçekte kontrolün ‘esnek’ (duruma göre değişebilen, akılcı kontrol), ‘katı’ (kurallar katı, değişmez şekilde uygulandığı kontrol), ‘serbest’(sınırları önceden çizilmemiş, standartlarının zayıf olduğu kontrol) ya da ‘düzensiz’ (aynı durum karşısında bile her seferinde farklı uygulanan, kurallar rastlantısal, önceden bilinmeyen ya da hiç uygulanmayan kontrol) oluşu ele alınmaktadır. Ölçekte esnek davranış kontrolü en sağlıklı, düzensiz davranış kontrolü ise en sağlıksız aile işlevini göstermektedir(58, 59).

2.3.7. Genel İşlevler

Aile içinde etkin bir iletişimin varlığı, ailedeki bireylerin birbirlerine karşı sorumluluk duyguları, aile içinde yaşanan mutluluk ve üzüntünün paylaşılması ve bu açılardan bireylerin birbirine duyarlı olması gibi durumları belirleyerek, daha önce açıklanan altı boyutu da kapsayacak şekilde aile bireylerinden bilgi toplamayı amaçlayan boyuttur(58).

2.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZİ

Biz bu çalışmamızda; evde sağlık hastasına bakım vermenin, bakım vereni fiziksel ve ruhsal olarak etkilediğini, bakım yükü oluşturduğunu düşündük. Ayrıca bakım vermenin sadece bakım veren bireyi değil onun ailesini de etkilediğini göz önünde tutarak aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla bu çalışmayı planladık.

Hipotezimiz, evde sağlık hastası yakını olmak, aile işlevlerini olumsuz etkileyen bir faktördür. Hipotez formülümüzü $H_0: \mu_v = \mu_k$ $H_1: \mu_v \neq \mu_k$ olarak belirledik.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Gözlemsel, Analitik(Korelasyonel) ve Prospektif yöntemlerle yürütülen Kalitatif ve Kantitatif (Miks) tipteki bu çalışma; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimine kayıtlı hastalara bakan hasta yakınları ile evde sağlık hastası yakını olmayıp, çalışmaya katılmayı kabul edenlere yazılı onamları alındıktan sonra anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmamızda, hipotezimizi test etmek için Özneler Arası Model uyguladık(Between Subjects Design). Ölçek skorları üzerine evde sağlık yakını olmak/olmamak durumunun etkisini diğer bağımsız faktörlerle birlikte araştırdık.

Çalışma Ekim 2018- Şubat 2019 tarihleri arasında 77 vaka ve 77 kontrol grubu olmak üzere 154 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Vaka grubunda gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden, okuryazar olan ve evde bakım problemleri dışında sosyal veya psikolojik problemleri olmayan 18 yaş üzeri hasta yakınlarına, 60 soruluk Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Kontrol grubuna Ankara ilinde yaşayan, hasta bakımı vermeyen, sosyal ve psikolojik problemleri olmayan 18 yaş üzeri, okuryazar olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler alınmıştır.

3.2. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

Çalışmaya katılanlara yazılı onayları alındıktan sonra oluşturulan veri toplama formu ile Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulanarak araştırma gerçekleştirilmiştir.

3.2.1. Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda evde sağlık hastasına bakım veren ve bakım vermeyen katılımcılar için hazırlanan iki ayrı veri toplama formu oluşturuldu. Evde sağlık hastasına bakan hasta yakınları için oluşturulan formda kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, aktif çalışma durumu, akrabalık derecesi, medeni durumu, çocuğu, bilinen hastalığı, kullandığı ilaç, evde yaşayan kişi sayısı ile bakım verilen hastanın yaşı, tanısı ve kaç yıldır evde bakım

hastası olduğunu belirlemeye yönelik 14 soru (Ek-1) yer almıştır. Kontrol grubu için oluşturulan formda ise kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, aktif çalışma durumu, medeni durumu, çocuğu, bilinen hastalığı, kullandığı ilaç, evde yaşayan kişi sayısını belirlemeye yönelik 10 soru (Ek-2) yer almıştır. Çalışmaya başlamadan önce daha iyi sonuçlar almak amacıyla model oluşturulmuştur(Şekil 1).

MODEL OLUŞTURMA FORMU			
BAĞIMLI DEĞİŞKEN			
A-SAYISAL		B-KATEGORİK	
BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER			
BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN-SAYISAL		BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN-KATEGORİK	
1 ANA DÜŞÜN		1 ANA DÜŞÜN	E. BAĞLIK HAST YAKINI OLMAKOL MASAK
2 TALI DÜŞÜN	YAŞ	2 TALI DÜŞÜN	CİNSİYET
3	EĞİTİM YILI	3	MEDENİ DURUM
4	EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI	4	AKTİF ÇALIŞMA ÇALIŞMAMA
5	HASTA YAŞI	5	KORUNAK HAST OLMAKOL MASAK
6	KAÇ YILDIR F.A. HASTASI	6	ÇOCUK OLUP OLMAK
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	
11 DEĞİLAMA DÜŞÜN		11 DEĞİLAMA DÜŞÜN	PSİKİYATRİK HAST
12		12	SOSYAL PROBLEM
13		13	
14		14	
15		15	
UYGULANACAK MODEL		GENERAL LINEAR MODEL	
GRUP SAYISI	96		
ORTAK DEĞİŞKEN SAYISI	5		
TOPLAM SERBESTLİK DEREJESİ	5+7 = 12		
ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ			
EFFECT SIZE	X		
MODEL UYGUNLUĞU	X		
OLAYI AÇIKLAMA ORANI	X		
POWER	X		

Şekil 1. Araştırma İçin Model Oluşturma Formu

3.2.2. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Orijinal adı “Family Assessment Device” (FAD) olan ADÖ (EK-3),Brown Üniversitesi ve Buttler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş ve ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirip getirmediğini belirlemek için kullanılmıştır. Epstein, Baldwin ve Bishop tarafından 1983 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek, önceden geliştirilmiş olan McMaster Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir. Ölçek, Bulut tarafından 1989 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak Türkçe ’ye uyarlanmıştır(16,58).

Ölçek, 7 alt ölçekten ve toplamda 60 sorudan oluşmaktadır. 6 tanesi aile işlevlerindeki her bir sorunu tek tek değerlendirmekte, 1 tanesi de genel işlevler üzerine yönelmektedir. Ölçekteki her soru bu 7 alt ölçekten birisiyle ilgilidir. Ölçeğin

alt boyutları; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevlerdir. ADÖ, aile üyelerinin bu alt boyutlara ilişkin algılarını değerlendirmektedir ve ailedeki sağlıklı ya da sağlıklı olmayan işlevleri tanımlamaktadır.

Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin tanımlamalar aşağıda açıklanmıştır;

Problem çözme: Ailenin maddi ve manevi sorunlarını etkin bir biçimde çözebilme becerisi olarak açıklanır(42). ADÖ'nün 2, 12, 24, 38, 50 ve 60. Soruları problem çözme alt boyutunu değerlendirmektedir.

İletişim: Aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi şekli olarak tanımlanmaktadır. Bu alt ölçekte ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı ölçülmek istenmiştir. İletişim boyutu ile ilgili ifadeler ölçeğin 3, 14, 18, 22, 29,35, 43, 52 ve 59. sorularında yer almaktadır(42).

Roller: Ailenin gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan davranış kalıpları olarak ifade edilir. Ayrıca görevlerin bireylere eşit dağılımı ile bu konuda sorumluluk alıp almadıklarını kapsamaktadır. Bu açıdan işlevsel bir aile, çocukların ve ebeveynin bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rolleri belli olan ailedir. Roller boyutu ile ilgili değerlendirme Aile Değerlendirme Ölçeğinin 4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53 ve 58. sorularında yer almaktadır(42).

Duygusal Tepki Verebilme: Karşılaşılan uyaranlar karşısında en uygun tepkiyi gösterebilme olarak ifade edilmektedir. Ölçeğin 9, 19, 28, 39, 49 ve 59. soruları bu boyutu değerlendirir(42).

Gereken İlgiyi Gösterme: Aile üyelerinin birbirine karşı gösterdiği ilgi, sevgi ve bakımı inceler. Bu boyut ile ilgili ifadeler, ölçeğin 5, 13, 25,33, 37, 42 ve 54. sorularında değerlendirilir(42).

Davranış Kontrolü: Aile bireylerinin davranışlarına standart koyulması, bu konudaki düzenleme ve disiplin değerlendirilir. Davranış kontrolü boyutu ölçeğin 7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48 ve 55. sorularında değerlendirilmektedir(42).

Genel Fonksiyonlar: Yukarıda belirtilen 6 boyutu da kapsayacak biçimde aile hakkında bilgi toplanmasını amaçlamaktadır. Bu boyutla ilgili ifadeler ise Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) 1, 6, 11, 16,21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 ve 56. sorularında değerlendirilmektedir.

Ölçek, 4'lü likert tarzı bir ölçektir ve seçeneklere 1'den 4'e kadar puan verilmektedir. Ölçekte bazı sorular ters madde olarak hazırlanmıştır. Sorularda 1 en sağlıklı cevabı, 4 en sağlıksız cevabı temsil etmektedir. 2.00'nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişi ifade göstermektedir ve ölçekte 2.00 bu noktada ayırt edici bir sayıdır. Ölçekte iç tutarlılık çeşitli boyutlarda 0.72 ile 0.92 arasında değişmektedir. Dolayısıyla ölçeğin iç tutarlılığı yüksektir(42,58).

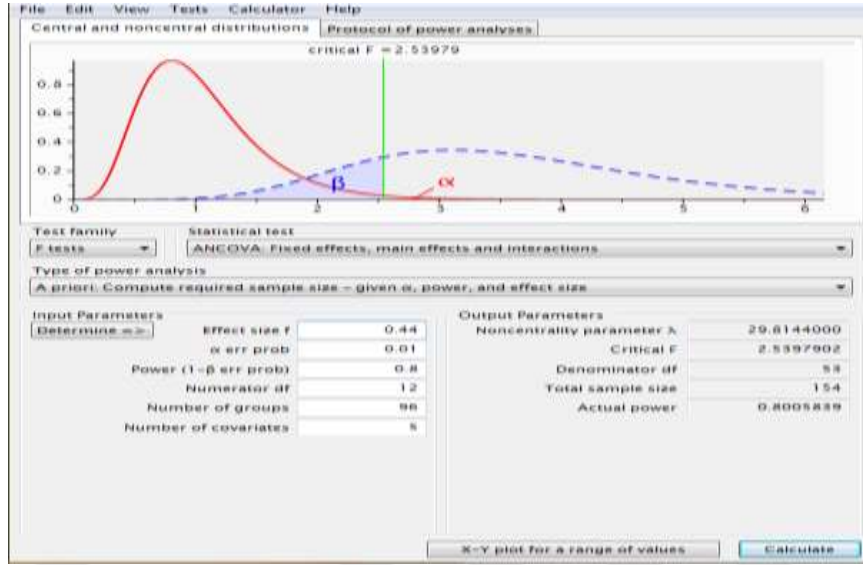
3.3. İSTATİKSEL ANALİZ

Elde edilen veriler SPSS 22 paket programı ile analiz edildi. Modellemede 'General Lineer Model(GLM)' kullanıldı. $H_0: \mu_v = \mu_k$ $H_1: \mu_v \neq \mu_k$ hipotezini F tipi varyans karşılaştırması yöntemi ile analiz ettik. Analizde 'Between Subjects Design' kullandık.

İkili gruplar karşılaştırmasında, bağımsız gruplarda ortalamaların karşılaştırması için Student-T ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin birbiri ile ilişkileri korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda istatistiksel anlamlılık sağladığı düşünülmektedir.

Öncelikle oluşturduğumuz modelimize göre baştan bağımlı ve bağımsız değişkenlerimiz ve elde etmek istediğimiz power durumuna göre Örneklem büyüklüğünü (Sample Size) G*Power programında belirledik(Şekil 2).



Şekil 2. Çalışmanın G-Power Analizi

3.4. ETİK KURUL ONAYI

Çalışma, S.B.Ü. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 10.10.2018 tarihli ve 1746 karar numaralı onayı ile yürütülmüştür(Ek-4).

4. BULGULAR

4.1. DESKRİPTİF BULGULAR

Çalışmaya evde sağlık hastalarına bakım veren 77 kişi ve herhangi bir evde sağlık hastasına bakım vermeyen 77 kişi olmak üzere toplamda 154 kişi katılmıştır. Evde sağlık hastalarına bakım verenlerin %27,3'ü (21 kişi) erkek ve %72,7'si (56 kişi) kadın; bakım vermeyenlerin %28,6'sı (22 kişi) erkek ve %71,4'ü (55 kişi) kadın olmak üzere çalışmaya katılanların %27,9'u (43 kişi) erkek ve %72,1' i (111 kişi) kadındır(Tablo 1).

Tablo 1. Çalışma Grubunun Genel Demografik Özellikleri

Değişken	Bakım Veren n=77 (sayı/% , Ort./SD)	Bakım Vermeyen n=77 (sayı/% , Ort./SD)	p
Yaş	51,56 ± 12,91	46,78 ± 10,503	0,013*
Cinsiyet			0,857
Erkek	21 (27,3)	22(28,6)	
Kadın	56 (72,7)	55 (71,4)	
Medeni Durum			0,002**
Evli	51 (66,2)	69 (89,6)	
Bekâr	11 (14,3)	5 (6,5)	
Dul	15 (19,5)	3 (3,9)	
Eğitim Yılı	8,71 ± 4,27	9,35 ± 3,869	0,334
Evde Yaşayan Kişi			
Sayısı	3,60 ± 1,426	3,53 ± 1,142	0,756
Çocuğu			0,167
Var	63(81,8)	69(89,6)	
Yok	14(18,2)	8(10,4)	
Kronik Hastalığı			0,87
Var	32(41,6)	33(42,9)	
Yok	45(58,4)	44(57,1)	

Evde sağlık hastalarına bakım verenlerin yaş ortalaması 51,56±12,91, bakım vermeyenlerin yaş ortalaması 46,78±10,503 idi (p=0,013). Evde sağlık hastasına bakım verenlerin 51'i (%66,2) evli, bakım vermeyenlerin ise 69'u (% 89,5) evli

olmak üzere evli olanlar çoğunlukta idi ($p=0,002$). Çalışmaya katılanların 132'si çocuk sahibiydi ve iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Evde yaşayan kişi sayısı ortalaması vaka grubunda $3,6 \pm 1,426$ iken kontrol grubunda $3,53 \pm 1,142$ olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin aldığı eğitim süresinin yıl olarak ortalaması $8,71 \pm 4,27$ ve bakım vermeyenlerin eğitim süresi $9,35 \pm 3,869$ yıl olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Çalışma Grubunun Ayrıntılı Deskriptif Özellikleri

Değişken	Bakım Veren n=77 (sayı/% ort./SD)	Bakım Vermeyen n=77 (sayı/% ort./SD)	p
Meslek			0,622
Ev Hanımı	45(% 58,4)	46(% 59,7)	
Sağlık Personeli	3 (% 3,9)	1(% 1,3)	
Eğitimci	5(% 6,5)	6(% 7,8)	
Güvenlik Personeli	3(% 3,9)	1(% 1,3)	
Teknik	2(% 2,6)	6(% 7,8)	
İşçi – Memur	12(% 15,6)	11(% 14,3)	
Serbest Meslek	7(% 9,1)	6(% 7,8)	
Aktif Çalışan	13(% 16,9)	21(% 27,3)	0,12

Evde sağlık hastalarına bakım verenlerden 3 kişinin(%3,9) sağlık hizmetleri, 5 kişinin(%6,5) eğitim hizmetleri, 3 kişinin(%3,9) güvenlik sektöründe, 2 kişinin(%2,6) teknik işlerde çalıştığı, 12 kişinin(%15,6) işçi ya da memur olarak, 7 kişinin(%9,1) serbest meslek erbabı olarak çalıştığı; 45 kişinin(%58,4) ise ev hanımı olduğu görülmüştür. Bakım vermeyen grupta 1 kişi(%1,3) sağlık hizmetleri, 6 kişi(%7,8) eğitim hizmetleri, 1 kişinin(%1,3) güvenlik sektöründe, 6 kişinin (%7,8) teknik işlerde çalıştığı, 11 kişinin(%14,3) işçi ya da memur olarak, 6 kişinin(%7,8) de serbest meslek erbabı olarak çalıştığı; 46 kişinin(%59,7) ise ev hanımı olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan her iki grupta da çoğunluğu ev hanımları oluşturmaktadır. Aktif çalışma durumuna bakıldığında 120 kişinin aktif çalışmadığı görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 3. Vaka ve Kontrol Gruplarının Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Parametre	Bakım Veren	(Ort.±ss)	Bakım Vermeyen	(Ort.±ss)	P
Prb. Çözme	77	1,69 ± 0,53	77	1,80 ± 0,60	0,258
İletişim	77	1,85±0,69	77	1,84 ±0,47	0,881
Roller	77	2,28±0,53	77	1,97±0,42	< 0,001
Duyg. Tepki	77	1,98±0,73	77	1,74±0,54	0,027
Gereken İlgi	77	2,58±0,46	77	2,36±0,36	0,001
Dav.Kontrolü	77	2,13±0,33	77	2,23±0,58	0,176
Genel İşlevler	77	1,65±0,54	77	1,63±0,47	0,834

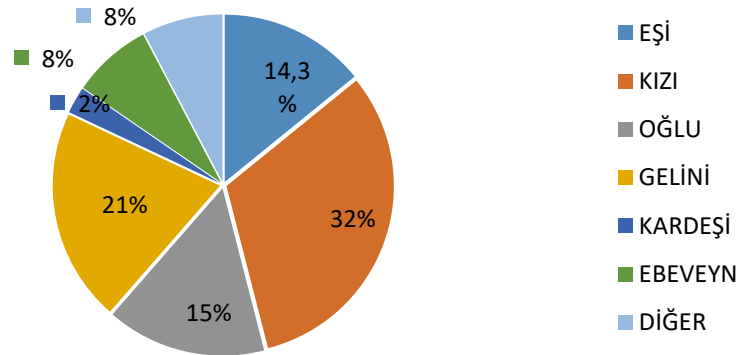
Prb.Çözme:Problem Çözme, **Duyg. Tepki:**Duygusal Tepki Verebilme **Gereken İlgi:**Gereken İlgiyi Gösterme **Dav. Kontrolü:**Davranış Kontrolü

Mc Master ölçek skorlarının vaka ve kontrol gruplarında karşılaştırılmasında **Roller**($p<0,001$), **Duygusal tepki verebilme**($p=0,027$) ve **Gereken ilgiyi gösterme**($p=0,001$) ölçek skorlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bu alt ölçek skorları bakım verenlerde daha yüksek olup sağlıksız işlevleri işaret etmekteydi. Ölçek skorlamasında 2'nin üzeri işlevler sağlıksız işlevleri gösterdiği için **gereken ilgiyi gösterme** ve **davranış kontrolü** açısından iki grupta sağlıksız işlevlere sahipti. **Problem çözme** konusunda ise bakım verenler daha işlevseldi(Tablo 3).

Tablo 4. Çalışmamıza Katılan Evde Sağlık Hastalarının Primer Tanıları

Hastanın Primer Tanısı	Sayı	Oranı
Alzheimer- Demans	21	% 27,2
SVO	18	% 23,4
Senilite	8	% 10,4
Kardiyovasküler Hastalıklar	8	% 10,4
KOAH	7	% 9,1
Onkolojik Hastalık	4	% 5,2
Travma Cerrahi Operasyon	7	% 9,1
Serebral Palsi	4	% 5,2

Evde sağlık hizmeti alan hastaların primer tanısına baktığımız zaman çalışmada en sık % 27,2 ile alzheimer ve demans tanıları mevcuttu. İkinci olarak da %23,4 ile Serebrovasküler Olay(SVO) tanısı yer almaktaydı. Nörolojik hastalıklar büyük çoğunluğu oluşturmakta idi(Tablo 4).



Şekil 3. Hasta- Bakım Veren Yakınlık Durumu Dağılım Grafiği

Bakım verenlerin evde sağlık hastalarına yakınlık derecesine bakıldığında zaman zaman ise % 32,2(n=24) ile en çok hastaların kızları bakım veren idi. Geri kalan bakım verenler arasında yakınlık durumunda gelini, eşi, oğlu çoğunluğu oluşturmaktaydı(Şekil 3).

4.2. ANALİTİK BULGULAR

4.2.1. Özneler İçi Tasarım

Çalışma grubuna uygulanan Mc Master Aile Değerlendirme ölçeğinin skorları arasındaki değişim ilişkisini öncelikle ‘Özneler İçi Tasarım ‘ modeli ile incelemek istedik. Bunu etkileyebilecek olan bağımsız faktörlerin(Tablo 5) değişim üzerine etkilerini bir bütün olarak değerlendirmek amacıyla “GLM-Repeated Measures Model” oluşturduk. Durum faktörünün bu değişim üzerine anlamlı etkide bulunduğunu gördük(Tablo 6).

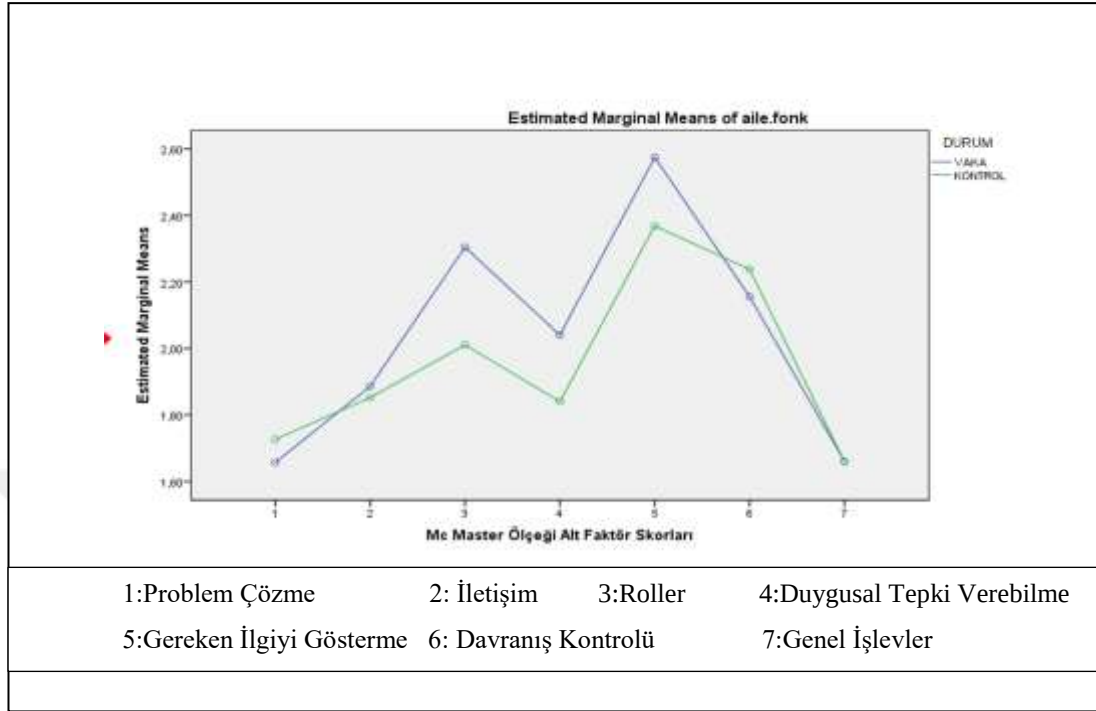
Tablo 5. Modeldeki Bağımlı Değişkenler

Within-Subjects Factors

FAKTÖRLER	BAĞIMLI DEĞİŞKEN
1	PROBLEM ÇÖZME
2	İLETİŞİM
3	ROLLER
4	DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME
5	GEREKEN İLGİYİ GÖSTERME
6	DAVRANIŞ KONTROLÜ
7	GENEL İŞLEVLER

Tablo 6. Modeldeki Değişkenlerin Ölçeğe Etkisi

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ÖLÇEK SKORLARI (faktör 1)	Sphericity Assumed	,239	6	,040	,240	,963
	Greenhouse-Geisser	,239	4,652	,051	,240	,936
	Huynh-Feldt	,239	5,164	,046	,240	,948
	Lower-bound	,239	1,000	,239	,240	,625
Faktör1 * DURUM(Evde Sağlık Hasta Yakını Olmak)	Sphericity Assumed	4,058	6	,676	4,076	,000
	Greenhouse-Geisser	4,058	4,652	,872	4,076	,002
	Huynh-Feldt	4,058	5,164	,786	4,076	,001
	Lower-bound	4,058	1,000	4,058	4,076	,045
Faktör1 * Cinsiyet	Sphericity Assumed	1,477	6	,246	1,484	,181
	Greenhouse-Geisser	1,477	4,652	,318	1,484	,197
	Huynh-Feldt	1,477	5,164	,286	1,484	,191
	Lower-bound	1,477	1,000	1,477	1,484	,225
Faktör1 * Medeni Durum	Sphericity Assumed	1,124	12	,094	,564	,871
	Greenhouse-Geisser	1,124	9,304	,121	,564	,832
	Huynh-Feldt	1,124	10,327	,109	,564	,849
	Lower-bound	1,124	2,000	,562	,564	,570
Faktör1 * Çocuk Sahibi Olma	Sphericity Assumed	,525	6	,087	,527	,788
	Greenhouse-Geisser	,525	4,652	,113	,527	,743
	Huynh-Feldt	,525	5,164	,102	,527	,762
	Lower-bound	,525	1,000	,525	,527	,469
Faktör1 * Aktif Çalışms	Sphericity Assumed	1,477	6	,246	1,483	,181
	Greenhouse-Geisser	1,477	4,652	,318	1,483	,197
	Huynh-Feldt	1,477	5,164	,286	1,483	,191
	Lower-bound	1,477	1,000	1,477	1,483	,225
Faktör1 * Kronik Hastalık	Sphericity Assumed	,703	6	,117	,706	,645
	Greenhouse-Geisser	,703	4,652	,151	,706	,609
	Huynh-Feldt	,703	5,164	,136	,706	,624
	Lower-bound	,703	1,000	,703	,706	,402
Faktör1 * Yaş	Sphericity Assumed	1,175	6	,196	1,181	,314
	Greenhouse-Geisser	1,175	4,652	,253	1,181	,318
	Huynh-Feldt	1,175	5,164	,228	1,181	,317
	Lower-bound	1,175	1,000	1,175	1,181	,279
Faktör1 * Eğitim Yılı	Sphericity Assumed	1,798	6	,300	1,806	,095
	Greenhouse-Geisser	1,798	4,652	,387	1,806	,115
	Huynh-Feldt	1,798	5,164	,348	1,806	,107



Şekil 4. Ölçek Skorlarının Çalışma Gruplarında Değişimi

Şekil 4'e baktığımızda, vaka grubunun(evde sağlık hasta yakınları) Problem çözme skorlarının kontrol grubuna göre düşük olduğu görülmüştür. Ölçeğimizde skor değerlendirilmesinde daha düşük puanlar daha sağlıklı işlevler anlamına geldiği için problem çözme konusunda bakım verenler daha işlevseldir diyebiliriz. Roller ve Gereken İlgiyi Gösterme ve Duygusal Tepki Verebilme boyutlarında ise vaka grubunun ölçek skorları daha yüksek görülmektedir ve bu boyutlarda işlevlerde bozulma mevcuttur.

4.2.2. Özneler Arası Tasarım

Mc Master Aile Değerlendirme ölçeğinin skorlarını etkileyebilecek olan bağımsız faktörlerin (Tablo 7) etkilerini bir bütün olarak değerlendirmek amacıyla ‘Özneler Arası Tasarım’ şeklinde “General Lineer Model” oluşturduk. $H_0: \mu_v = \mu_k$ $H_1: \mu_v \neq \mu_k$ hipotezini F tipi varyans karşılaştırması yöntemi ile analiz ettik. Analizde ‘Between Subjects Design’ kullandık.

Tablo 7. Modeldeki Bağımsız Kategorik Faktörlerin Durumu
Between-Subjects Factors

		Value Label	N
DURUM (Evde sağlık	1	VAKA	77
hastası yakını olmak)	2	KONTROL	77
CİNSİYET	1	ERKEK	43
	2	KADIN	111
MEDENİ DURUM	1	EVLİ	120
	2	BEKAR	16
	3	DUL-BOŞANMIŞ	18
ÇOCUĞU	1	VAR	132
	2	YOK	22
AKTİF ÇALIŞMA	1	EVET	34
	2	HAYIR	120
KRONİK HASTALIK	1	VAR	65
	2	YOK	89

Mc Master Aile Değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarını bu modeli uygulayarak sırasıyla inceledik.

Tablo 8. Problem Çözme Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi

Tests of Between-Subjects Effects

Bağımlı Değişken: Problem Çözme

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	26,222 ^a	16	1,639	9,663	<0,001	,530
DURUM(Evde Sağlık Hastası Yakını Olmak)	1,313	1	1,313	7,740	,006	,053
CİNSİYET	,017	1	,017	,101	,751	,001
MEDENİ DURUM	,336	1	,336	1,984	,161	,014
ÇOCUĞU	,129	2	,065	,382	,684	,006
AKTİF ÇALIŞMA	,274	1	,274	1,614	,206	,012
YAŞ	,284	1	,284	1,672	,198	,012
EĞİTİM YILI	,504	1	,504	2,969	,087	,021
EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI	,003	1	,003	,015	,904	,000
KRONİK HASTALIK	,054	1	,054	,320	,572	,002
İLETİŞİM	,004	1	,004	,026	,872	,000
ROLLER	,852	1	,852	5,025	,027	,035
DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME	,082	1	,082	,483	,488	,004
GEREKEN İLGİYİ GÖSTERME	,163	1	,163	,959	,329	,007
DAVRANIŞ KONTROLÜ	1,249	1	1,249	7,363	,008	,051
GENEL İŞLEVLER	,017	1	,017	,102	,750	,001
Error	7,342	1	7,342	43,288	<0,001	,240
Total	23,236	137	,170			
Corrected Total	521,667	154				
	49,458	153				

a. R Skoru = ,530 (Düzeltilmiş R Skoru = ,475)

Problem çözme ölçek skoru için, modelimiz ileri derecede anlamlı bulunmuştur($p < 0,001$ eta kare:0,53). Modelde parametrelere baktığımızda **iletişim**, **gereken ilgiyi gösterme**, **genel işlevler** ölçek skorlarının modele anlamlı katkı sağladıkları görülmektedir. Parametrelerin(bağımsız değişkenlerin) bağımlı değişken (Problem Çözme) ile korelasyonlarına bakacak olursak, sırasıyla problem çözme ile

iletişim (n:154 $p<0,001$ $r:0,54$) ve genel işlevler(n:154 $p<0,001$ $r:0,67$) arasında pozitif korelasyonlar mevcuttu(Tablo 8).

Tablo 9. Problem Çözme Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi

Bağımlı Değişken: Problem Çözme

F	df1	df2	Sig.
,999	31	122	,478

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

Tablo 9'daki Levene testi sonucuna göre modelimizin genel olarak hata varyans homojenitesini sağladığı ve uygun bir model olduğu görölmektedir($p:0,478$).

Tablo 10. İletişim Ölçek Skorlarının Diğer Faktörler İle Etkileşimi

Bağımlı Değişken: İletişim

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	32,329 ^a	16	2,021	12,831	<0,001	,600
DURUM(Evde Sağlık Hastası Yakını Olmak)	,164	1	,164	1,041	,309	,008
CİNSİYET	,108	1	,108	,687	,408	,005
MEDENİ DURUM	,374	1	,374	2,374	,126	,017
ÇOCUĞU	,291	2	,146	,925	,399	,013
AKTİF ÇALIŞMA	,075	1	,075	,479	,490	,003
YAŞ	,631	1	,631	4,006	,047	,028
EĞİTİM YILI	,037	1	,037	,236	,628	,002
EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI	,002	1	,002	,011	,917	,000
KRONİK HASTALIK	,254	1	,254	1,613	,206	,012
ROLLER	,011	1	,011	,067	,796	,000
DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME	,083	1	,083	,524	,470	,004
GERKEN İLGİYİ GÖSTERME	4,107	1	4,107	26,080	<0,001	,160
DAVRANIŞ KONTROLÜ	,003	1	,003	,022	,884	,000
GENEL İŞLEVLER	,517	1	,517	3,282	,072	,023
PROBLEM ÇÖZME	1,091	1	1,091	6,929	,009	,048
Error	,791	1	,791	5,025	,027	,035
Total	21,574	137	,157			
Corrected Total	579,284	154				
	53,903	153				

R Skoru = ,600 (Düzeltilmiş R Skoru = ,553)

İletişim ölçek skoru için, modelimiz ileri derecede anlamlı bulunmuştur($p<0,001$ eta kare:0,6). Modelimize göre iletişim ölçek skoruna; **problem çözme, duygusal tepki verebilme, genel işlevler skorlarının ve aktif çalışma durumunun** anlamlı katkı sağladığı gösterilmiştir. Parametrelerin(bağımsız değişkenlerin) bağımlı değişken (İletişim) ile korelasyonlarına baktığımız zaman sırayla iletişimle problem çözme (n:154, $r:0,54$, $p<0,001$), duygusal tepki verebilme (n:154 $p<0,001$ $r:0,54$) ve genel işlevler(n:154 $p<0,001$ $r:0,67$) arasında pozitif korelasyonlar vardı(Tablo10).

Tablo 11. Aktif Bir İşte Çalışmanın İletişim Skoruna Etkisi

	Aktif Çalışma	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	p
İLETİŞİM	Çalışıyor	34	1,7876	,61735	,10587	0,51
	Çalışmıyor	120	1,8639	,58820	,05370	

İletişim skoruna aktif çalışma durumunun etkisine baktığımızda bir işte çalışmayanların alt ölçek skorları, çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İkili karşılaştırmada ise anlamlı fark yoktu(mean:1,86±0,59; mean:1,78±0,61 p:0,51)(Tablo 11).

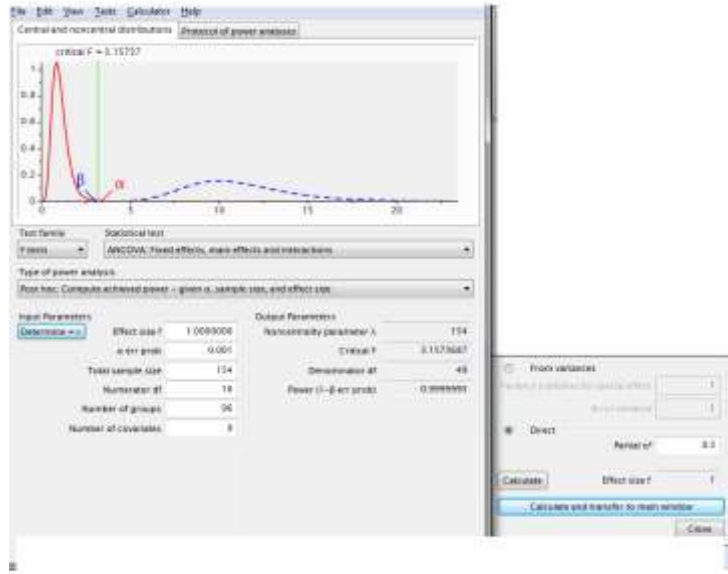
Tablo 12. İletişim Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi

Bağımlı Değişken: İletişim

F	df1	df2	Sig.
1,379	31	122	0,112

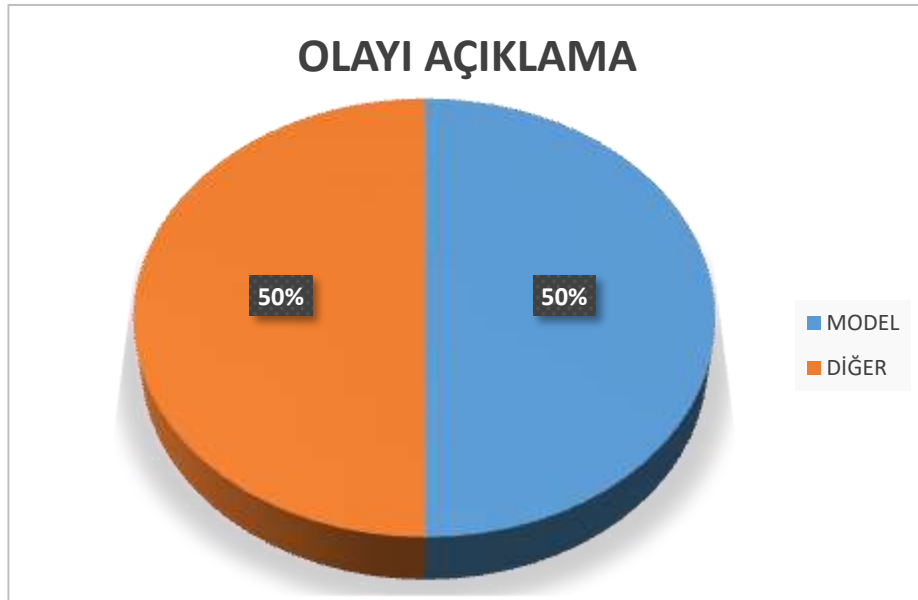
Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups

Tablo 12'deki Levene testi sonucuna göre modelimizin genel olarak hata varyans homojenitesini sağladığı ve uygun bir model olduğu görülmektedir(p:0,112).



Şekil 5. Roller Ölçek Skoruna Üzerine G -Power Analizi

Çalışmamız Roller Skoru analizinde % 99 power sağlamaktadır(Effect Size = 1, Noncentrality Parameter: 154)(Şekil 5).



Şekil 6. Modelin Roller Faktörü Üzerine Olayı Açıklama Oran Grafiği

Tablo 13. Roller Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi**Tests of Between-Subjects Effects**

Bağımlı Değişken: Roller

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	19,465 ^a	16	1,217	8,591	<0,001	,501
	1,646	1	1,646	11,622	,001	,078
DURUM(Evde Sağlık Hasta Yakını Olmak)	1,901	1	1,901	13,425	<0,001	,089
CİNSİYET	,024	1	,024	,169	,681	,001
MEDENİ DURUM	,013	2	,007	,048	,953	,001
ÇOCUĞU	,003	1	,003	,025	,876	,000
AKTİF ÇALIŞMA	,081	1	,081	,569	,452	,004
YAŞ	,038	1	,038	,270	,604	,002
EĞİTİM YILI	,511	1	,511	3,609	,060	,026
EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI	,001	1	,001	,008	,928	,000
KRONİK HASTALIK	,001	1	,001	,007	,934	,000
DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME	,976	1	,976	6,890	,010	,048
GEREKEN İLGİYİ GÖSTERME	,055	1	,055	,386	,536	,003
DAVRANIŞ KONTROLÜ	,039	1	,039	,278	,599	,002
GENEL İŞLEVLER	,982	1	,982	6,934	,009	,048
PROBLEM ÇÖZME	,068	1	,068	,483	,488	,004
İLETİŞİM	,074	1	,074	,524	,470	,004
Error	19,401	137	,142			
Total	735,529	154				
Corrected Total	38,866	153				

R Skoru = ,501 (Düzeltilmiş R Skoru = ,443)

Modelimiz roller ölçek skoru için istatistiksel olarak anlamlıdır($p < 0,001$ eta kare:0,501) ve olayın %50'lik kısmına açıklama getirmektedir(Şekil 6). Roller skoruna, modeldeki faktörlerden **durum**(Evde Sağlık Hastası Yakını olmak) faktörünün yanı sıra **duygusal tepki verebilme** ve **genel işlevler** skorlarının da istatistiksel açıdan anlamlı katkı sağladığı görülmüştür(Tablo 4.12.). Bağımsız değişkenlerimizin roller ile korelasyonuna baktığımızda duygusal tepki verebilme($n:154$, $r:0,597$, $p < 0,001$) ve genel işlevler($n:154$, $r:0,569$, $p < 0,001$) ile arasında pozitif korelasyon bulunmaktaydı(Tablo 13).

Tablo 14. Roller Ölçek Skorunun Vaka ve Kontrol Grubu Karşılaştırılması

	DURUM(Evde Sağlık Hastası Yakını Olmak)	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	p
ROLLER VAKA		77	2,2845	,52810	,06018	<0,001
KONTROL		77	1,9693	,42681	,04864	

Roller ölçeğinin skoru ikili karşılaştırmada $2,28 \pm 0,53$ ile bakım veren bireylerde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur($p < 0,001$). Ölçek değerlendirilmesine göre skoru yüksek olması daha sağlıklı işlevi göstermektedir(Tablo 14).

Tablo 15. Roller Ölçek Skoru Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi

Bağımlı Değişken: Roller

F	df1	df2	Sig.
1,022	31	122	,447

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

Tablo 15'e göre Levene testi sonucuna göre modelimizin uygun bir model olduğu ve hata varyans homojenitesini sağladığı görülmektedir($p:0,447$).

Tablo 16. Duygusal Tepki Verebilme Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi

Tests of Between-Subjects Effects

Bağımlı Değişken: Duygusal Tepki Verebilme

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	42,957 ^a	16	2,685	16,530	<0,001	,659
DURUM(Evde sağlık Hastası Yakını olmak)	,220	1	,220	1,355	,246	,010
	,182	1	,182	1,123	,291	,008
CİNSİYET	1,472	1	1,472	9,060	,003	,062
MEDENİ DURUM	,125	2	,063	,386	,680	,006
ÇOCUĞU	,006	1	,006	,040	,843	,000
AKTİF ÇALIŞMA	,234	1	,234	1,444	,232	,010
YAŞ	,016	1	,016	,095	,758	,001
EĞİTİM YILI	,420	1	,420	2,588	,110	,019
EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI	,538	1	,538	3,313	,071	,024
KRONİK HASTALIK	,109	1	,109	,668	,415	,005
GERKEN İLGİYİ GÖSTERME	,450	1	,450	2,769	,098	,020
DAVRANIŞ KONTROLÜ	,248	1	,248	1,524	,219	,011
GENEL İŞLEVLER	1,584	1	1,584	9,753	,002	,066
PROBLEM ÇÖZME	,156	1	,156	,959	,329	,007
İLETİŞİM	4,236	1	4,236	26,080	<0,001	,160
ROLLER	1,119	1	1,119	6,890	,010	,048
Error	22,252	137	,162			
Total	600,694	154				
Corrected Total	65,209	153				

a. R Skoru = ,659 (Düzeltilmiş R Skoru = ,619)

Tablo 16 'ya baktığımız zaman ileri derecede anlamlı olan modelimizde($p<0,001$, eta kare:0,659) duygusal tepki verebilme alt ölçek skoruna, modeldeki faktörlerden **cinsiyet** faktörünün yanı sıra **genel işlevler**, **roller**, **iletişim** ölçek skorlarının da anlamlı etki ettiği gösterilmiştir.

Parametrelerin(bağımsız değişkenlerin) bağımlı değişken (Duygusal Tepki Verebilme) ile korelasyonlarına bakacak olursak, sırasıyla problem çözme ile genel işlevler (n:154 p<0,001 r:0,668), iletişim(n:154 p<0,001 r:0,67) ve roller(n:154 p<0,001 r:0,597) arasında pozitif korelasyonlar mevcuttu.

Tablo 17. Duygusal Tepki Verebilme Ölçek Skorunun Cinsiyete Göre Analizi

	Cinsiyet	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	p
Duygusal Tepki Verebilme	ERKEK	43	1,9225	,58458	,08915	0,49
	KADIN	111	1,8423	,67862	,06441	

Çalışmamızda duygusal tepki verebilme skoru erkeklerde kadınlara göre daha yüksekti ama ikili karşılaştırmada anlamlı bir fark saptanmadı(mean:1,92±0,58 ; mean:1,84±0,68 p:0,49)(Tablo 17).

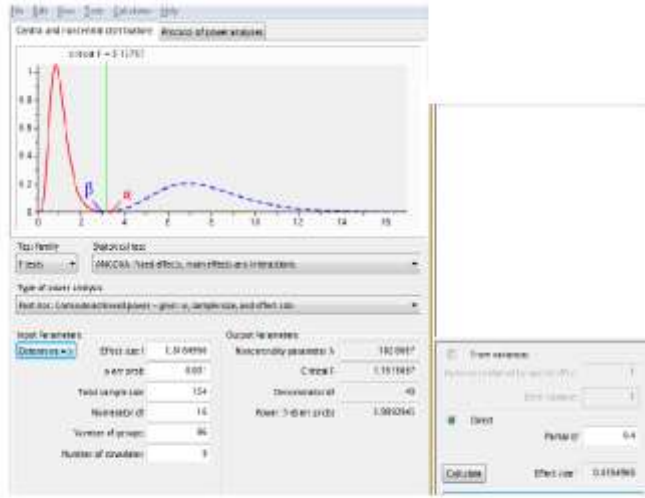
Tablo 18. Duygusal Tepki Verebilme Skorlarını Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi

Bağımlı Değişken: Duygusal Tepki Verebilme

F	df1	df2	Sig.
,756	31	122	,814

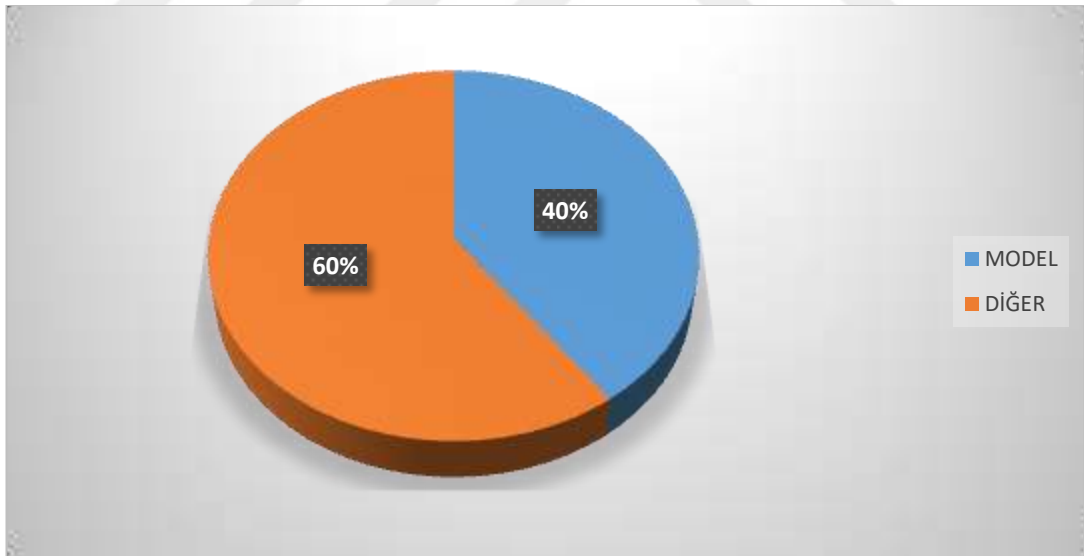
Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

Tablo 18'deki Levene testi sonucuna göre modelimizin hata varyans homojenitesini sağladığı ve uygun bir model olduğu görülmektedir(p:0,814).



Şekil 7. Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skoru Üzerine G -Power Analizi

Çalışmamız gereken ilgiyi gösterme ölçek skoru analizinde % 99 power sağlamaktadır (Effect Size = 0,81; Noncentrality Parameter:102)(Şekil 7).



Şekil 8. Gereken İlgiyi Gösterme İçin Modelin Olayı Açıklama Oran Grafiği

Tablo 19. Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi

Tests of Between-Subjects Effects

Bağımlı Değişken: Gereken İlgiyi Gösterme

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	11,166 ^a	16	,698	5,733	<0,001	,401
	5,067	1	5,067	41,628	,000	,233
DURUM(Evde Sağlık Hastası Yakını Olmak)	,884	1	,884	7,260	,008	,050
CİNSİYET	,039	1	,039	,319	,573	,002
MEDENİ DURUM	,721	2	,361	2,963	,055	,041
ÇOCUĞU	,738	1	,738	6,063	,015	,042
AKTİF ÇALIŞMA	,005	1	,005	,042	,838	,000
YAŞ	,004	1	,004	,035	,852	,000
EĞİTİM YILI	,381	1	,381	3,128	,079	,022
EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI	,003	1	,003	,027	,871	,000
KRONİK HASTALIK	,258	1	,258	2,116	,148	,015
DAVRANIŞ KONTROLÜ	,005	1	,005	,039	,843	,000
GENEL İŞLEVLER	1,709	1	1,709	14,040	<0,001	,093
PROBLEM ÇÖZME	,896	1	,896	7,363	,008	,051
İLETİŞİM	,003	1	,003	,022	,884	,000
ROLLER	,047	1	,047	,386	,536	,003
DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME	,337	1	,337	2,769	,098	,020
Error	16,676	137	,122			
Total	968,327	154				
Corrected Total	27,842	153				

a. R Skoru = ,401 (Düzeltilmiş R Skoru = ,331)

Model analiz edildiğinde gereken ilgiyi gösterme ölçek skoru için anlamlılık oluşturduğu görülmektedir ($p < 0,001$ eta kare:0,40). Modelimiz ayrıca olayı %40'lık oranda açıklamaktadır(Şekil 8). Gereken ilgiyi gösterme ölçek skoruna, modeldeki faktörlerden **Durum** (Evde Sağlık Hastası Yakını olmak), **çocuk sahibi olup olmama** faktörüyle **genel işlevler** ve **problem çözmenin** anlamlı bir etkisi

görülmüştür. Parametrelerin(bağımsız değişkenlerin) bağımlı değişken (Gereken İlgiyi Gösterme) ile korelasyonlarına bakacak olursak sırasıyla gereken ilgiyi gösterme ile genel işlevler(n:154, $p<0,001$ $r:0,46$) arasında pozitif korelasyon bulunmakta idi(Tablo 19.). Ayrıca bakım verenlerde bu ölçek skoru kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur(mean:2,58±0,46; mean:2,36±0,36 $p<0,001$)(Tablo 3.). Çocuğu olan ve olmayanlarda da ölçek skoru sağlıklı işlevleri gösterecek düzeyde yüksek bulunmuş; ikili karşılaştırmada ise aralarında anlamlı fark olmamıştır(mean:2,49±0,43; mean:2,34±0,39 $p:0,132$)(Tablo 20).

Tablo 20. Gereken İlgiyi Gösterme Alt Ölçek Skorunun Çocuğu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Çocuğu	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	p
Gereken	VAR	131	2,4929	,43084	,03764	0,132
İlgiyi	YOK	22	2,3442	,39594	,08442	
Gösterme						

Tablo 21. Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi

Bağımlı Değişken: Gereken İlgiyi Gösterme

F	df1	df2	Sig.
,791	31	122	,772

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

Tablo 21'deki Levene testi sonucuna göre modelimizin hata varyans homojenitesini sağladığı ve uygun bir model olduğu görülmektedir görülmektedir($p:0,772$).

Modelimiz Davranış Kontrolü ölçek skoru için anlamlı bir model oluşturmamıştır($p:0,156$ eta kare:0,14).

Tablo 22. Genel İşlevler Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi

Bağımlı Değişken: Genel İşlevler

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	29,287 ^a	16	1,830	24,076	<0,001	,738
DURUM(Evde sağlık Hastası Yakını olmak)	,336	1	,336	4,420	,037	,031
CİNSİYET	,281	1	,281	3,702	,056	,026
MEDENİ DURUM	,069	1	,069	,911	,341	,007
ÇOCUĞU	,277	2	,138	1,821	,166	,026
AKTİF ÇALIŞMA	,000	1	,000	,001	,969	,000
YAŞ	,035	1	,035	,461	,498	,003
EĞİTİM YILI	,019	1	,019	,250	,618	,002
EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI	,086	1	,086	1,137	,288	,008
KRONİK HASTALIK	,063	1	,063	,825	,365	,006
PROBLEM ÇÖZME	,007	1	,007	,097	,756	,001
İLETİŞİM	3,291	1	3,291	43,288	<0,001	,240
ROLLER	,527	1	,527	6,929	,009	,048
DUYGUSAL TEPKİ	,527	1	,527	6,934	,009	,048
VEREBİLME	,741	1	,741	9,753	,002	,066
GEREKEN İLGİYİ	,741	1	,741	9,753	,002	,066
GÖSTERME	1,067	1	1,067	14,040	<0,001	,093
DAVRANIŞ KONTROLÜ	,322	1	,322	4,235	,042	,030
Error	10,416	137	,076			
Total	456,715	154				
Corrected Total	39,702	153				

R Skoru = ,738 (Düzeltilmiş R Skoru = ,707)

Modele baktığımızda genel olarak ileri derecede anlamlı bir model oluşturulduğu($p<0,001$;eta kare:0,73) genel işlevler ölçek skoruna diğer tüm alt ölçek faktörlerinin anlamlı katkı sağlayıp aralarında daha öncede ifade edildiği gibi pozitif korelasyonlar olduğu görülmüştür(Tablo 22).

Tablo 23. Genel İşlevler Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi

Tests of Between-Subjects Effects

Bağımlı Değişken: Genel İşlevler

F	df1	df2	Sig.
,968	31	122	,522

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

Levene testi sonucuna göre modelimizin genel olarak uygun bir model olduğu ve hata varyans homojenitesini sağladığı görülmektedir (p:0,522)(Tablo 23).

4.3. VAKA GRUBUNUN BAZI ÖLÇEK SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 24. Modeldeki Bağımsız Kategorik Faktörlerin Durumu

Between-Subjects Factors

DURUM	Value Label	N
VAKA CİNSİYET 1	ERKEK	21
2	KADIN	56
AKRABALIK 1	EŞİ	11
2	KIZI	24
3	OGLU	12
4	GELİNİ	16
5	KARDEŞİ	2
6	DİĞER	6
7	EBEVEYN	6
MEDENİ DURUM 1	EVLİ	51
2	BEKAR	11
3	DUL	15
ÇOCUĞU 1	VAR	63
2	YOK	14
KRONİK HASTALIK 1	VAR	32
2	YOK	45
AKTİF ÇALIŞMA 1	ÇALIŞIYOR	13
2	ÇALIŞMIYOR	64

Vaka grubunda bağımsız kategorik faktörlerin durumu tabloda verilmiştir(Tablo 24).

Tablo 25. Vaka Grubunda Roller Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: ROLLER

DURUM	Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
VAKA	Corrected Model	13,093 ^a	23	,569	3,724	<0,001	,618
		,422	1	,422	2,762	,102	,050
	CİNSİYET	,086	1	,086	,562	,457	,010
	AKRABALIK DERECESİ	1,041	6	,174	1,135	,355	,114
	MEDENİ DURUM	,095	2	,047	,309	,735	,012
	ÇOCUĞU	,052	1	,052	,341	,562	,006
	KRONİK HASTALIK	,016	1	,016	,103	,749	,002
	YAŞ	,112	1	,112	,736	,395	,014
	EĞİTİM YILI	,980	1	,980	6,408	,014	,108
	HASTANIN YAŞI	,515	1	,515	3,371	,072	,060
	KAÇ YILDIR EVDE	,176	1	,176	1,152	,288	,021
	SAĞLIK HASTASI						
	EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI	,000	1	,000	,003	,958	,000
	PROBLEM ÇÖZME	,002	1	,002	,014	,907	,000
	İLETİŞİM	,003	1	,003	,022	,884	,000
	DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME	1,216	1	1,216	7,957	,007	,131
	GEREKEN İLGİYİ GÖSTERME	,072	1	,072	,468	,497	,009
	DAVRANIŞ KONTROLÜ	,088	1	,088	,576	,451	,011
	GENEL İŞLEVLER	,072	1	,072	,469	,496	,009
	AKTİF ÇALIŞMA	,410	1	,410	2,684	,107	,048
	Error	8,103	53	,153			
	Total	423,066	77				
	Corrected Total	21,196	76				

Vaka grubunda roller ölçek skoru için model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,001$ eta kare:0,618). Roller ölçek skoruna, **eğitim yılının** yanı sıra **duygusal tepki verebilme** ölçek skorlarının da istatistiksel açıdan anlamlı katkı sağladığı görülmüştür(Tablo 25). Bağımsız değişkenlerimizin roller ölçek skoru ile korelasyonuna baktığımızda **duygusal tepki verebilme**($n:77$; $r:0,6$; $p<0,001$) ile pozitif korelasyon, bakım verenin **eğitim yılı** ile ise negatif korelasyon ($n:77$; $r:-0,472$; $p<0,001$) mevcuttu.

Tablo 26. Vaka Grubunda Roller Ölçek Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi

Dependent Variable: Roller

DURUM	F	df1	df2	Sig.
VAKA	,937	33	43	,572

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

Levene testi sonucuna göre modelimizin genel olarak uygun olduğu ve hata varyans homojenitesini sağladığı görülmektedir($p:0,572$)(Tablo 26).

Tablo 27. Vaka Grubunda Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skorlarının Diğer Faktörlerle Etkileşimi

Dependent Variable: Gereken İlgiyi Gösterme

DURUM	Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
VAKA	Corrected Model	8,393 ^a	23	,365	2,492	,003	,520
		1,879	1	1,879	12,833	,001	,195
	CİNSİYET	,011	1	,011	,073	,788	,001
	AKRABALIK	,597	6	,099	,679	,667	,071
	MEDENİ DURUM	,778	2	,389	2,656	,080	,091
	ÇOCUĞU	,786	1	,786	5,370	,024	,092
	KRONİK HASTALIK	,277	1	,277	1,893	,175	,034
	YAŞ	,034	1	,034	,231	,633	,004
	EĞİTİM YILI	,111	1	,111	,761	,387	,014
	HASTANIN YAŞI	,026	1	,026	,176	,677	,003
	KAÇ YILDIR EVDE SAĞLIK HASTASI	,794	1	,794	5,420	,024	,093
	EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI	,053	1	,053	,364	,549	,007
	PROBLEM ÇÖZME	,143	1	,143	,975	,328	,018
	İLETİŞİM	,030	1	,030	,202	,655	,004
	DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME	,377	1	,377	2,578	,114	,046
	DAVRANIŞ KONTROLÜ	,260	1	,260	1,776	,188	,032
	GENEL İŞLEVLER	1,397	1	1,397	9,541	,003	,153
	AKTİF ÇALIŞMA	,013	1	,013	,087	,769	,002
	ROLLER	,069	1	,069	,468	,497	,009
	Error	7,761	53	,146			
	Total	529,714	77				
	Corrected Total	16,154	76				

R Squared = ,520 (Adjusted R Squared = ,311)

Vaka grubunda gereken ilgiyi gösterme ölçek skoru için model istatistiksel olarak anlamlıdır(p:0,003 eta kare:0,52). Bu ölçek skoruna, bakım verenin **çocuk sahibi olma durumunun**, hastanın **evde bakım verme süresinin** yanı sıra **genel işlevler** ölçek skorlarının da istatistiksel anlamlı katkı verdiği görülmüştür(Tablo 27). Bağımsız değişkenlerimizin bu ölçek skoru ile korelasyonuna baktığımızda genel işlevler(n:77; r:0,544; p<0,001) ile aralarında pozitif korelasyon mevcuttu. Gereken ilgiyi gösterme ile evde bakım süresi arasında ise anlamlı olmamakla birlikte negatif korelasyon vardı(n:77; r:-0,125; p:0,28).

Tablo 28. Bakım Verenlerde Gereken İlgiyi Gösterme Ölçek Skorunun Çocuğu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Bakım Vereninin Çocuğu	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	p
Gereken İlgiyi Gösterme	VAR	62	2,6152	,46532	,05910	0,228
	YOK	14	2,4490	,44776	,11967	

Bakım verenlerde çocuğu olanlarda ve olmayanlarda da ölçek skoru sağlıklı işlevleri gösterecek düzeyde yüksek bulunmakla birlikte; aralarındaki karşılaştırmada anlamlı fark yoktu (mean:2,61±0,59; mean:2,44±0,11; p:0,228)(Tablo 28).

Tablo 29. Gereken İlgiyi Gösterme Skorunu Değerlendirirken Gruplar Arasındaki Hata Varyanslarının Homojenliğini Belirlemede Levene Testi

Dependent Variable: Gereken İlgiyi Gösterme

DURUM	F	df1	df2	Sig.
VAKA	,592	33	43	,940

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

Levene testi sonucuna göre modelimizin genel olarak uygun olduğu ve hata varyans homojenitesini sağladığı görülmektedir (p:0,94) (Tablo 29).

5. TARTIŞMA

5.1. HİPOTEZİMİZİN TEST SONUCU

Araştırmamızda, evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarının aile işlevleri bakım vermeyen kişilerle karşılaştırılarak incelenmiştir. Araştırma için oluşturduğumuz hipotezimiz, ‘Evde sağlık hastası yakını olmak, aile işlevlerini olumsuz etkileyen bir faktördür’ idi. Araştırma sonucunda bu hipotezimiz, elde edilen bulgularla desteklenmiştir. Evde sağlık hastasına bakım vermenin aile işlevlerinin çeşitli boyutlarını olumsuz etkilediği görülmüştür. Aile işlevinin **“Roller”** ve **“Gereken İlgiyi Gösterme”** boyutları üzerinde bu etki belirgin olarak ortaya çıkmıştır.

“Roller” alt boyutuna, evde sağlık hastası yakını olmanın istatistiksel olarak anlamlı etki ettiği görülmüştür. Evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarında roller ölçek skorları daha yüksekti. Ölçek değerlendirilmesine göre skorun yüksek olması bu boyutta bakım verenlerde daha sağlıklı aile işlevini göstermektedir. Bu sonuç bakım veren bireylerde bakım yükü ve sorumluluğun fazla olması nedeniyle ailede rollerin dağılımında sorun olabileceğini düşündürmektedir.

“Gereken ilgiyi gösterme” boyutuna baktığımız zaman araştırmamız sonucunda evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarının kontrol grubuna göre bu boyutta daha sağlıklı aile işlevlerine sahip olduğu ortaya çıkarılmıştır. Evde sağlık hastasına bakım vermek aile ilişkilerini etkileyip bireylerin birbirine karşı gerekli alakayı göstermelerine ve vakit ayırmalarına engel olabileceğinden bu sonuç ortaya çıkmış olabilir.

“Problem çözme” alt boyutunda evde sağlık hastasına bakım veren grupta kontrol grubuna göre aile işlevleri daha sağlıklı idi ama anlamlı fark yoktu. Muhtemelen bakım verme sürecinde yaşanan zorluklar aileye problem çözme konusunda olumlu etki göstermiştir, bu konudaki becerilerini geliştirmiştir.

5.1.1. Alt ölçeklerin Birbirlerine Etkisi

Çalışmamızda oluşturduğumuz model ile ölçek skorlarının birbirlerine olan etkisini de inceledik.

“Problem çözme” boyutuna ‘iletişim’, ‘gereken ilgiyi gösterme’, “genel işlevler” faktörlerinin anlamlı etki gösterdiği görülmüştür. Problem çözme ile sırasıyla genel işlevler ve iletişim arasında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

İletişim alt boyutuna problem çözme, duygusal tepki verebilme, genel işlevler skorlarının anlamlı etki ettiği görülmüştür. Aralarında pozitif korelasyon mevcuttu; buna göre duygusal tepki verebilme, problem çözme veya genel işlevler açısından sağlıklı işlevleri olan aileler iletişim açısından da sağlıklı işlevlere sahip olur yorumunda bulunabiliriz.

Roller işleviyle duygusal tepki verebilme ve genel işlevler arasında da pozitif korelasyon mevcuttu.

Çalışmamızda “Duygusal tepki verebilme” faktörüne genel işlevler, roller, iletişim boyutlarının da anlamlı katkısı olduğu ve aralarında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Aile ilişkilerinin genel işlevler, roller ve iletişim açısından işlevsel olması duygusal tepki verebilmesine de olumlu yansır diyebiliriz.

Genel işlevlere diğer altı boyutunda anlamlı katkı sağladığı ve aralarında pozitif korelasyon olduğu araştırmamızda ortaya çıkmıştır. Genel aile işlevlerindeki olumlu iyileşmeler diğer boyutlara da olumlu yansıyacaktır.

Sonuç olarak çalışmamız aile işlevlerini bir bütün olarak ele almak gerektiği; boyutlardan birindeki değişimin başka bir boyuta da aynı yönlü olarak etki edebileceğini bize düşündürmesi açısından önemlidir.

5.1.2. Çalışma Durumunun Etkisi

Araştırmamızdaki **iletişim** boyutunun **aktif çalışma durumundan** etkilendiği görülmüştür. Bir işte çalışmayanların ölçek skorları, çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışan bireylerin kendisini daha iyi ifade edebildiğini ve bunun sonucunda aile içi iletişimin güçlendiğini söyleyebiliriz.

5.1.3. Çocuk sahibi olmanın etkisi

Gereken ilgiyi gösterme işlevini çocuk sahibi olmanın negatif etkilediği saptanmıştır. Çocuk sahibi olanların gereken ilgiyi gösterme açısından daha olumsuz işlevlere sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Bakım verenler kendi içinde değerlendirildiğinde de çocuk sahibi olanlar çocuğu olmayanlara göre gereken ilgiyi gösterme konusunda daha başarısızdı. Çocuk sahibi olma aile bireylerinin birbirlerine vakit ayırmada, ilgi göstermede güçlükler yaşamasına neden olur. Bunun sonucunda zamanla ilginin azalmasına neden olabilmektedir.

5.1.4. Cinsiyetin Etkisi

Araştırmada cinsiyetin duygusal tepki verebilmeyi anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir. Duygusal tepki verebilme konusunda kadınlar erkeklere göre daha başarılıydı. Bu durum erkeklerin duygularını ifade etmekten çekinmesi nedeniyle olabilir.

5.1.5. Eğitim Yılıının Etkisi

Evde sağlık hastasına bakım verenler kendi içinde araştırıldığında kişinin eğitim yılı arttıkça ailede roller fonksiyonun daha sağlıklı, işlevsel olduğu görülmüştür. Eğitim yılı arttıkça aile bireyleri birbirilerine daha anlayışlı ve bilinçli yaklaşp aile içi etkin rol paylaşımı yapabilirler.

5.1.6. Evde Bakım Verme Süresinin Etkisi

Evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarında gereken ilgiyi gösterme faktörüne hastanın evde bakım süresinin etkili olduğu görüldü. Evde bakım süresi arttıkça gereken ilgiyi gösterme işlevi daha sağlıklı olmaktaydı; bakım verenin evde bakım konusunda tecrübesinin artması sonucu daha bilinçli yaklaşmasıyla ilgisi olabilir.

5.2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALARLA KARŞILAŞTIRMA

Önceki çalışmalarda bizim çalışmamızla birebir aynı çalışmaya rastlamadık. Ancak literatüre baktığımızda evde sağlık hastasına bakım verenlerin bakım yükünü, yaşam kalitesini, depresyon düzeyini ve psikolojik yönlerini inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttu(4,26,38,60).

Bakım verme yükü; bakım verenlerde bakım vermeye bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik, sağlık, ekonomik, sosyal problemler ile aile ilişkilerinin bozulması gibi olumsuz durumları kapsar(61). Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verilen hastalar yaşlı, kronik hastalığı olan, yatağa bağımlı ve uzun süreli bakıma ihtiyacı olanlardan oluştuğu için bakım verenlerde bakım yükü yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada hasta yakınlarının çoğu kendisini tükenmiş(%41,3), güçsüz ve çaresiz(%43,8) hissettiğini, bakım verenlerin %78,8'i de yardıma ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir(4).

Akça'nın çalışmasında(2005) bakım verenlerin iletişimde sıkıntı, evde organize olmada zorluk, çabuk öfkelenme, ev içinde huzursuzluk gibi problemler yaşadığı söylenmiştir(62). Çalışmamızda tespit edilen bakım verenlerin roller ve gereken ilgiyi gösterme fonksiyonlarındaki belirgin bozukluk bakım verme yükünün artması ile bağlantılı olabilir.

Otistik çocukların ebeveynleri ile ilgili yapılan bir çalışmada sosyal ilişkileri olumsuz etkilenenlerin ADÖ'nde roller skorları yüksek bulunmuştur. Tokuç(2009) çalışmasında bu sonucu sosyal ilişkileri etkilendiği için ailelerin kendi içinde rol paylaşımı zorunluğu hissedebilmesine ve bakım görevini üstlendikleri için diğer aile bireyleriyle daha az zaman geçiriyor olmasına bağlamıştır(63). Bizim çalışmamızda da roller skoru yüksekti. Branstetter ve arkadaşlarının(2008) çalışması ise, kronik hastalığı olan çocuğa sahip ailelerde kronik hastalık durumunun aile işlevlerini olumsuz etkilediğini göstermiştir(64). Bu çalışmalar bizim çalışmamızdan farklı olarak çeşitli sağlık problemleri olan çocuklara sahip ebeveynlere yapılmıştır. Fakat bakım verme görevi tüm çalışmalarda ortak olan yöndür ve çalışmamızdaki bakım vermenin aile işlevlerini olumsuz etkilemesi açısından bu çalışmalarla benzerlik bulunmaktadır.

Bakım verenlerin depresyon durumuyla ilgili Morimoto ve arkadaşlarının(2003) yaptığı çalışmada, bakım veren kişilerin %52'sinde depresyon semptomlarının bulunduğu, yaşam kalitesinde azalma olduğu, bakım yükünün de hastanın bağımlılık düzeyiyle orantılı arttığı gösterilmiştir(65). Başka bir çalışmada ise hasta yakınlarının büyük kısmı aile ve arkadaşlarına zaman ayıramadıklarını, artmış duygusal stres hissettiklerini, kaliteli uyku, beslenme ve egzersiz gibi faaliyetlerini aksattıklarını ifade etmişlerdir(66).

Kalaycı ve arkadaşlarının çalışmasında(2017) evde bakım veren bireyler özgürlüklerinin kısıtlandığını, sosyal hayatlarının kalmadığını, toplumsal yaşamdan zamanla izole olduklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada toplumsal yaşamdan izolasyon, ailesinden ve çevresinden bakım konusunda destek alamayanlarda(% 44) daha çok görülmüştür. Diğer yandan bu çalışmada bakım verme sebebinin daha çok ailevi sorumluluk ve aile bağları olduğu(% 90,9) ortaya çıkmıştır. Hasta yakını buna bir mecburiyet olarak baktığı için bakım vermezse kendini suçlu hissedeceğini belirtmiştir(67).

Felçli hastalara bakım veren aile bireylerine yapılan 117 çalışmanın 2010 yılındaki sistematik derlemesinde ise seçilen kesitsel araştırmalar arasında stres, depresyon ve sağlık ölçütleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır(68).

Bakım verenler ilgili yapılan başka bir araştırmada stresin yanında yaşlının bağımlılık durumu, ailenin diğer üyelerinden gelen destek, aile ve sosyal hayatın olumsuz etkilenmesi ve bakım verme işinden duyulan haz tükenmişlik durumunu etkilemektedir(69). Sugihara ve arkadaşlarının araştırmasında bakım süresi ile depresyon ve duygusal tükenmişlik arasında alaka bulunmuş; bakım verme süresi uzadıkça, bakım verenler yakınlarında bakım yükü, depresyon ve duygusal tükenmişliğin arttığı belirtilmiştir(70). Bu durum bizim çalışmamızda ortaya çıkan bakım verenin aile üyelerinin birbirine karşı gereken ilgiyi göstermedeki olumsuz sonuçlarını açıklayabilir.

Ülkemizin geleneksel yapısı bakım ihtiyacı olanlara evde aile bireyleri tarafından bakım vermeye insanları yönlendirir ve bu görev de çoğunlukla ailedeki kadınlar tarafından gerçekleştirir. Evmez'in(2018) çalışmasında evde sağlık hastalarına bakım verenlerin %76'sı kadın idi(26). Çeşitli çalışmalarda evde hastasına bakım verenlerin büyük ölçüde kadın olduğu görülmüştür(4,71,72). Bizim çalışmamızda evde sağlık hastalarına bakım verenlerin ve %72,7'si; bakım vermeyenlerin %71,4'ü kadın toplamda çalışmaya katılanların %72,1' i kadındı. Adak(2003) tarafından yapılan araştırmada yaşlı bakımının primer olarak eşler, kız çocukları ve gelinlerin sorumluluğunda olduğu; yaşlıların bakım sorununun daha çok kadınların üstlenmesinin, kadınların aile içindeki mevcut sorumluluklarına bir yenisini daha eklediği yorumunda

bulunulmuştur(73). Neticede bu durum ailenin işlevlerine olumsuz olarak yansiyabilir ve ailede rollerin dağılımında dengesizliğe yol açabilir.

Yapılan çalışmalarda bakım veren hasta yakınlarının, bakım yükü sebebi ile büyük ölçüde çalışmadığı ya da çalışma sürelerinin kısıtlı olduğu görülmüştür(74). Bununla paralel olarak, Kalinkara ve Kalaycı'nın(2017) araştırmasına göre bakım verenlerin büyük çoğunluğu gelir getirici bir işte çalışmaları mümkün olmamaktadır(67). Evde sağlık hastası sürekli ilgi istediği için bakım verenler ailenin aktif olarak bir işte çalışamayan üyesi ya da ev hanımı olan bireyidir(26). Bizim çalışmamızda da bakım verenlerin sadece % 16,9'u bir işte çalışıyordu ve %58,4'ü ise ev hanımı idi.

Çiğdem ve arkadaşlarının(2019) evde sağlık hastasına bakım veren hasta yakınlarına uyguladığı ölçek çalışmasında, hayatın anlam ve amacını bakım vermenin olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Ayrıca bakım verenlerde eğitim süresi arttıkça hayatın anlam ve amacını daha iyi kavradıkları görülmüştür(38). Bizim araştırmamızda ise eğitim süresi ile roller ölçek skoru arasında negatif korelasyon mevcuttu; eğitim süresi arttıkça ailede rollerin paylaşımı daha sağlıklı olmaktaydı. Bunun sonucu olarak eğitimle birlikte artan bilgi ve tecrübe rol paylaşımına olumlu olarak yansır yorumunda bulunabiliriz.

5.3. ÇALIŞMANIN YARARLARI

5.3.1. Evde sağlık hastasına bakan hasta yakını olmak kişiye yük oluşturan bir durumdur. Dağdeviren'in çalışmasında bakım vermenin bakım yükü oluşturduğu görülmüştür(4). Diğer çalışmalarda bakım vermenin kaygıları arttırdığı bu nedenlerle aile içi ilişkilere olumsuz yansıdığı görülmüştür(31). Bu durum kişilerin psikolojisini olumsuz etkileyebilen bir faktördür. Bakım verenin ailesinde rollerin değişmesi ve birbirlerine gereken ilgiyi göstermenin olumsuz etkilenmesi çalışmamız sonucu elde ettiğimiz bir bulgudur. Bunun anlaşılması ve göz önünde bulundurulması, çalışmamızın teorik yararlarıdır.

5.3.2. Bu konunun perspektif oluşturmaları, bizim evde sağlık yakınlarında birey olarak bu testleri uygulamamızı ve elde ettiğimiz sonuca göre davranabilmemizi sağlayabilecek olması çalışmamızın pratik yararlarıdır.

Çalışmamızda ölçek skorlarının birbiriyle pozitif korelasyon içinde olduğunu saptadık. Bu da bize aile işlevlerinin ilintili olduğunu, işlevlerden birindeki iyileşmenin başka işlevlerde de iyileşme sağladığını ve bütüncül yaklaşabileceğimizi görmemiz açısından önemliydi.

5.3.3. Evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarında aile işlevleri çeşitli boyutlarda olumsuz etkilenmiştir. Roller ve gereken ilgiyi gösterme boyutunda bu olumsuzluk anlamlıydı. İşlevlerdeki bu bozulma ve bunda etkili olan bazı faktörleri çalışmamızda tespit ettik. Bu faktörler gözetilerek bakım veren bireye ailesi, çevresi ve toplum tarafından gereken fiziksel ve psikolojik destek sağlanırsa aile ilişkileri ve işlevlerdeki bu bozulma minimize edilebilir. Devlet ve sivil toplum kuruluşları tarafından buna yönelik çalışmalar, destek programları geliştirilebilir. Neticede hem evde sağlık hastasının yaşam kalitesi, ona gösterilen ilgi ve sağlık durumu hem de bakım veren aile bireyinin yaşam kalitesi ve sağlık hali iyileştirilebilir. Bizim çalışma neticesinde elde ettiğimiz klinik yararlarından biri buydu.

Ölçek skorlamasına göre 2'nin üzeri puan o işlevde sağlıksızlık göstergesiydi. Çalışmaya katılanlarda kontrol ve vaka grubunun ikisinde de **Gereken İlgiyi Gösterme** ve **Davranış Kontrolü** açısından aile fonksiyonları sağlıksızdı. Son yıllarda ailelerin beraber geçirdikleri vakit azalmakta, televizyon ve sosyal medya bağımlılığı arttığı için aile ilişkileri olumsuz etkilenmektedir(75). Bu durum bireylerin birbirine karşı ilgi ve alakasında azalmaya, davranışlarında tahammülsüzlüğe neden olabilir. Aileler birlikte sosyal faaliyetlere katılıp beraber paylaştıkları vakitlerin artması yönünde teşvik edilebilir. Ailelerin kendilerini toplumdan soyutlayan bu tür bağımlılıklara karşı farkındalığının artması sağlanabilir. İşlevlerdeki bozulmanın diğer sebepleri araştırılıp önlemler alınabilir.

Toplumun en küçük birimi olan ailenin sağlıklı olması toplumu da sağlıklı yapacağı için çalışmanın bir başka klinik yararı budur.

5.4. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarının aile işlevlerini bakım vermeyenlerle karşılaştırarak yapılan çalışmamız evde sağlık hastasına bakım veren 77 kişi ve bakım vermeyen 77 kişi üzerinden gerçekleştirilmiştir. Çalışmamız, istatistiksel olarak yeterli olmakla birlikte olayın %40 ile %73'ünü çeşitli boyutlarda

değişen oranlarda açıklamaktadır. Araştırmamız tek merkezli ve kısa süreli olması ile örneklem büyüklüğünün dar olması açısından kısıtlılık arz etmektedir. Ayrıca olaya etki eden faktörleri dahil ederek olayın belli kısmını açıklamamıza rağmen açıklık getiremediğimiz bir kısım da mevcuttur. Benzer çalışmalar da genellikle tek merkezli ve kısıtlı örneklem büyüklüğüne sahiptir. Bu sebeple ulaşılan sonuçlar genellenemez.

Çeşitli bölgelerde ve çok merkezli, daha çok sayıda hasta yakınıni dahil ederek daha uzun süreli yapılan çalışmalar daha net ve genellenebilir sonuçlara ulaşmamızı sağlayacaktır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde Sağlık Hizmeti alan hastalara bakan hasta yakınlarının aile işlevlerini değerlendirdiğimiz çalışmada katılımcılara Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği uygulandı.

Evde sağlık hastalarına bakım verenlerde çeşitli boyutlarda aile işlevlerinde bozulma mevcuttu. Çalışmamızda, **“Roller”** ve **“Gereken İlgiyi Gösterme”** boyutlarında bu bozulma daha belirgindi. Roller ve gereken ilgiyi gösterme işlevlerinde evde sağlık hastalarına bakan hasta yakınlarında aile işlevleri bakım vermeyenlere göre daha sağlıklı ve bozulmuş idi.

Evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarını tek başına değerlendirdiğimizde **“Roller”** boyutunda bireyin aldığı eğitim süresinin belirgin etkisi görülmüştür. Bakım verenlerde eğitim süresi azaldıkça ailede roller konusunda işlevsellikte bozulma tespit edilmiştir.

“Gereken İlgiyi Gösterme” açısından bakım verenler kendi içinde değerlendirildiğinde çocuk sahibi olmanın olumsuz etkilediği ancak evde bakım süresinin fazla olmasının ise bu işleve olumlu yansıdığı çalışmada ortaya çıkmıştır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre;

Evde sağlık hastasına bakan hasta yakınlarına diğer aile üyeleri, arkadaşları ve çevresi tarafından maddi ve manevi destek verilmesi, bakım yükünün paylaşılması,

Bakım veren bireylere bazı durumlarda ailesini de dahil ederek tedavi ve bakım konusundaki gerekli konularda eğitim-danışmanlık hizmeti verilmesi, bakım konusunda yardımcı olabilecek organizasyonların belirli aralıklarla devlet kuruluşları ve sivil toplum örgütleri tarafından gerçekleştirilmesi,

Bakım veren bireyin sosyal aktivitelere katılması, ailesiyle daha fazla vakit geçirmesi, evdeki iş yükünün azaltılması, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı kalması hususunda desteklenmesi gerekmektedir. Bu durum neticede hasta ile bakım verenin yaşam kalitesini yükseltecek; aile ilişkilerinin ve toplumun sağlıklı olmasını sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Karahan, A., ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. *Turkish J Geriatri*, 5(4), 155-159.
2. WHO. Home-Based Long-Term Care (2000). Technical Report Series (No. 898). Geneva: World Health Organization.
3. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete Tarihi: 10.03.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25751).
4. Dağdeviren, TS. (2017). Evde Akım Hizmeti Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Bakım Yükünün Değerlendirilmesi (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
5. Çayır, Y. (2013). Birinci Basamakta Evde Sağlık Hizmetleri: Neler Yapabiliriz? *Dicle Tıp Dergisi*, 40 (2), 340-344.
6. Ünlüoğlu, İ., Saatçi, E. (2015). Aile Hekimliğinde Evde Bakım. İstanbul.
7. Sobel, D. (2000). Galileo'nun Kızı. (Çeviri: Bahadır Sina Sener) İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
8. Cimate, G. (1998). Birinci Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı (s 1-41). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
9. Rossman, I., Scuhulmerich, SC. (1996) Historical Overview of Community Health in the United States (p 3-9). Home Health Care Administration. New York: Delmar Publishers.
10. Çoban, M., Esatoğlu, AE. (2004) Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Hukuku*, 12(2), 109-120.
11. Gallagher, MB. (1985). Nursing Role In Home Health Care (p 327-350). In: Community Health Nursing: Keeping The Public Healthy. Ed: Linda L, Jarvis MS, Davis Company, USA.
12. Wasik, BH., Bryant, DM., Lyons, MC. (1990). Home Visiting. London: Sage Publications.
13. Doğan, BG., Subaşı, NP., Güler, Ç., Akın, L. (2006). Bölüm 27: Evde Bakım. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
14. Tavas, AE. (2014). Acil Servise Başvuran Yatağa Bağımlı (Bakıma Muhtaç) Hastaların Sağlık ve Sosyal Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi (Doktora tezi). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

15. American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians. (2007). Medical Management of the Home Care Patient, Guidelines for Physicians.P:1-5.
16. Oral, AI. (2002). ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *Anadolu Ünivirsitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 61-77.
17. Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., Saltman, RB. (2012) Home Care Across Europe: Current Structure and Future Challenges. World Health Organization.
18. Brodsky, J., Habib, J., Mizrahi, I. (2000). Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Rewiev. World Health Organization.
19. Turan, ÖS. (2008). Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
20. Matsuda, S., Yamamoto, M. (2001). Long-Term Care Insurance and Integrated Care For The Aged in Japan. *International Journal of Integrated Care*, 1(e28).
21. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (Kabul Tarihi: 24.04.1930 Kanun No: 1593).
22. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete Tarihi: 09.09.1964 Resmi Gazete Sayısı: 11802).
23. Altuntaş, M., Yılmaz, TT., Güçlü, YA., Öngel, K. (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 20(3), 153-158.
24. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. (Makam Onayı Tarihi: 24.02.2011 Makam Onayı Sayısı: B.10.0.THG.0.10.00.01-020 /8751).
25. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.04.2017 tarihli ve 49644233-020-435 sayılı Makam Onayı (Erişim Tarihi: 16.02.2019)
<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/%209868,2017-05-05-2-1pdf.pdf>.
26. Evmez, M. (2018) Evde Sağlık Hastalarına Bakan Hasta Yakınlarının Güçlükler Karşısında Tutumlarının Belirlenmesi (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
27. Allender, JA., Spradley, BW. (2001) Clients in Home Health, Hospice, and Long Term Setting (p 739-753). Community Health Nursing Concepsts and Practice. Lippincott.
28. Gözüm, S., Tan, M. (2003). Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş ve Uygulamaları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(1),14-21.

29. Zarit, S.(2004). Family Care And Burden At The End Of Life. *CMAJ*, 170, 1811-1812.
30. Özlü, A., Yıldız, M., Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* ,46(Özel),38-42.
31. Karahan, AY., İslam S. (2013). Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1).
32. Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., ve ark. (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi - Istanbul Med J*, 11(3), 125-132.
33. Aksayan, S., Çimete, G. (1998.) Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri Olanakları ve Tercihleri. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, İstanbul.
34. Dramalı, A., Demir, F., Yavuz, M. (1998). Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, İstanbul.
35. Kasuya, RT., Polgar-Bailay, P., Takeuchi, R. (2000). Caregiver Burden And Burnout: A Gui-De For Primary Care Physicians. *Postgraduate Medicine*,108(7), 119-123.
- 36.a-Mc Corkle, R., Grant, M., Frank, S. M., Baird, S. (1996). Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- 37.Öztop, H., Şener, A., Güven, S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2008 (1), 39-49.
38. Çiğdem, E. (2019). Evde Sağlık Hastalarına Bakan Hasta Yakınlarında Hayatın Anlam ve Amacının Belirlenmesi (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara .
- 39.Ünalın, T. (1988). Türkiye’de Çekirdek Aileler. *Nüfusbilim Dergisi*, 10(51).
40. Gladding, ST. (2006). Family Therapy History, Theory and Practise (4th. Ed.). Ohio: Pearson.
41. Bulut, I. (1993). Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi. Ankara:Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hiz. Müsteşarlığı Yay.
42. Bulut, I.(1990). Aile Değerlendirme ölçeği (ADÖ) El Kitabı, Ankara.
43. Baran, G., ve Yurteri Tiryaki, A. (2016). Aile Yaşam Döngüsü. Aile Yaşam Dinamiği (Ed.Gülen Baran), Ankara: Pelikan Yayınları.
44. Winek, JL. (2009). Systemic Family Therapy: From Theory to Practice. USA: Sage Publications

45. Ogburn, WF. (1963). The Changing Functions of the Family. Selected Studies in Marriage and the Family, Newyork.
46. Ackerman, NW. (1958). The Psychodynamics of Family Life. Newyork: Basic Books.
47. Kır, İbrahim., (2011). “Toplumsal Bir Kurum Olarak Ailenin İşlevleri”. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(36), 81-404.
48. Dai, L., Wang, L. (2015). Review of Family Functioning. *Open J Soc Sci.*, 3(12), 134-141.
49. Olson, DH. (2000). Circumplex Model of Family Systems, *J Fam Ther.*, ,22(2), 144-167.
50. Beavers, R., Hampson, R. (2000). The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Assoc Fam Ther.*, 22,128-143.
51. Epstein, N., D. B, Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *J Marriage Fam Couns.*, 4,19-31.
52. Skinner, H., Steinhauer, P., Sitarenios, G. (2000). Family Assessment Measure (fam) and Process Model of Family Functioning. *J Fam Ther.* , 22(2), 190-210.
53. Miller, IW., Ryan, CE., Keitner, GI., Bishop, DS., Epstein, NB. (2000). The McMaster Approach to Families: Theory, Assessment, Treatment and Research. *J Fam Ther.*, 22(2), 168-189.
54. Coşkun, Y. (2007). Ortaöğretim Öğrencilerinin Öğrenilmişgüçlülükleri ve Aile İçi İlişkileri. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
55. Zorbaz, S., ve Korkut Owen, F. (2013). Çocuklar İçin Aile İlişkileri Ölçeği’nin Geliştirilmesi Türk *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(39), 58-67.
56. Greene, BL. (1970). A Cilinical Approach Marital Problems Evaluation and Management. U.S.A: Charles C Thomas Publisher.
57. Nichell, A., and JM, Dorsey. (1973). Management in Family Living. New York: John Wiley and Sons Inc., Nye, I.F. and F.M. Berardo. The Family Its Structure and Interaction. New York: The McMillan Comp.
58. Özatça, A. (2009). Ergenlerde Sosyal ve Duygusal Yalnızlığın Yordayıcısı Olarak Aile İşlevleri (Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana.

59. Kılıç Ceyhan, E. (2018). Anne Baba Ergen İlişkileri İle Aile İşlevleri Arasındaki İlişkinin Okul Sosyal Hizmeti Açısından İncelenmesi (Doktora Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programı, Ankara.
60. Tunç Beşer, M. (2018). Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
61. McElroy, H. (2001). Male Caregivers of Spouses With Alzheimer's Disease: Risk Factors and Health Status. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(3), 167-175.
62. Akça Kılıç, N., Taşçı S. (2005). 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(Ek Sayı), 30-36.
63. Öztürk-Tokuç, F. (2009). Otistik Çocuk Aile Özelliklerinin Aile işlevlerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
64. Branstetter, JE., Domian, EW., Williams, PD., Graff, JC., & Piamjariyakul, U. (2008). Communication Themes in Families of Children with Chronic Conditions. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 31, 171-184.
65. Morimoto, T., Schreiner, SA. (2003) Assono H. Caregiver Burden and Health-Related Quality of Life Among Japanese Stroke Caregivers. *Age and Ageing*, 32(2), 218-223. National Institutes Of Health (2013), The Dementias-Hope Through Research. <http://www.nia.nih.gov/alzheimers>
66. Aldrich, N. (2011) CDC Seeks to Protect Health of Family Caregivers. National Association of Chronic Disease (CDC).
67. Kalinkara, V., Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.
68. Gaugler, JE. (2010). The Longitudinal Ramifications of Stroke Caregiving: A Systematic Review. *Rehabil Psychol*, 55(2), 108-125.
69. Njoku, GU. (2015). The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level (,Doctoral Study). Walden University, College of Health Sciences, Minneapolis.
70. Sugihara, Y., Sugisawa, H., Nakatani, Y., Hougham, GW. (2004). Longitudinal Change in the Well-Being of Japanese Caregivers: Variations Across Kin Relationships. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59(B), 177-184.

71. Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
72. Çetinkaya, Y. (2016). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar ve Etkilerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
73. Adak, N. (2003). Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları: Kadınlar. Aile ve Toplum, 2, 1-9.
74. National Alliance For Caregiving; AARP. (2009). Caregiving in the U.S.: Executive Summary. Bethesda, Md.: National Alliance For Caregiving.
75. O'Toole, K. (2000). Study Offers Early Look At How İnternet İs Changing Daily Life, Stanford News.

8.EKLER

EK 1: VAKA GRUBU VERİ TOPLAMA FORMU

Ad- Soyad:

Cinsiyetiniz: a)Erkek b)Kadın

Yaşınız:

Medeni haliniz: a)Evli b)Bekar c)Dul

Eğitim yılınız:

Mesleğiniz: a) Sağlık personeli b) Ev hanımı c)Eğitimci

d)Güvenlik e)Teknik f)Serbest meslek

Şu an aktif işte çalışıyor musunuz?:

a)Evet b)Hayır

Evinizde yaşayan kişi sayısı:

Çocuğunuz: a)Var b)Yok

Bilinen bir rahatsızlığınız:

a)Var b)Yok

Kullandığınız ilaç:

Hastaya yakınlık dereceniz:

Hastanızın yaşı:

Hastanızın tanısı:

Hastanız kaç yıldır evde sağlık hastası:

EK 2: KONTROL GRUBU VERİ TOPLAMA FORMU

Ad- Soyad:

Cinsiyetiniz: a)Erkek b)Kadın

Yaşınız:

Medeni haliniz: a)Evli b)Bekar c)Dul

Eğitim yılınız:

Mesleğiniz: a) Sağlık personeli b) Ev hanımı c)Eğitimci

d)Güvenlik e)Teknik f)Serbest meslek

Şu an aktif işte çalışıyor musunuz?:

a)Evet b)Hayır

Evinizde yaşayan kişi sayısı:

Çocuğunuz: a)Var b)Yok

Bilinen bir rahatsızlığınız: a)Var b)Yok

Kullandığınız ilaç:

EK 3: McMASTER AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur. **(Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum)**

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe **(X)** işareti koyunuz. **Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz.** Mümkün olduğu kadar **çabuk ve samimi cevaplar** veriniz. **Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz.** Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()

16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörölü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörölü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()

43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetismekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

Değerlendirme:

Aynen katılıyorum : bir(1) puan

Büyük ölçüde katılıyorum : iki (2) puan

Biraz katılıyorum : üç (3) puan

Hiç katılmıyorum : dört (4) puan

Problem çözme	2-	12-	24-	38-	50-	60-							.../6=
İletişim	3-	14*	18-	22*	29-	35*	43-	52*	59-				.../9=
		-		-		-		-					
Roller	4*-	8*-	10-	15*	23-	30-	34*	40-	45*	53*	58*		../11=
				-			-		-	-	-		
Duygusal tepki verebilme	9*-	19*	28*	39*	49-	57-							.../6=
		-	-	-									
Gereken ilgiyi gösterme	5*-	13*	25-	33*	37*	42*	54*						.../7=
		-		-	-	-	-						
Davranış kontrolü	7*-	17-	20-	27*	32-	44*	47*	48*	55-				.../9=
				-		-	-	-					
Genel işlevler	1*-	6-	11*	16-	21*	26-	31*	36-	41*	46-	51*	56-	../12=
			-		-		-		-		-		

Yıldız (*) işaretli sorular ters olup puanlaması ters yani dört, üç, iki, bir ,(4,3,2,1) şeklinde olmaktadır.

EK 4:ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/1746
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

10.10.2018

**KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA
ETİK KURULU**

"Evde Sağlık Hastalarına Bakan Hasta Yakınlarının Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi" adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurumumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Op. Dr. Ömer Faruk ZANER
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA
Web: www.akcah.gov.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Evde Sağlık Hastalarına Bakım Hasta Yakınlarının Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-KAEK-15
	AÇIK ADRESİ	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1117
	FAKS	
	E-POSTA	etikkurulkeah@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asistan Dr. Sibel EKİCİ
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANI
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	S.B.Ü.Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	
	İDARE KİLİDİ	
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alınıp alınmıyor)	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLÇİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐
		Tıbbi cihaz klinik çalışması ☐
		In vitro tıbbi tıccihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☒ Uzmanlık Tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İLK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGİLER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜLÜK FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Dr. Dr. Öner F. TANER
İmza:

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

ASLI GİBİDİR

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Sekreteri
Mehmet SELAMOĞLU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Evde Sağlık Hastalarına Bakım Hasta Yakınlarının Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	BAZIRI	☐	
	ARASTIRMA BELGESİ	☐	
	DEĞERLENDİRME MADDELERİ TRANSKRİPTİ	☐	
	HAYAT	☐	
	TELEFON BİLDİRİMİ	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GAUVERTEK BİLDİRİMLERİ	☐	
	ÖNERİ	☐	

KARAR BELGELERİ

Karar No: 1746 **Tarih: 10.10.2018**

Yukarıda bilgileri verilen araştırma ile ilgili belgeler araştırma etiği açısından gözden geçirilerek, uygun, sağlıklı ve yöntemden dolayı olumsuz sonuçları ve ilgili belgeleri olup araştırma etiği açısından değerlendirilerek belirlenen risklerin kabul edilebilir düzeyde olduğu ve bilimsel olarak değerlendirilebilir olduğu kanaatine varılmıştır. Bu kararın uygulanması için gerekli olan belgelerin araştırma etiği açısından değerlendirilerek belirlenen risklerin kabul edilebilir düzeyde olduğu ve bilimsel olarak değerlendirilebilir olduğu kanaatine varılmıştır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULU'N ÇALIŞMA ESASI				İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI/ ADI/ SOYADI				Op.Dr.Ömer Faruk TANER					
Unvanı/Adı/Soyadı	Yazınışık Alanı	Kurumu	Çalıştır	Araştırma ile ilgili	Katılım *	İmza			
Op.Dr.Ömer Faruk TANER Biliş	Genel Tıp	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Op. Dr. N. S. Güneş GÜLHAN Biliş	Genel Tıp	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Doç.Dr. Mustafa GÜLEÇ Biliş	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☐	☐	☐	
Prof. Dr. Alihan ERGÜN	Enfeksiyon	Atatürk Üni. Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Prof. Dr. Alihan Ali ERGÜN	Tıbbi Genetik	Atatürk Üni. Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Prof. Dr. İsmail FARK ÖZGENEL	Çocuk Genetik	Atatürk Üni. Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Op. Dr. İsmail ÖZAKÇA	Farmakoloji (Pik)	Atatürk Üni. Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☐	☐	☐	
Prof. Dr. Selma UYSAL RAMADAN	Radasyon Fizik	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☐	☐	☐	
Prof. Dr. Mustafa ALTAY	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Doç.Dr. Aslı ÇELEBİ TAYFUR	Çocuk Nefroloji ve Hematolojisi	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Doç. Dr. Güneş GÜLER SİMŞEK	Pediyatri	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Uzm. Dr. Ömer KORUÇU	Nefroloji	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Uzm. Dr. Volkan MERTİN	İlaç Sağlığı	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Ar. Abdullah Emin TEKİN	Araştırma	Kayseri	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Nimetullah TEKİN	Genel Tıp	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzalarının yer alınmadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ASLI GİBİ

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Genel Tıp Kliniği
Hacer SELANOĞLU

9. ÖZGEÇMİŞ

I - Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sibel Ekici

Doğum yeri ve tarihi: Seydişehir -1990

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: siblekici@gmail.com / 0 507 911 50 16

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Asistanlık Eğitimi: SBÜ Ankara Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma

Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği(2016-2019)

Üniversite: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi(2008-2014)

III- Ünvanları

Asistan Doktor

IV- Mesleki Deneyimi

2016- halen – SBÜ SBÜ Ankara Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Aile Hekimliği Asistanı

09-12 2014 – Konya Seydişehir Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

