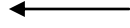


Adınızı soyadınızı giriniz

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



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



Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**BİLİNÇSİZ HASTAYA BAKIM VEREN HASTA
YAKINLARINDAKİ BAKIM YÜKÜ**

SADE YILDIRIM

**DANIŞMAN
PROF.DR.TÜRKİNAZ (ATABEK) AŞTI**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

İSTANBUL-2017

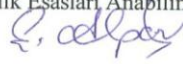
TEZ ONAYI

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Programında Yüksek Lisans öğrencisi Sade Yıldırım tarafından Prof.Dr.Türkinaz Atabek Aştı danışmanlığında hazırlanan "Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarındaki Bakım Yükü" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 29 / 12 / 2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Pro.Dr.Şule Ecevit Alpar
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı



Jüri

Prof.Dr.Yusuf Tunalı
İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı



Jüri-Danışman

Prof.Dr.Türkinaz Atabek Aştı
Bezm-İ Alem Vakıf Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü



Jüri

Doç.Dr.Funda Büyükyılmaz
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı



Jüri

Yard.Doç.Dr.Nuray Turan
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı



BEYAN

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

Sade Yıldırım (İmza)



İTHAF

Canım aileme, eşime ve biricik ARVEN'ime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman eleştiri ve fikirleriyle rehberlik eden, her zaman sabırlı ve anlayışlı olan, ilgi ve desteğini hiç ama hiç esirgemeyen değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Türkinaz (Atabek) Aştı 'ya,

Yüksek lisans eğitimim döneminde bilgi ve deneyimleri ile mesleki gelişimime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Rengin Acaroğlu'na, Prof. Dr. Merdiye Şendir 'e, Doç. Dr. Nurten Kaya'ya, Doç. Dr. Hatice Kaya'ya ve Yard. Doç. Dr. Nuray Turan'a,

Çalışmamda destek ve yardımlarıyla hep yanımda olan İ.Ü.C.T.F. Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan bütün hemşire arkadaşlarıma,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da bana güvenen, desteğini ve sevgisini hep hissettiren sevgili eşime en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bilinç (Şuur) Bozuklukları.....	4
2.2. Bakım Verme ve Bakım Veren Yükü Kavramı	7
2.2.1. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler	8
2.2.2. Bakım Yükünün Yaşam Kalitesine Etkisi	9
2.2.3. Bakım Veren Hasta Yakınlarındaki Bakım Yükü ve Depresyon	11
2.2.4. Bakım Yükünün Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler.....	12
2.3. Bilinçsiz Hasta ve Hemşirelik Bakımı	14
2.3.1. Yaşam Süresi.....	16
2.3.2. Yaşam Aktiviteleri	17
2.3.3. Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi (Öz Yeterlilik/Etkililik Durumu)	40
2.3.4. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Etmenler	41
2.3.5. Yaşamda Bireysellik	43
2.3.6. Hemşirelik Süreci.....	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	55
3.1. Araştırmanın Türü.....	55
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	55
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	55
3.4. Veri Toplama Araçları	56

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	57
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	58
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	58
4. BULGULAR.....	59
4.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular	60
4.2. Hasta Yakınlarının Hastaya Bakım Verme Deneyimine İlişkin Bulgular	62
4.3. Hastanın Bilinç Durumu, Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Depresyon Düzeyine İlişkin Bulgular	64
4.4. Hastaların Bilinç Düzeyine göre Hasta Yakınlarının Bakım Yükü Ölçeği Puan Dağılımına İlişkin Bulgular ve Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	65
4.5. Hastanın Bilinç Düzeyi ile Hasta Yakınlarının Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	70
5. TARTIŞMA	72
5.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	73
5.1.1. Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	73
5.1.2. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	74
5.2. Hasta Yakınlarının Hastaya Bakım Verme Deneyimine İlişkin Bulgularının Tartışılması	77
5.3. Hastaların Bilinç Düzeyine Göre Hasta Yakınlarının Bakım Yüküne İlişkin Bulguların ve Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Bakım Verme Yükü ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	80
5.3.1. Glasgow Koma Skalası (GKS)'na göre Bilinç Düzeyi ile Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre Bakım Yükü Puanlarının Tartışılması	80
5.3.2. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Tartışılması	80
5.3.3. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Tartışılması	83
5.4. Hastanın Bilinç Düzeyi ile Hasta Yakınlarının Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması	84
KAYNAKLAR	86
FORMLAR	103
ETİK KURUL KARARI	111
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	113

ÖZGEÇMİŞ	114
----------------	-----



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Bilinçsiz Hastada Olabilecek Hemşirelik Tanıları.....	48
Tablo 2-2: Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Bireyde Olabilecek Hemşirelik Tanıları....	52
Tablo 4-1: Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	60
Tablo 4-2: Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	61
Tablo 4-3: Hasta Yakınlarının Hastaya Bakım Verme Deneyimine İlişkin Bulgular	62
Tablo 4-4: Hastanın Glasgow Koma Skalası (GKS)'na Göre Bilinç Düzeyine İlişkin Bulgular	64
Tablo 4-5: Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ) Puan Dağılımına İlişkin Bulgular	64
Tablo 4-6: Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puan Dağılımına İlişkin Bulgular	65
Tablo 4-7: Glasgow Koma Skalasına göre Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Dağılımları *	65
Tablo 4-8: Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Dağılımları *	66
Tablo 4-9: Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırması	67
Tablo 4-10: Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Beck Depresyon Envanteri Puan Dağılımları *	69
Tablo 4-11: Bakım Yüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Glasgow Koma Skalasıdan Alınan Puanların İlişkisi	71

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1:Glasgow Koma Skalası (GKS) (Evyapan 2012).....	5
Şekil 2-2:Bilinç Seviyeleri (Sepit 2005).....	6
Şekil 2-3:Hemşirelik Modeli Diyagramı (Aştı ve Karadağ 2012).....	15



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DALY: (Disability Adjusted Life Year) Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı Kaybı

M.E.B.: Milli Eğitim Bakanlığı

SSS: Santral Sinir Sistemi

ARAS: Asendan Retiküler Aktivasyon Sistemi

RF: Retiküler Formasyon

GKS: Glasgow Koma Skalası

TDK: Türk Dil Kurumu

WHO: World Health Organization

NGT: Nazogastrik Tüp

PEG: Perkütan Enteral Gastrostomi

SAK: Subaraknoid Kanama

MCA: Middle Cerebral Artery

NSAIDs: Non Steroid Anti-İnflamatuvar İlaçlar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ALS: Amyotrofik Lateral Skleroz

KİBAS: Kafa İçi Basınç Artışı

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

ZBYYÖ: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

BDE: Beck Depresyon Envanteri

DM: Diabetes Mellitus

DI: Diabetes İnsipitus

HT: Hipertansiyon

SVM: Serebral Vasküler Malformasyon

AVM: Arteriovenöz Malformasyon

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

ADH: Antidiüretik Hormon

MS: Multiple Skleroz

ROM: Range of Motion

KİB: Kafa İçi Basıncı



ÖZET

Yıldırım, S. (2017). Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarındaki Bakım Yükü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bakım yükünü üstlenmiş bireylerin, yoğun stres, güçsüzlük, çaresizlik ve yetersizlik hissettiği bilinmektedir. Bakım yükünü inceleyen çalışmalarda hastaların bilinç durumu değerlendirilmemiştir. Bu çalışma ile bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarındaki bakım yükünün belirlenmesi amaçlandı.

Çalışmaya bilinci kapalı hastanın bakımından sorumlu olan, araştırmaya katılmaya istekli olan, 18 yaş üstü 55 hasta yakını alındı. Çalışmada bütün örneklem grubu bilinci kapalı hasta yakınlarından oluşmaktadır, bu nedenle herhangi bir gruplama yapılmamıştır. Veriler; bireylerin ve hastaların bireysel özelliklerini içeren Bilgi Formu, GKS, ZBVYÖ ve BDE ile toplandı ve sonuçlar yorumlandı.

Bu çalışmada hastaların %25,7'sinde hemipleji, %25,1'inde konuşamama, %23,4'ünde yutma güçlüğü, %16,2'sinde anlama zorluğu ve %9,6'sında bilinç bulanıklığı/kişilik değişikliği olduğu görüldü. Bakım veren bireylerin %78,2'si bakım verme nedeniyle sağlığının olumsuz olarak etkilendiğini ifade etti ve en sık yaşadıkları sağlık problemleri ise sırasıyla uyku bozukluğu, yorgunluk, enerji kaybı, baş ağrısı, çabuk öfkelenme ve kilo kaybı olarak belirlendi. Bakım veren bireylerin %76,4'nün bakım verme konusunda deneyimi olmadığı ve hastanın iletişim, temizlik ve banyo, boşaltım, hareket, beslenme, güvenli ortam sağlama/sürdürme ve giyinme aktivitesini gerçekleştirmesinde zorluk yaşadığı belirlendi. Araştırmada Bakım Yükü Ölçeği'nin puan ortalaması $32,92 \pm 15,9$ olarak belirlendi ve bu sonuç çalışmadaki bireylerin bakım yükünün yüksek olduğunu gösterdi. Ancak Bakım Yükü Ölçeği'nden alınan puanlar ile Glasgow Koma Skalası'ndan alınan puanlar arasında ilişki olmadığı görüldü. Diğer yandan ZBVYÖ'nden alınan puanlar ile BDE alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Bilinci kapalı hasta, bakım verme yükü, depresyon.

ABSTRACT

Yıldırım, S. (2017). Caregiver Burden Among Patient-Relatives of Unconscious Patients. Istanbul University Institute of Health Sciences, Nursing Principles. Master Thesis. Istanbul.

It is known that individuals who undertake the burden of care experience intense stress, weakness, helplessness and inadequacy. The consciousness of patients has not been assessed in many studies that have overlooked the burden of care. This study aimed to determine the caregiver burden with unconscious patients in patient care.

Approximately 55 subjects over the age of 18 who were responsible for the care of the unconscious offspring and were willing to participate in the study were included. In the study, the whole sample group consists of unconscious patient relatives, so no grouping was done. Data; The information form including the sociodemographic characteristics of the individuals and the patients was collected with GCS, ZBI and BDI and the results were interpreted.

In this study, it was observed that 25.7% of the patients had hemiplegia, 25.1% can not speak, 23.4% had difficulty swallowing, 16.2% had difficulty understanding and 9.6% had personality changes. 78.2% of the caregivers stated that their health was negatively affected due to care and the most common health problems were sleep disorder, fatigue, energy loss, headache, irritability and weight loss respectively. It was determined that 76.4% of caregivers had no experience of care and that the patient had difficulty communicating, cleaning and bathing, discharging, moving, feeding, maintaining a safe environment and performing dressing activities. The mean score of the Zarit's Burden Interview in our study was 32.92 ± 15.9 and this result showed that the burden of care for the individuals in the study was high. However, it was observed that there was no relationship between the scores obtained from the Zarit's Burden Interview and the scores obtained from the Glasgow Coma Scale. On the other hand, it was determined that there was a significant positive correlation between ZBI scores and BDI scores.

Key Words: Unconscious patient, caregiver burden, depresion.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağırlığı yaklaşık olarak 1,4 kg olan ve insanı diğer canlılardan ayıran beyin tam olarak çözümlenememiş gizemli bir organdır (Şenel 2003). Beyin, vücuttaki tüm organları kontrol eden, duyguları ve hisleri yönlendiren, öğrenme, düşünme ve hatırlamadan sorumlu olan organımızdır (Keleş ve Çepni 2006). MÖ 4000’li yıllardan günümüze kadar gizemi çözülmeye çalışılan beyin ile ilgili yaklaşık 1000’in üzerinde hastalık tanımlanmıştır (Şenel 2003). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin 2017 yılı verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle 2016 yılında 162 876 kişi ölmüş ve ölümlerin %23,6’sı serebrovasküler hastalıklar nedeniyle olduğu belirlenmiştir (TÜİK 2017). Serebrovasküler hastalıklar dünyada ikinci ölüm nedeniyken sakatlık ve iş gücü kaybında birinci sıradadır (Şahin ve ark. 2015). Ayrıca serebrovasküler hastalıkların Türkiye’de de ulusal düzeyde Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı Kaybı (DALY)’na neden olan ilk 10 hastalık arasında olduğu ve kayıpların %6’sını oluşturduğu bildirilmiştir (Ergör 2013).

Hastalık ya da travma gibi akut bir durum sonrasında bireylerin beyin fonksiyon ve işlevlerinde geriye dönüşsüz bozulmalar gelişebilmektedir (Arslantaş ve Adana 2011). Bu durumda birey, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede veya temel gereksinimlerini karşılamada güçlükler yaşamakta ve bir başka bireye bağımlı hale gelmektedir (Şenel 2003; Akman 2008). Başka bir bireye bağımlı olmak, temel gereksinimlerinin bir başkası tarafından karşılanması bağımlı olan birey için oldukça zor ve rahatsız edici bir durumdur. Literatürde beslenme, boşaltım, temizlik, giyinme ve hareket etme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bir başkasına bağımlı olmanın hastada depresyon ve gerginliğe yol açtığı, bireyin yaşamının bütün yönlerini etkilediği belirtilmektedir (Özer ve ark. 2006; Mollaoğlu ve ark. 2011).

Bağımlı olma durumu yalnızca hasta bireyi değil bu bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamak ve bakım vermek durumunda olan hasta yakınlarını da çok derinden etkilemektedir. Bakım verme süreci; bireyin kişisel gelişimine katkı sağlayan, kendine duyduğu saygıyı arttıran, kişisel doyum sağlama ve aile bağlarının güçlenmesine neden olan olumlu etkilere sahiptir. Ancak bakım verme bireyin anksiyete, depresyon, yorgunluk, sosyal izolasyon ve rol çatışması gibi olumsuzlukların da yaşanmasına neden olan çok boyutlu bir deneyimdir (İnci ve Erdem 2008; Bevans ve Stenberg 2012; Orak ve Sezgin 2015).

Bakım verme durumu genellikle aile üyelerine ait bir sorumluluk, bir görev olarak algılanıp kendilerinden beklenen tutumu ve davranışı göstermeleri toplum tarafından beklenilmektedir (Kalav 2011). Dolayısıyla her aile, içinde bulunduğu toplumun yapısına, kişilik özelliklerine ve farklı destek kaynaklarına göre hastaya bakım verme sürecinde yer almaktadır. Aile bu süreçte kendi içindeki hemostatik dengesini korumaya ve sürdürmeye çalışacaktır. Ancak literatürde bakım veren bireylerin, yoğun stres yaşadığı ve bu stresin olumsuz etkilerine maruz kalarak güçsüzlük, çaresizlik ve yetersizlik gibi olumsuz duygular hissettiği belirtilmektedir (Arslantaş ve Adana 2011). Bakım verme sürecinde hasta yakınları tarafından algılanan bu durumu tanımlamak için araştırmacılar ‘bakım verme yükü’ kavramını ortaya atmışlardır. Bakım verme yükü kavramı, bakım sunarken yaşanan fiziksel, duygusal, sosyal veya maddi problemleri ifade etmede kullanılmaktadır (Atagün ve ark. 2011). Şahin ve ark (2009)’nın kemoterapi tedavisi gören hastalara bakım veren hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada bakım verme sürecinde %51,6’sının kendi sağlığını kötü olarak algıladığı belirlenmiştir. Literatürde bakım yükünün artmasıyla yaşam kalitesinin azalması ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Tew ve ark. 2013). Hemşirelik mesleğinde hastaya bakım bütüncül olarak verilir. Bu nedenle bakım içerisinde hasta yakınları ve onların sağlık durumları, istekleri, beklentileri de önemli bir yer teşkil etmelidir. Çünkü bakım veren bireylerin; hastalarına daha aktif, daha etkin ve daha kaliteli bir bakım verebilmeleri için kendilerini iyi ve yetkin hissetmelidirler (Hughes 2008).

Duyu, motor ve psikolojik işlev bozukluğuna neden olan hastalıkların iyileşmesi hem hastanede hem de evde uzun süreli bakım gerektirir (Kapucu ve ark. 2009). Beyin tümörü tanısı almış hastaların tümörün ya da tedavinin komplikasyonları sonucu kognitif bozukluklar, defisit, nöbet veya kalıcı nörolojik hasar yaşamasının bakım veren bireyleri de etkilediği bilinmektedir (Schubart ve ark. 2008). Bilinci kapalı hastanın gereksinimlerini ifade edememesi ve yerine getirememesi, ekstremiteler hareketlerinin kontrolünü kaybetmesi, koruyucu refleksin kaybolması ve hayati tehlikesinin var olması gibi nedenlerle bu bireylere bakım veren hasta yakınları, bakım verme yüküne bağlı tükenmişlik riski altında olabilirler. Yapılan bir çalışmada bilinci kapalı hastaların yakınlarındaki depresyon oranının %61,1 olduğu belirlenmiştir (Demir 2006). Bakım yükünü üstlenmiş bireyin; yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi, bakım sürecinde desteklenmesi, bakım verme rollerinin tanımlanması veya değişen duruma uyum göstermesi sağlanırsa bakımın kalitesi ve etkinliği artabilir. Bu amaca ulaşmak için öncelikle bakım yükünün olup olmadığı ve boyutunun ne olduğu tespit edilmelidir. Literatürde bakım yükünü inceleyen pek çok çalışma vardır, ancak bu

Çalışmalarda hastaların Şuur durumları göz ardı edilmiş veya Şuuru kapalı hastaya bakım vermenin hasta yakınını nasıl etkilediği, hissedilen yükün boyutunun ne olduğu incelenmemiŐ veya tanımlanmamıŐtır. Bu bilgiler ışığında araŐtırmamız, bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarındaki bakım yükü düzeyinin belirlenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında yararlanılabilecek bir kaynak oluşturması amacıyla planlandı ve gerçekleştirildi.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bilinç (Şuur) Bozuklukları

Bilinç, çevrenden gelen uyarıları doğru olarak algılama ve değerlendirme yeteneğidir (M.E.B. 2011). Bilinç düzeyinin normal devam etmesi için her iki serebral hemisferin ve beyin sapının sağlam olması gerekir. Bilinç bozuklukları, sistematik nedenlerle olabileceği gibi beyni, bilateral ve diffuz olarak etkileyen ya da üst beyin sapı ve diensefalik yapılar üzerinde daha selektif etki eden nörolojik nedenlerle de ortaya çıkabilmektedir (Evyapan 2012). Bilinç bozuklukları aniden gelişebildiği gibi (örn. Epidural Hematom) yavaş yavaş da (örn. Subrural Hematom) gelişebilir (Sepit 2005).

Santral sinir sisteminde (SSS) uyanıklıktan sorumlu temel anatomik yapı asendan retiküler aktivasyon sistem olarak adlandırılır (ARAS). Bu yapı, ponsun dorsal kısmından başlayıp, mezensefalonla devam eden ve talamusla bağlantı yaparak her iki hemisfere dağılan bağlantılardan oluşmaktadır. Bu sistemdeki yapısal, toksik veya metabolik sebeplere bağlı olarak ortaya çıkan ARAS fonksiyon bozukluğu, koma veya diğer düzeylerdeki bilinç bozukluklarına neden olabilir (Atamer ve Krespi 2012).

Kişinin kendinden ve çevresinden haberdar olması için serebral korteksin retiküler sistem ile uyarılması gerekmektedir (Ertan 2005). Retiküler Formasyon (RF), spinal kord, serebellum, talamus ve hipotalamus nöronları arasındaki bağlantı ağıdır. Tüm duyular RF içinden geçerler (Geraghty 2005). Ancak, beyinde ortaya çıkan bir kitle, hematom, serebral infarkt, venöz sinüs trombozları ve fokal infarkt gibi infratentoriyal veya subratentoriyal nedenler bu mekanizmayı olumsuz olarak etkileyerek bilinç bozukluklarına neden olmaktadır (Lindsay ve ark. 2000; Atamer ve Krespi 2012). Bilinç bozukluğunun nörolojik nedenleri olarak tümörler, kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar, santral sinir sistemi enfeksiyonları, epileptik nöbetler, inflamatuvar santral sinir sistemi hastalıkları ve lökoensefalopatiler gösterilmektedir. Ayrıca serebral kan akımının, pH'nın, vücut ısısının, kan glikoz düzeyinin ve O₂ saturasyonun yeterli olması da bilinç düzeyinin korunmasında önemlidir (Evyapan 2012; Atamer ve Krespi 2012).

Bilinç düzeyi hastanın nörolojik durumundaki değişikliklerle ilgili bilgi sağlayan ilk ve en önemli belirtidir (M.E.B. 2011). Bununla birlikte bilinç bozukluğu olan bir hastanın takibinde; mental durumu, kranial sinirlerin fonksiyonu, motor fonksiyonlar, refleksler ve koordinasyonları, duyular ve vasküler yapının da birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Hafıza

ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi, pupillerin büyüklüğü ve ışığa yanıtı, spontan hareketler ve simetrisi, derin tendon refleksi, yakalama, emme gibi refleksler de değerlendirilmelidir (Irwin ve Rippe 2002). Hastada koma gelişmeden önce hafif mental bozukluk olabilir, ancak süreç içerisinde mental bozukluk artabilir ve geriye dönüşsüz sonuçlara neden olabilir. Bu süre içerisinde hastanın dikkatli ve seri olarak değerlendirilmesi gerekir (Walker ve O'Brien 1999).

Kritik hastalarda bilinç durumundaki değişikliklerin değerlendirmesinde koma ya da sedasyon skalalarının kullanılması oldukça önemlidir. Skalalar hem izlem sürecindeki değişiklikleri saptar, hem de bilinç durumlarının net tanımını yaparak sağlık ekibi içerisindeki iletişimi kolaylaştırır (Çınar ve ark. 2012).

Bilinç düzeyini değerlendirme, prognozu belirleme ve klinik izlemi standartize etmek için uluslararası kabul gören skalalar oluşturulmuştur. Bunlardan en yaygın kullanılanı 1974 yılında geliştirilmiş olan Glasgow Koma Skalası (GKS) 'dır (Middleton 2012; Bloch 2016). GKS nöroanatomik yapının karmaşıklığını basit ve kolay bir şekilde değerlendirilmesini sağlar (Çınar ve ark. 2012).

GKS üç bileşenden oluşmaktadır ve bu bileşenler merkezi sinir sisteminin farklı kısımlarının işlevsel bütünlüğünü değerlendirmektedir. Bu skaladaki değerlendirme Şekil 2.1'de de görüldüğü gibi hastanın göz açması, uyarana motor yanıt ve sözel yanıt puanlanarak yapılmaktadır (Middleton 2012; Reith ve ark. 2016).

Göz açma	Sözel yanıt	Motor yanıt
Spontan(4)	Anlamlı (5)	Emirlere uyar(6)
Sesli uyarma(3)	Konfüze (4)	Ağrıyı lokalize eder(5)
Ağrılı uyarma(2)	Anlamsız kelimeler(3)	Normal fleksör yanıt(4)
Yok (1)	Anlamsız sesler(2)	Anormal fleksör yanıt(3)
	Yok (1)	Ekstansör yanıt(2)
		Yok(1)

Şekil 2-1:Glasgow Koma Skalası (GKS) (Evyapan 2012)

Skalanın yorumlanması, verilen sayısal değerlerin toplamıyla yapılır. En yüksek skor 15'tir ve hastanın tam uyanık olduğunu, oryantasyonun mükemmel olduğunu gösterir. En düşük skor ise 3'tür ve bu da derin koma durumunu göstermektedir. 8 ve altı puan durumu

hastanın komada olduğunu ifade eder ve komalı hastaya ilişkin hemşirelik bakımının gerekliliğini gösterir (Bloch 2016; Salottolo ve ark. 2016).

Bilinç seviyesi tam uyanıklık halinden tamamen cevapsızlık haline kadar devam eden aşamalardan oluşmaktadır (Şekil 2.2).

				Koma		
Bilinç	Konfüzyon	Laterji	Stupor			
				Hafif koma	Koma	Derin koma

Şekil 2-2:Bilinç Seviyeleri (Sepit 2005)

Bilinç: Bilinç, genel olarak kişinin uyanık, kendisinden ve çevresinden haberdar olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bilincin uyanıklık ve çevreyi tanıma yeteneği olarak iki komponenti vardır (Taşdemir 2012).

Hematom, tümör, menenjit, subaraknoid kanama, hidrosefali ve epilepsi gibi intrakranial ya da hipo/hipernatremi, hipo/hiperkalemi, üremi, diyabet, hipotiroidizm, anemi, alkol kullanımı ve ilaç kullanımı gibi ekstrakranial nedenler bilinç düzeyinin bozulmasına neden olurlar (Lindsay ve ark. 2000; Atamer ve Krespi 2012).

Konfüzyon: Uygun düşünce ve hareket düzeni sağlayamama olarak tanımlanmaktadır. Bireyler kolaylıkla uyandırılabilir ancak yakın geçmişi hatırlamada bozukluk vardır. Kişinin motor cevapları şekillendirme ve sıralamada sorunlar oluşmuştur, öncelikle zaman, sonra yer ve en son kişi oryantasyonu bozulur ve bu nedenle yanıt almak için tekrarlayıcı uyarılar vermek gerekmektedir (Irwin ve Rippe 2002; Sepit 2005).

Sistemik hastalıklar, nutrisyonel yetersizlikler, intoksikasyonlar, SSS enfeksiyonları, intrakranial lezyon, sıcak çarpması ve bazı psikiyatrik hastalıklarda görülür (Taşdemir 2012).

Laterji (Somnolans): Bilinç düzeyinde azalma söz konusudur. Bireyin uyarana yanıtı azalmış veya yavaşlamıştır, uyuşukluk, hareketlerde azalma veya kayıtsızlık mevcuttur (Sepit 2005). Birey zayıf bir uyarana ile uyanabilir ve sözlü ya da ağrılı uyarana uygun yanıt verebilir ancak kendi haline bırakıldığında yeniden uyuklar (Keskin 2008; Bahar ve Aktin 2009).

Stupor: Bireye ağırlı ve sürekli uyaran verildiğinde yanıt alınabilmektedir (Sepit 2005). Birey hiçbir zaman tam olarak uyanık kalmaz ve sözlü yanıt minimal düzeydedir (Ertan 2005; Keskin 2008). Geçici uyarılar sırasında amaçlı ekstremite hareketleri görülebilir ya da yüz buruşturma gibi genel bir cevap verebilir (Irwin ve Rippe 2002; Bahar ve Aktin 2009). Serebral hemisferde yaygın bilateral lezyon varlığında daha sık görülür.

Koma: Koma bilinç bozukluğu süreci içindeki en uç noktadır. Yunanca ‘uyku’ anlamına gelen koma, dış uyarana içsel anlaşılabilir tepki yokluğu olarak tanımlanmaktadır. Koma yapısal ve metabolik olarak gruplandırılan iki mekanizma ile olur. Yapısal olarak lezyonun bölgeyi bası altında bırakmasıyla ya da metabolik olayların tüm bölgeyi etkilemesiyle koma gelişir (Demir 2006; Keskin 2008).

Komadaki bireyde refleksler ileri derecede azalmış ve spontan hareketler kaybolmuştur (Siva 1997). Bu hastalar genellikle hareketsiz olarak yatarlar, deserebrasyon veya dekortikasyon gibi postürler alabilirler, triple fleksiyon ve Babinski gibi spinal kord refleksleri oluşabilir (Siva 1997; Irwin ve Rippe 2002).

2.2. Bakım Verme ve Bakım Veren Yükü Kavramı

Türk Dil Kurumu (TDK)’na göre bakım, bakma işi, bir şeyin iyi geliştirilmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmıştır (TDK 2006). Bakım verme genellikle kanser, demans veya beyin hasarı nedeniyle günlük temel ihtiyaçlarını karşılayamayan kişiye yardımcı olmak amacıyla yapılan iş olarak tanımlanmaktadır (Link ve Hepburn 2015). Bakım veren birey de, bakım sürecinin her aşamasında bağımlı bireye destek olan, fiziksel bakımını sağlayan kişi olarak tanımlanmıştır (Boyacıoğlu 2015).

Bakım verme işi iki şekilde incelenmektedir. Birincisi formal bakım ‘evde ya da kurumda sağlık bakımı hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakım’, ikincisi informal bakım ‘ücret alınmadan aile üyeleri veya arkadaşlar tarafından evde verilen bakım’dır. İnformal bakım, hastanın yerine getiremediği günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi ve bunları yapabilmesi için hastanın desteklenmesi; ilaçların uygulanması ve tedavi takibinin yapılması; gerektiğinde sağlık hizmetlerine ulaşımın sağlanması; sosyal, emosyonel ve maddi gereksinimlerin karşılanmasını da içermektedir (Bauer ve Sousa-Poza 2015; Boyacıoğlu 2015).

Bakım yükü kavramı ise ilk kez Grad ve Saisbury tarafından ortaya atılmış ve bakım verenin sosyal, mesleki ve kişisel rolleri üzerine olan olumsuz etkisini tanımlamak için kullanılmıştır. (Papastavrou ve ark. 2007; Boyacıoğlu 2015). Literatürde bakım vermenin yüksek düzeyde stres, bitkinlik, izolasyon, yalnızlık, kaygı, kızgınlık, suçluluk, aşırı yorgunluk, baş etmede yetersizlik, umutsuzluk gibi duygusal güçlükler; fiziksel güç kullanımına bağlı olarak kas gerginliği, iskelet hasarı, artırt gibi kronik hastalıklarda şiddetlenme, ağrı ve fiziksel rahatsızlıklar; düş kırıklığı veya depresyon gibi psikolojik faktörlere bağlı enfeksiyona yatkınlık; sempatik uyarı ve kardiyovasküler reaktiviteye bağlı hipertansiyon ve kardiyak hastalıklarda artış olduğu belirtilmektedir (Pinquart ve Sörensen 2007; Bauer ve Sousa-Poza 2015). Dolayısıyla ekonomik kısıtlanma, fiziksel güçlükler, duygusal ve sosyal baskının kombinasyonu sonucunda oluşan bakım yükü nedeniyle hastalara bakım veren aile üyeleri, gizli hastalar ve risk altındaki topluluklar olarak değerlendirilmelidir (Gutiérrez-Maldonado ve ark. 2005; Boyacıoğlu 2015).

Bakım verme sürecinde ortaya çıkan duygusal, psikolojik, fizyolojik ve finansal zorlukların tümü 'bakım yükü' olarak adlandırılmaktadır (Giesbrecht ve ark. 2012). Hoening ve Hamilton bakım yükünü objektif ve subjektif olarak tanımlamıştır. Objektif yük, bakım verme sırasında bireylerin harcadığı zaman, çaba ve mali durumun getirdiği yük olarak tanımlanmaktadır (Tsang ve ark. 2002). Bakım verme sürecinde bireylerin yaşadığı maddi ve manevi olumsuzlukları anlatır (Flyct ve ark. 2015). Bakım verme bireyin, aile ilişkilerini, aile içindeki rolünü, eğlence, çalışma ve sosyal yaşamını değiştirmesine neden oluyorsa ve birey bu değişiklikler nedeniyle çatışma yaşıyorsa bireydeki bakım vermenin objektif yükünden söz edilir (Altınok 2010; Atagün ve ark. 2011). Subjektif yük ise, bakım sunan bireyin objektif yüke bağlı olarak hissettiği duygu ve tutumları ifade eder (Flyct ve ark. 2015). Kişinin finansal, fiziksel ve duygusal sorunlarla uğraşırken yaşadığı sıkıntıları tanımlamak için kullanılmaktadır (Altınok 2010; Atagün ve ark. 2011).

2.2.1. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler

Uzun süreli bakım verme; sağlık, sosyo-ekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesi göstergelerini etkileyen, çoğunlukla olumsuz ancak daha az olumlu etkileri de olan bir deneyimdir (Çetinkaya 2008). Literatürde genellikle bakım veren bireyin yaşı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, sosyal destek varlığı, bakım veren bireyin sağlık durumu, hastanın tutum ve davranışları ve hastanın bağımlılık düzeyi bakım yükünü arttıran etmenler olarak sayılabilir (Orak ve Sezgin 2015). Hastanın erkek olması veya bakım verenin kadın olması

gibi cinsiyetin bakım yükünü arttırdığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Arslantaş ve Adana 2011).

Bakım veren bireyin kendini faydalı veya yararlı olduğunu hissetmesi, hastasına duyduğu yakınlık, doyum sağlama, olumlu aile ilişkilerinin varlığı, ailedeki birey sayısının fazla olması, diğer bireylerden sosyal destek alma, ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin yüksek olması, sağlık harcamalarını karşılamada sorun yaşanmaması, hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olunması ve maddi-manevi destek alımının yeterli olması bakım yükünü hafifleten sebepler arasında sayılabilir (Özer ve ark. 2006; İnci ve Erdem 2008; Arslantaş ve Adana 2011; Bayen ve ark. 2017).

2.2.2. Bakım Yükünün Yaşam Kalitesine Etkisi

Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamından memnun olma durumu (subjektif iyilik hali), kişinin kendini öznel olarak algılama şeklidir (Aktaş 2010; Topçu ve Bölükbaş 2012). WHO (World Health Organization)'ya göre yaşam kalitesi; bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi doğrultusunda amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak kendi yaşamını nasıl algıladığıdır (Skevington ve ark. 2004).

Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu çevre, ekonomik durumu ve kişiler arası ilişkiler gibi yaşamı ilgilendiren pek çok unsurdaki doyumu içine alan ve kendi yaşamını değerlendirişine dayanan öznel, algı ve biliş sürecinin bir bütünü olarak tanımlanmaktadır (Kutlu ve ark. 2011; Topçu ve Bölükbaş 2012). Literatürde beyin tümörü gibi hastalıkların sadece hastanın yaşam kalitesini değil hastalara bakım veren bireylerin/aile üyelerinin de ciddi boyutta yaşam kalitesini azalttığı ve bu durumun stres ve depresyon düzeyinde artışla kendini gösterdiği belirtilmektedir (Petruzzi ve ark. 2013). Yapılan çalışmalarla bireylerin, bakım yüklerinin artmasıyla doğru orantılı olarak depresyon, tükenmişlik, stres, fiziksel hastalık oranlarının ve enfeksiyon oranlarının yükseldiği, davranış bozukluklarının geliştiği, sağlık algılarının olumsuz yönde etkilendiği ve yaşam kalitelerinin düştüğü gösterilmiştir (Zaybak ve ark. 2012; Selçuk ve Avcı 2016). Hastaların hastaneye yatmasıyla ailede şok ve belirsizlik yaşanmakta buna bağlı olarak bakım veren bireyde uyku bozuklukları, iştahsızlık, baş ağrıları ve dikkat toplama güçlüğü gibi kişinin kendi yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesinde sorunları ortaya çıkarmaktadır (Demir 2006). Beyin hasarı oluşan bir bireyde yüksek oranda fiziksel psikomotor fonksiyon bozukluklarının gelişmesi; bakım veren bireyin psikotrop ilaç ve alkol kullanımında, stres, depresyon ve anksiyete düzeyinde artışa neden olduğu, sosyal ve mali yükün artışı ile de anormal rol değişimlerinin yaşandığı, azalan

sosyal uyum nedeniyle de sosyal izolasyonun geliştiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Marsh ve ark 2002; Uğur 2006). Bakım verme sürecinde bireyler en çok duygusal, davranışsal ve sosyal olarak etkilenirken nispeten daha az olarak bireylerin fiziksel ve bilişsel yetenekleri etkilenmektedir (Marsh ve ark. 2002).

Hastalık süreci insani ilişkileri zenginleştiren, derinleştiren bir deneyim olmasına rağmen bakım veren bireylerin yaşadıkları kişisel, finansal, sosyal ve ailevi sorunların bireylerde stres ve depresyona yol açtığı bilinmektedir (Robinson ve ark. 2009; Çivi ve ark. 2011). Akça ve Taşçı (2005)'nin yaşlıya bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada bakım veren bireylerin %25'nin günlük yaşamlarının etkilendiği bunun en çok sosyal iletişime engel olma (%62,5) ve ev içi organizasyon yapmada güçlük (%47,5) olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda bakım vericilerin %60,6'sının kendilerine zaman ayıramadıkları, %78,8'nin kendilerini yorgun hissettikleri, %84,9'unun hasta ile olan iletişimde güçlük yaşadıkları ve %56,9'unun ekonomik problemler yaşadığı belirlenmiştir (Altınok 2010; Aşiret 2011; Atagün ve ark 2011). Ayrıca bakım verme sürecinde bireylerin fiziksel (%22,5) ve ruhsal (%34,4) yönden olumsuz olarak etkilendiği, ağrı (en fazla baş ağrısı olmak üzere %41,7), hazımsızlık, iştahta değişim, kilo alma ya da verme, uyku düzensizliği, giyim ve kuşamda dağınıklık, sosyal izolasyon, alkol ve ilaç kullanımında artış, problem çözmede güçlük gibi sağlıklarında bozulmalarının olduğu görülmektedir (Akça ve Taşçı 2005; Kalav 2011).

Literatürde bakım vermenin fiziksel ve zihinsel sağlık üzerine olan etkileri incelendiğinde bakım vermeyen bireylere göre depresyon ve stres oranları anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir (Robison ve ark 2009). Bakım vericilerin %46-59'unun klinik depresyon geçirdiği, morbidite oranının %14-47 olduğu, sağlık durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde de %8,4'nün kötü hissettiği bilinmektedir (Çetinkaya 2008). Tuna ve Olgun (2010)'nun yaptığı çalışmada da bakım veren hasta yakınlarının tükenmişlik puanları ile sosyal destek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. *Caqueo-Urı'zar ve Maldonado* (2006)'nin şizofreni hastalarına bakım veren hasta yakınları ile yaptıkları çalışmada bakım sunanların tüm yaşam alanlarının olumsuz olarak etkilendiği, hissedilen yükün yaşlı ve düşük eğitim düzeyinde olanlarda daha yüksek seviyelerde olduğu gösterilmiştir.

Bakım verme süreci bireylerin yaşam tarzında değişikliklere neden olarak yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Robinson ve ark. 2009; Çivi ve ark. 2011). Eğer bakım

veren birey ahlaki, duygusal ve eğitimsel olarak yeterince hazır değilse, bakım verme deneyimi kişi için stres yaratan, bakım alan içinse saldırı ve tehdit oluşturan bir duruma dönüşebilmektedir (Fagin 2001). Literatürde bakım veren bireyin hastasının bakımı konusunda kendisini yeterli görmediği ve bakım sürecinde yoğun stres yaşadığı belirtilmektedir (Görgülü ve Akdemir 2010). Ayrıca profesyonellerin bakım veren bireylerden beklentilerinin yüksek olması, bireylerin kendini yeterli/etkin hissetmemesi ve hayal kırıklığı yaşattığını düşünerek öfkelenmesi de stres nedenidir. Bu durum bireylerin bakım performansında kaçınılmaz bir düşüşe ve hastaya yardımcı olmayı reddetmesine bile neden olabilmektedir (Fagin 2001). Bu nedenle bakım veren bireylerde anksiyete, depresif belirti varlığı ve yaşam kalitesinin istenen düzeyde olmaması sağlık ekibi üyelerinin, bakım verenlerin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimler planlaması ve geliştirmesi gerektiğine işaret etmelidir (Aktaş 2010).

2.2.3. Bakım Veren Hasta Yakınlarındaki Bakım Yüğü ve Depresyon

‘Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durumu içinde bireyin, düşünce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, isteksizlik, karamsarlık ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtiler yaşadığı bir sendromdur’ (Pınar ve Tel 2012). Depresyondaki kişi kendini ‘işe yaramaz’, ‘yetersiz’ ya da ‘başarısız’ biri olarak görmektedir ve benlik saygısı, kendine olan güveni olumsuz şekilde etkilenmiştir. Birey, karar vermede güçlük çekme, geçmiş hataları ve kusurları üzerinde takılıp kalma, çeşitli suçlar ya da bağışlanamaz günahlar işlediğini düşünüp suçluluk duyma, kendini eleştirme, değersiz bulma, yorgunluk, uykusuzluk, uykulu olma hali, iştahsızlık, aşırı yeme, kilo kaybı, kilo alma, ajitasyon, libidoda azalma gibi belirtilere sahiptir (Pınar ve Tel 2012). Depresyon bakım verme deneyiminden kaynaklanıyorsa bireyin yaşam kalitesinde düşüşe, fiziksel ve psikolojik olarak sağlığında bozulmaya ve mortalitede artışa (bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre dört yıllık sürede mortalite oranları %63 daha fazla) neden olabileceği dikkate alınmalıdır (Aşiret, 2011; Atagün ve ark. 2011; Zaybak ve ark. 2012).

Depresyon deneyimleyen kişi bakım sürecinin kendi sağlığı üzerine olan olumsuz etkilerini yönetmekte başarısız olmakta, yoğun duygusal sorunlar yaşayabilmektedir ve bu durumda sunulan bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilenmektedir (Altınok 2010). Bakımın oluşturduğu yük ve bu yükün neden olduğu depresyon nedeniyle bakım veren bireyler, gizli hastalar ve risk altındaki topluluklar olarak adlandırılabilir (Aşiret 2011). 2006 yılında yapılan bir çalışma ile bakım vericilerin %46-59 oranında klinik depresyon geçirdiği, 2011 yılında

yapılan başka bir çalışmayla bakım verenlerin %10-83 oranında majör depresyon tanısı aldığı belirtilmektedir (Yacı 2011). Kafa travması geçirmiş hastalara bakım veren bireyler 6 ay sonra değerlendirildiğinde %33'ünde klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon tespit edilmiş ve bir yıl sonrasındaki depresyon düzeyi arasında önemli bir farklılık görülmemiştir (Marsh ve ark. 2002). Bu çalışmalar depresyonun yineleyen, sık görülen ancak fiziksel belirtilerin gölgesinde kalarak güç tespit edilen bir sendrom olduğunu göstermiştir. Depresyonun ortaya çıkmasında genetik etkenler, cinsiyet, kültür, yaş, stres, medeni durum, sosyoekonomik düzey, kişilik özellikleri, hastalıklar, çalışma durumu, bazı ilaçlar, cinsel kimlik tehdidi, alkol ve madde kullanımı ve yaşam olayları gibi birçok faktör etkilidir (Pınar ve Tel 2012). Bakım verenin hastanın eşi olması, bakım veren ile hastanın önceki ilişkileri, bakım verenin sağlık problemleri, verilen bakımın süresi ile doğrudan ilişkili olup depresyonu arttırdığı, ancak boş zaman aktiviteleri ve yüksek eğitim düzeyinin depresyonu azattığı belirlenmiştir (Çetinkaya 2008; Atagün ve ark. 2011).

Depresyon belirlenen bireylere yönelik hemşirelik uygulamalarında güvenli çevre oluşturma, yeterli dinlenmenin sağlanması, beslenmesinin düzenlenmesi, bireysel bakımın sürdürülmesi, kendisine zarar vermesinin önlenmesi, fizyolojik ve psikolojik bütünlüğün sürdürülmesi, uyum sağlayıcı baş etme yollarının öğretilmesi veya geliştirilmesi yer almalıdır (Pınar ve Tel 2012).

2.2.4. Bakım Yükünün Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

İlk defa 1960 yılında Gran ve Sainbury akıl hastalarına evde bakım veren bireylerin üstlendiği sorumluluğun bir yük oluşturduğunu belirtmişlerdir. O zamandan günümüze kadar geçen sürede bakım veren yükü kavramsallaştırılmaya çalışılmış ve tek boyutlu bir kavram olarak görülüp araştırmaların merkezi konumuna gelmiştir

1985 ile 1990 yıllarında yükün öznellik önemi artmış ve iki boyutta (objektif ve sübjektif) incelenmiştir. Ancak son yıllarda araştırmacılar yükün çok boyutlu bir yapıda olduğunu ve fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik, kültürel, ahlaki, dini ve diğer kişisel değerlere göre algılandığını belirlemişlerdir (Chou ve ark. 2003; İnci 2006; Arslantaş ve Adana 2011).

Tüm bu kavramsal ve tanımsal yetersizlikler yükün ölçümünde sorunlar yaratmış ve ölçümü için birçok anket tasarlanmıştır. Ancak bu ölçüm yöntemlerinden hiçbirisi psikometrik bir ölçüm yapamamış ve farklı popülasyonlar için sınırlı kalmışlardır (Chou ve ark. 2003).

Ayrıca yükü değerlendirmek için geliştirilmiş olan bu ölçekler aşırı uzun ve çok maddeli olması nedeniyle bakım verenlerde bilişsel yük oluşturma riskini taşımaktadırlar (Arslantaş ve Adana 2011).

Ülkemizde bakım verme gücünü belirlemeye yönelik bir ölçeğe rastlanmamasına rağmen, yurtdışında geliştirilmiş bazı ölçeklerden aşağıda bahsedilmiştir;

Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit's Burden Interview), Zarit ve arkadaşları klinik deneyimlerinden yararlanarak bu ölçeği geliştirmişlerdir. Fiziksel, sosyal, duygusal ve mali olarak hissedilen yükü değerlendirmektedir. Bu ölçekle elde edilen puanın yüksekliği yükün şiddetini ifade etmektedir (Akpınar 2009). Aynı zamanda bakım veren bireylerin hissedilen yüke yanıtı, mevcut sosyal destek sistemleri, bu hastalığın başlangıcından önce hasta ve bakıcı arasındaki ilişkinin kalitesi de değerlendirilebilmektedir.

Montgomery's Burden Scale, Montgomery ve arkadaşları tarafından bakım veren bireyin hissettiği objektif ve sübjektif yük arasındaki ilişkiyi ölçmek için bu envanter geliştirilmiştir. Bu ölçekte sosyal alandaki değişkenler (demografik değişkenler), objektif, duygu değişkenleri (tutum ve değerler) ve dış değişkenler (kültür veya toplumsal özellikler) bulunmaktadır (Chou ve ark. 2003; İnci 2006).

Bakım Veren Yükü Tarama Ölçeği (Screen for Caregiver Burden), 1989 yılında Vitaliano ve arkadaşları bu ölçeği, daha önce geliştirilmiş olan ölçeklerin sorunlarını düzeltmek amacıyla tasarlamışlardır (Chou ve ark. 2003).

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (Caregiver Burden Inventory), bakım yükünün bireyler üzerindeki etkisini ölçmek için Novak ve Guest tarafından geliştirilmiştir (Taşdelen ve Ateş 2012). Ölçek demans hastalarına bakım veren bireylerin deneyimlerinden yola çıkılarak ve daha önce yayımlanmış olan skalalardan yararlanılarak oluşturulmuştur (Chou ve ark. 2003). Literatürde bilişsel yetersizliği olan hastalara bakım verenlerin yükünü ölçmek için geliştirilen ilk ve en sık kullanımı olan envanterdir (Taşdelen ve Ateş 2012).

Kosberg and Cairl's Cost of Care Index, 1986 yılında oluşturulan ölçek aslında alzheimer hastalarına bakım verenlerin risk düzeylerini belirlemek için geliştirilmiş olsa da herhangi bir hasta ya da yaşlıya bakım verenler için de kullanılabilir (Chou ve ark. 2003).

Caregiver Tasks, Stetz tarafından 1986 yılında geliştirilmiş olan ölçek, bakım verenin 15 aktiviteye verdiği ‘evet-hayır’ yanıtlarıyla değerlendirilmektedir. Özellikle kanser hastalarına bakım verenlere uygulanan ölçek 1988 yılında Wallhagen ‘in birkaç maddeyi birleştirmesiyle ölçek değiştirilmiştir (İnci 2006).

2.3. Bilinçsiz Hasta ve Hemşirelik Bakımı

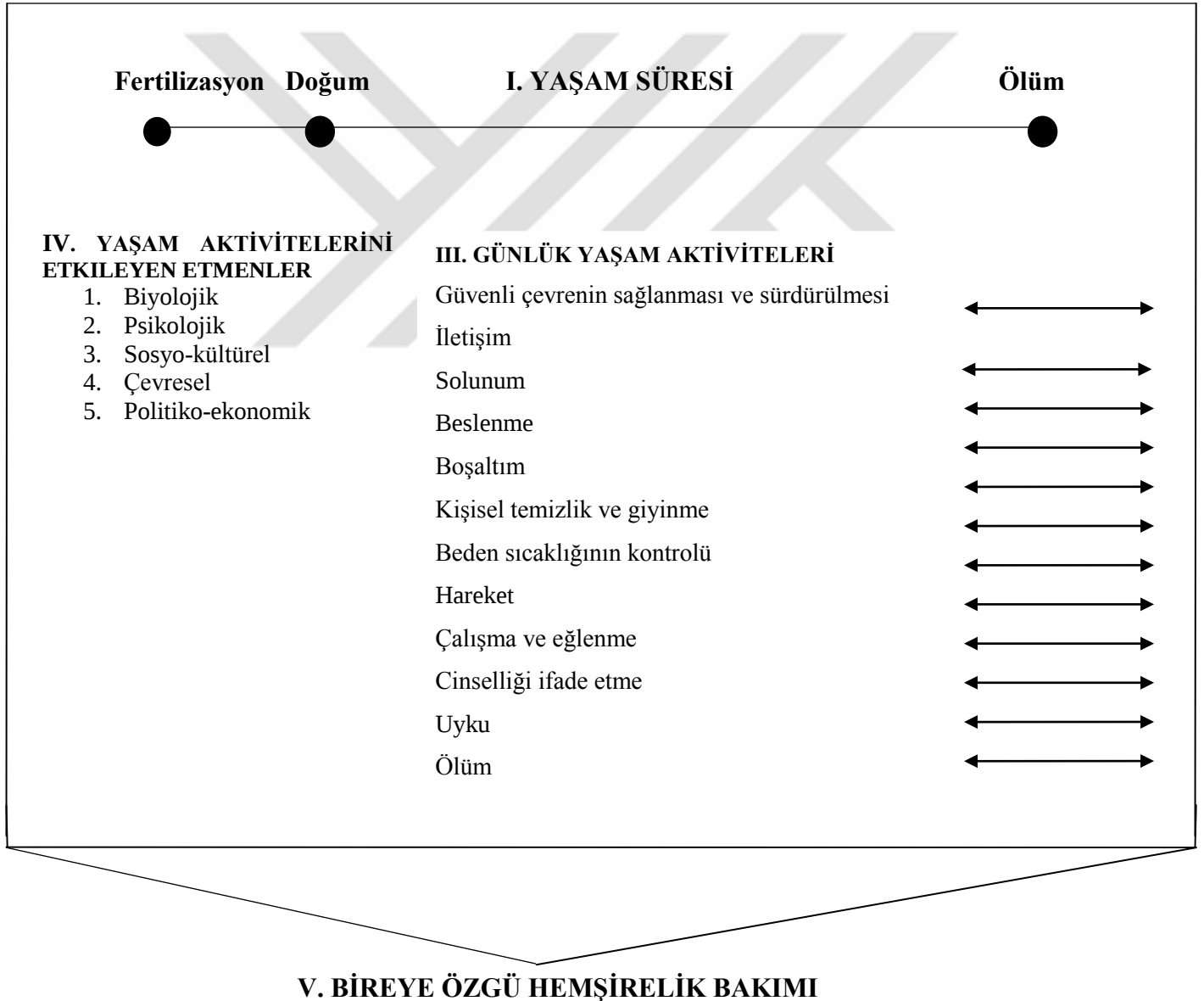
Hemşireliğin amacı bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek, hastalık halinde iyileştirmek ve rehabilite etmektir (Turan ve ark. 2011). Hemşire, bireylere sağlık sorunları ile başa çıkmalarında, bağımsızlıklarını yeniden kazanmada, refah düzeyini ve yaşam kalitesini arttırmada geçici veya sürekli olarak insana yardım eden bir sağlık profesyoneli (Köşgeroğlu ve Boğa 2011). Hemşire bakım verirken hastasının durumunu sürekli ve kapsamlı olarak değerlendirir, diğer sağlık ekibi üyeleriyle ortak bir tedavi planı oluşturur, hastanın bu tedaviye uyumunu sağlar, tedavinin etkinliğini değerlendirir ve bunu da bir bakım planı dâhilinde yapar (Akman 2008). Bakım planı hemşirelerin hasta bakımında ortak bir dil oluşturabilmesi için önemli ve en etkin yoldur. Çağdaş hemşirelik anlayışına göre bireyin bakım gereksiniminin belirlenmesinde ve uygulanmasında, hemşirelik model ve kuramlarının yararlanmasının gerekliliği savunulmaktadır. Hemşirelik model ve kuramları, hemşirelik süreci ve sistemleri, hemşireliğin bilimsel yapısının temel ürünleri ve en önemli bileşenleridir (Kaya ve ark. 2010; Köşgeroğlu ve Boğa 2011).

1976 yılında N. Roper, W. Logan ve A.T. Tierney, hemşirelik uygulamalarına kavramsal bir boyut kazandırmak ve insanı tüm boyutlarıyla ele almada akılcı bir yöntem olması amacıyla ‘Roper, Logan, Tierney Yaşam Modeli’ni tasarlamışlardır (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008; Aştı ve Karadağ 2012). Model yaşam aktiviteleri, yaşam süresi, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler ve bireye özgü hemşirelik bakımı olmak üzere beş temel öğeden oluşur. Yaşam aktiviteleri modeli, hümanist ve bütüncül bir yaklaşımla birey merkezli bakımı ele alan, hemşireliğin deneyimine dayanan bir modeldir (Aştı ve Karadağ 2012). Bu modelin hemşireler tarafından bu kadar benimsenmesinin nedeni hemşirelik süreci için uygun bir temel oluşturması, hemşirelik uygulamalarının temel ögesi olan koruma, rahatlatma ve bakım fonksiyonlarına odaklanarak hemşireliğin gerçek dünyasını yansıtır olmasıdır (Seçim 1996, Köşgeroğlu ve Boğa 2011).

Yaşam modeli karmaşık bir yapıya sahip olsa da yaşam modelini oluşturan aktiviteler birbirinden ayrı düşünülemezler. Aktivitelerin gerçekleşebilmesi biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörlere göre değişmektedir. Bu beş faktör

birbiriyle ilişkili olmakla birlikte yaşam süresi ve bağımlılık/ bağımsızlık dizgesinden de etkilenmektedir. Yaşam aktiviteleri içinde yer alan ‘Yaşamda Bireysellik’ faktörü ise hemşirelik modelindeki ‘Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı’ ile örtüşmektedir. Dolayısıyla tanılama/veri toplama, tanı koyma, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan hemşirelik sürecinin kullanılması ile gerçekleştirilir (Çeçen 2011).

Bu bağlamda bilinci kapalı hastaya ve bakım veren bireylere özgü bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım girişimleri Hemşirelik Süreci doğrultusunda ele alınıp, Yaşam Modeli (Şekil 2.3) ile bütünleştirilmiştir.



Şekil 2-3:Hemşirelik Modeli Diyagramı (Aştı ve Karadağ 2012)

2.3.1. Yaşam Süresi

Yaşam Aktiviteleri Modeli'nde yaşam süresi, fertilizasyondan başlayıp ölüme kadar devam eden bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinden oluşan bir süreçtir (Seçim 1996; Vicdan ve ark. 2015; Karadağ ve ark. 2017). İnsan bu sürecin herhangi bir evresinde, biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel, politiko-ekonomik faktörlerin etkilerinden dolayı değişime uğrayabilmektedir (Aktaş ve ark. 2010).

Genel olarak hastaneye başvuruların %5'inden daha fazlası bilinç düzeyinde değişikliğe neden olan hastalık ya da kazalar nedeniyledir (Evyapan 2012). Bu hastalıklar herhangi bir yaşta veya zamanda görülebilir. Türkiye Kanser İstatistikleri'nde çocukluk çağı kanserlerinin yetişkin kanserlerinden daha az görüldüğü belirtilir ancak beyin tümörleri çocukluk çağında ikinci sırada yer alır (İlçe ve ark. 2010; Gültekin ve Boztaş 2014). 18 yaş altı bireylerde serebral anevrizmaların insidansı %0,04-4,6 iken posterior dolaşım anevrizmalarının insidansı %24'tür. Konjenital anteroventral malformasyonlar (AVM), sıklıkla 15-40 yaş arası bireylerin baş ağrısı nedeniyle hastaneye başvurularında tespit edilmektedir (Öztekin 2015). Kafa travmaları ülkemizde ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alırken en riskli grup olarak 15-24 yaş arası erkekler ve etyolojisinde en sık trafik kazaları olduğu belirtilmektedir (Uzan 2010). Bireylerde kalıcı, fiziksel, emosyonel ve psikolojik bozukluklara neden olan travmatik beyin yaralanması özellikle doğum-4 yaş arası çocuklarda düşmeler sonucu oluşmaktadır (Öztekin 2015). 1 yaş altı bebeklerde görülen subdural hematoma'nın nedeni bebeğe yapılan kötü davranış (sallanan bebek sendromu), 6-10 yaş arası çocuklarda görülen epidural hematoma'nın nedeni ise kafa travmasıdır (Uzan 2010; Öztekin 2015).

Beyin tümörleri 50 yaştan sonra yetişkin kanserleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (İlçe ve ark. 2010; Gültekin ve Boztaş 2014). Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayımladığı Türkiye Kanser İstatistikleri verilerine göre beyin ve sinir sistemi kanserlerinin görülme hızı erkeklerde 5,4 , kadınlarda 5 ve her iki cinsiyette de en sık 70-74 yaşları arasında görülmektedir (Gültekin ve Boztaş 2014). Kanada da tüm kanser vakalarının %2'sini beyin tümörlerinin oluşturduğu ve kadın erkek arasında görülme sıklığında fark olmadığı belirtilmektedir (Reuter 2011). Medikal ya da cerrahi kliniklerindeki 65 yaş ve üzeri bireylerin %20-25'inde bir dereceye kadar akut konfüzyon görüldüğü bildirilmektedir (Evyapan 2012). Bilinç bozukluğuna neden olan serebral anevrizmalar yaygın olarak 30-60 yaş arası bireylerde ve 40-60 yaş arası kadınlarda ise daha sık, posterior dolaşım anevrizmaları ise %6 oranında görülmektedir. Serebral vasküler malformasyonlar (SVM), 40

yaş öncesinde artış göstermekle birlikte gençlerde inmeye neden olan en yaygın kanama nedenidir. Düşmeler ise 65 yaş ve üzeri bireylerde kafa travmasına neden olarak beyin işlevlerinde kesintiye ya da yaşamı tehdit eden durumlara neden olabilir (Öztekin 2015). Genellikle kafa travması sonrası görülen epidural hematomlar ise en sık 20-30 yaş arası bireylerde görülür (Uzan 2010). Subrudal hematomlar ise geriatrik olgularda daha yaygın görülür ve travmatik beyin hasarı olgularının %46'sını oluştururlar. Santral sinir sistemi infeksiyonlarından meninjitin 60 yaşın üzerinde pik yaptığı bilinmektedir (Evyapan 2012). Tıkalıcı serebrovasküler hastalıkların tüm yaşlarda görülmesine karşın hastaların %75'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturur (Uzan 2010).

2.3.2. Yaşam Aktiviteleri

Yaşam aktiviteleri kavramı, modelin esas odağıdır ve 12 yaşam alanından oluşmaktadır. Bunlar;

- Güvenli Çevrenin Sağlaması ve Sürdürülmesi,
- İletişim,
- Solunum,
- Beslenme,
- Boşaltım,
- Kişisel Temizlik ve Giyinme,
- Beden Sıcaklığının Kontrolü,
- Hareket,
- Çalışma ve Eğlenme,
- Cinselliği İfade Etme,
- Uyku,
- Ölüm

şeklindedir (Watson 2013).

Yaşam modelini oluşturan unsurların (yaşam süresi, bağımlılık/bağımsızlık dizgesi, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, yaşamda bireysellik) her biri yaşam aktivitelerini

etkilediği gibi yaşam aktiviteleri de kendi içinde birbiriyle etkileşim halindedir (Seçim 1996; Çeçen 2011).

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

Biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlık olan insanın, canlı kalabilmesi ve yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için güvenli bir ortam içinde olması gerekir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Güvenli çevre kavramı; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden güvenli ortamı ifade etmektedir. Biyolojik ve bedensel çevre anlamlarını da çağrıştıran güvenli çevre kavramı, hem hasta hem de sağlıklı birey için büyük önem taşımaktadır (Seçim 1996; Köşgeroğlu ve Boğa 2011). Bilinçte ani bozulma (%30), baş dönmesi (%10), uyuklama hali (%7), epileptik nöbet (%6), görme bozukluğu (%7), ense sertliği (%98), papil ödem (%15) ve oküler kanama (%20-40) gibi komplikasyonların geliştiği anevrizmal kanamalar nedeniyle bu aktiviteye ilişkin; korunmada değişim, ağrı, enfeksiyon riski, düşme, yaralanma riski, kendine zarar verme riski, sağlığın sürdürülmesinde değişim ve tedavi düzeneklerinin etkisiz yönetimi gibi hemşirelik tanıları belirlenmektedir (Kahyaoğlu 2006; Terzi ve Kaya 2011).

Nöroşirurji hastalarının %94'nün cerrahi işlem öncesinde, %82'sinin sonrasında baş ağrısı yaşadığı belirtilmektedir (Aslantürk ve ark. 2006; Malak 2007). Anevrizmal SAK olgularının %97'sinde ani, şiddetli, yaygın ve odaksal baş ağrısı, %7'sinde orbital ağrı görüldüğü belirtilmektedir (Kahyaoğlu 2006). Ağrı hasta konforunu olumsuz olarak etkileyen önemli bir faktördür (Başar 2006). Özellikle dayanılmaz bir baş ağrısı, lokalizasyon olarak ensede, burun ve göz çevresinde, yarım baş ağrısı şeklinde, künt, zonklayıcı ya da batıcı şekilde ve saniyeler süren özellikte olmaktadır (Uzan 2010). Beyin dokusu ağrıya duyarsızdır. Ancak orta meningeal arter ve dalları, beyin tabanındaki büyük arterler, venöz sinüsler, köprü venler ve kafa tabanında yer alan dura ağrıya duyarlı kranial yapılardır. Dolayısıyla herhangi bir basınç durumunda baş ağrısı gelişir. Anevrizma rüptürlerinin karakteristik bulgusunu oluşturan baş ağrısı, ani başlayan ve yayılan, bir insanın karşılaştığı en kötü baş ağrısı şeklinde tanımlanmaktadır. Yatar pozisyonda, pozisyon değişiminde, ıkınma ya da hareket sırasında baş ağrısı şiddetlenir (Öztekin 2015). Baş ağrısı, anevrizmal SAK'lı bireylerde yeni kanama riskini arttıran ciddi bir durumdur ve SAK'ı olan hastaların %11-60'ı kanama öncesi şiddetli ağrı çektiklerini bildirmiştir (Uzuner ve ark. 2014; Öztekin 2015). Hemiplejik hastalarda omuz ağrısı da sık görülmektedir. Bunun nedeni henüz tam olarak belirlenememiş olup; ekstremitenin distalinde ağrı, hiperestezi, ödem ve vazomotor sistemde instabilite ile karakterize olan nöromusküler refleks bozukluğu mevcuttur (Başar 2006). Bilinci kapalı

hastalarda ağrı değerlendirilirken sözel olmayan ifadeler değerlendirilmeli ancak *Aydın ve Eşer* (2010)'ın yaptıkları çalışmada hemşirelerin çok azının ağrının değerlendirmesinde sözsüz ifadeleri dikkate aldıkları gösterilmiştir.

Beyin tümörü hastalarının incelendiği bir çalışmada ameliyat sonrası ile ilk 4 gün içinde akut ağrı %7,7 ve hipertermi %6,5 oranında tanılanmıştır. Yine bu çalışmada enfeksiyon riski %3,3 olarak belirlenirken, nöroşirurji kliniklerinde yapılan bir çok çalışmada hastane enfeksiyon hızlarının diğer birimlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (İlçe ve ark 2010). Nöroşirurji kliniklerinde önemli bir sorun olan hastane kaynaklı menenjitler özellikle beyin cerrahisi girişimlerinden sonra ortaya çıkar ve mortalite oranı da oldukça yüksektir. Nöroşirurji hastalarının klinik tablosu, yapılan invaziv girişimler, beslenme şekilleri, bilinç bozuklukları nedeniyle solunumsal destek ihtiyaçlarının olması, öksürük reflekslerinin kaybolması, personelin hastalara sık teması ve geniş spektrumlu antibiyotiklerin yaygın kullanılması hastaları enfeksiyona yatkın hale getirmektedir (Yüceer ve Bulut 2010). 5 yıllık bir süre zarfında yapılan bir çalışmada nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların kültür örneklerinde en sık idrarda ve ardından BOS (Beyin Omurilik Sıvısı)'ta üremenin daha anlamlı olduğu saptanmıştır (Güzel ve ark. 2009).

Epilepsi, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, serebral kan akımında bozulmaya neden olarak beyin hasarı oluşum riskini arttıran, yoğun bir izlem ve uzun süreli tedavi gerektiren bir komplikasyondur (Görgülü ve Fesci 2011; Öztekin 2015). Epileptik hastalarda beyin tümörü görülme sıklığı %4 olmasına rağmen, beyin tümörü olan hastaların üçte birinde epilepsi görülmektedir (Erdemoğlu ve Gökçe 2012). Beyin tümörü olan hastaların %60'ında ameliyat öncesi (Malak 2007) ve intrakranial kanama sonrası iki hafta içinde %2,7 ile %17 arasında değişen oranlarda nöbet görüldüğü bildirilmektedir (Uzuner ve ark. 2014). Kafa travmasına bağlı gelişen nöbetlerin insidansını kesin olarak belirlemek çok güç olsa da bazı kaynaklarda tüm kafa travmalarında %20, penetran kafa travmalarında ise %50 oranında epileptik nöbet bildirilmiştir (Erdemoğlu ve Gökçe 2012). Tekrarlayan nöbetler hastaların iş yaşamını, aile ve sosyal ilişkilerini etkileyebilmektedir. Epilepsi tedavisinde nörocerrahi, antiepileptik ilaç, eğitim ve psikolojik girişimler kullanılmaktadır (Görgülü ve Fesci 2011). Bu hastalarda nöbet aktivitelerini önlemek için kullanılan epileptik ilaçların düzenli kullanımı sonucu nöbet aktivitelerinin azaldığı bilinmektedir (Malak 2007). Ancak bilinçsizce kullanılan antiepileptik ilaçların nöbetleri önleyemediği gibi istenmeyen etkilere (granülositopeni, geçici hemiparezi, B hücre immun yetmezliği ve fenitoin hipersensitivite sendromu) de neden olduğu belirlenmiştir (Erdemoğlu ve Gökçe 2012; Düzkalır ve Özdoğan

2014). Ayrıca epilepsinin prognozu, bilinmeyen doğası, antikonvülsan ilaçların yan etkileri ve hastaların beyin fonksiyonlarının bozulması aile üzerinde psikolojik stres yaratmaktadır (Görgülü ve Fesci 2011).

Karotid, Baziller, anterior komünikan veya posterior komünikan arter anevrizmaları bulundukları alana basınç yaparak tek taraflı körlük, bulanık görme, diplopi, papilödem gibi görme alanı defektlerine ve göz hareketi bozulmalarına neden olabilirler (Öztekin 2015). Bunun yanında nöbetler, algılama ve koordinasyon bozuklukları, denge kaybı, konfüzyon, kan basıncında düşme ve riskli ilaç kullanımı gibi nedenler nöroşirurji hastalarında düşme neden olan risk faktörlerini oluşturmaktadırlar (Özlu ve ark. 2015). Halsizlik, hipotansiyon, senkop, uykusuzluk, baş dönmesi ve depresyon bakım veren birey için düşmeye neden olabilecek faktörler olarak değerlendirilmelidir (Uysal ve Çakırcalı 2015). Düşmelerin, tüm dünyada önemli bir sağlık güvenliği problemi olduğu belirtilmektedir (Özlu ve ark. 2015). Hemşirelerin güvenli ortam sağlama ve sürdürme ile hastayı ikincil yaralanmalardan koruması yasal ve etik olarak sorumluluğudur (Aştı ve Karadağ 2012). Bilinci yerinde olmayan hastaların kendileri ve çevreleri üzerinde kontrolleri bulunmaz ve bu nedenle hemşireye oldukça bağımlı olurlar (Geraghty 2005). Düşmeler, ağrı, kalıcı sakatlık hatta ölüme neden olan hastane ortamında ya da dışarda ortaya çıkan istenmeyen durumlardır (Uysal ve Çakırcalı 2015). Frontal lob tümörlerinde dikkat dağınıklığı, kuvvet azlığı; parietal lob tümörlerinde görme bozukluğu, oryantasyon bozukluğu, sağ-sol ayırt etme güçlüğü, bedenin bir tarafını hissetmeme; temporal lob tümörlerinde psiko-motor defisit, kompleks nöbet, kuvvet kaybı, halüsinasyonlar; beyin sapı tümörlerinde baş dönmesi, koordinasyon bozukluğu ve serebellum tümörlerinde ise baş dönmesi ve ataksi gibi düşmeye ya da yaralanmaya neden olabilecek durumlar ortaya çıkmaktadır (Özden ve ark. 2012; Öztekin 2015). Savcı ve ark. (2009) nöroloji ve nöroşirurji kliniklerinde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada son üç ay içinde %20,9 oranında düşmenin yaşandığı ve düşme riskinin %55,5 olduğu tespit edilmiştir. Çelik ve Zıngal (2016), beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların düşme risklerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların %82,9'unun yüksek oranda düşme riskine sahip olduğunu belirlemişlerdir. Diğer kliniklerde yatan hastaların değerlendirildiği çalışmalarda da düşme riski; dahiliye klinikleri için %60 (Mollaoğlu ve ark. 2013) ve cerrahi klinikleri için %67,7 olarak belirlenmiştir (Özlu ve ark. 2015). Düşme nedeniyle hastaların %15 ile %50'sinde yaralanma yaşanmakta ve bu yaralanmaların %10'nunu büyük yaralanmalar oluşturmaktadır (Özden ve ark. 2012). Düşme riskinin bu kadar yüksek oranlarda olması, düşme sonrası yaralanma, ağrı, mobilitede azalma,

sosyal izolasyon, depresyon hatta ölüm gibi ciddi komplikasyonlar nedeniyle hemşirenin düşme riskini belirleme ve önlemeye yönelik girişimleri gerçekleştirme sorumluluğunu doğurmaktadır (Çeçen ve Özbayır 2011; Özlü ve ark. 2015). Düşmeler hastaların yaralanmasına, bakım veren bireylerin ise korku ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (Özden ve ark. 2012; Bulut ve ark. 2013). Bakım veren bireylerin de yoğun stres yaşadığı dikkate alındığında, strese bağlı olarak konsantrasyon düzeyinde ve dış uyaranların algılanmasında azalma nedeniyle düşme riski altındadır.

Düşmenin, hemşirelik bakım kalitesinin bir göstergesi olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (Aştı ve Karadağ 2012). Literatürde düşmeyi önlemek amacıyla yapılan hemşirelik uygulamaları değerlendirildiğinde yatak kenarlarını kaldırma, zeminle ilgili risk faktörlerinin kontrolü, refakatçi bulundurma ve tespit edici kullanımı yer almaktadır (Çeçen ve Özbayır 2011; Mollaoğlu ve ark. 2013; Watson 2013; Çelik ve Zıngal 2016). Fiziksel tespit ediciler çoğunlukla; ajite, konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşmesini önlemek, hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çıkarmasını ve kendisine zarar vermesini önlemek, kas ve eklem kontraktürü gelişimini önlemek amacı ile uygulanmaktadır (Bayrak Kahraman ve ark. 2015). Ancak güvenli çevre sağlamak için yapılan bu tür hemşirelik uygulamaları etkin olduğu kadar etik olmayan ciddi fiziksel ve psikolojik sorunlara da neden olmaktadır. Doğrudan fiziksel kısıtlama (tespit edici kullanımı) ya da izolasyon (bulaşıcı hastalıklardan koruma önlemleri) gibi uygulamalar bireylerde duygusal yoksunluk, konfüzyon, depresyon, fiziksel hasar, kemik demineralizasyonu, kas atrofisi ve inkontinans gibi problemler yaşanmasına neden olmaktadır (Watson 2013). Akut bakım alan hastaların %3,4-21'inde hastaneye yattığı 2,7-4,5 gün arasında hastaya fiziksel tespit edici uygulandığı bildirilmektedir (Aştı ve Karadağ 2012). Tespit edicilerin özellikle düşmeyi önlediğine ilişkin kanıtlar çok azdır, bunun yanında literatürde fiziksel kısıtlamanın hasta yakınlarında öfke, hayal kırıklığı ve rahatsız edici duygular uyandırdığı belirtilmektedir (Bayrak Kahraman ve ark. 2015; Uysal ve Çakırcalı 2015). Hastalarda rutin olarak kullanılmaya başlanan bu koruyucu önlemlerin ve ilaçların olumsuz sonuçları konusunda bakım verenlerin bilgilendirilmesi, hastayı rahatlatmak ve yeniden oryante etmek için doğrudan denetimi ve iletişimin kullanılması, alçak yatak kullanılması ve tespit edici kullanımının son çare olarak düşünülmesi önemlidir (Malak 2007; Watson 2013; Uysal ve Çakırcalı 2015).

Basınç yaralanması, uzun süreli hareketsizliğe, basınç ve irritasyona bağlı olarak gelişen, doku hasarı/kaybı ile karakterize deri bütünlüğünde bozulma olarak tanımlanmaktadır

(Acaroğlu ve ark. 2002). Epidemiyolojik olarak hastanede yatan hastaların %2,7-29,5'inde basınç yaralanması görülmektedir (Özel 2014). Azalmış hareket etme yeteneği, azalmış aktivite, duyuşsal/algısal yetersizlik, derinin nemli olması, sürtünme ve yetersiz beslenme basınç yaralanması riskini arttıran faktörlerdir (Aştı ve Karadağ 2012; Uysal ve Çakırcalı 2015). 'Basınç' basınç yaralanmasına neden olan en önemli faktör olmakla birlikte basıncın şiddeti, süresi ve dokunun dayanıklılığı da önemli etkenlerdir (Aştı ve Karadağ 2012). Basınç yaralanması vücudun her bölgesinde görülebilir ve en sık iskiyum, sakrum, torakanter majör ve topuk bölgesindedir (Özel 2014). Basınç yaralanması, hastanın iyileşme sürecini uzatarak hem aileye hem de kuruma ekonomik bir yük getirmekte ve bakım veren bireye ekstra bir yük oluşturmaktadır (Acaroğlu ve ark. 2002). Bilinçsiz hastalar kendilerini basınç yaralanmasından koruyamamakta, basıncı algılayamamakta, hijyenik bakım ve deri bütünlüğünü koruma sorumluluğunu kendilerinde hissetmemektedirler (Aştı ve Karadağ 2012). Sağlam bir deri, vücudu yaralanmalara karşı korur, mikroorganizmalara karşı bariyer oluşturur ve vücut ısını düzenlemede yardımcı olur (Uysal ve Çakırcalı 2015). Hemşire, bireyin deri bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde önemli rol ve sorumluluklara sahiptir (Aştı ve Karadağ 2012). Basınç yaralanmasının teşhis ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirerek, cilt bakımı, yara bakımı, beslenmenin düzenlenmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlenmesi, basınç yaralanmasının erken belirtileri, hasta ve hasta yakının bilgilendirilmesini içerir. Bu nedenle kaynaklar basınç yaralanmasının en iyi tedavi yönteminin oluşmasını önlemek olduğunu vurgulamaktadır (Özel 2014).

Tüm bunların yanında bakım veren bireylerin yaşadıkları kişisel, finansal, sosyal ve ailevi sorunların bireylerde stres ve depresyona yol açarak fizyolojik hastalıkların artmasına, immun sistemin baskılanmasına ve koruyucu sağlık davranışlarının azalmasına neden olduğu bilinmektedir (Robinson ve ark. 2009; Çivi ve ark. 2011). Yapılan çalışmalarda bireylerin, bakım yüklerinin artmasıyla doğru orantılı olarak depresyon, tükenmişlik, stres, baş ağrısı, sosyal izolasyon, fiziksel hastalık oranlarının ve enfeksiyon oranlarının yükseldiği, psikotrop ilaç ve alkol kullanımının arttığı gösterilmiştir (Demir 2006; Zaybak ve ark. 2012; Selçuk ve Avcı 2016). Yaşam modeline göre güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesiyle hastalık ve yaralanmaların azaltılacağı, bireyin fonksiyonel durumunun iyileşeceği, iyilik halinin devam edeceği, bağımsızlık ve yaşam aktivitelerini yapabilme becerilerinin artacağı belirtilmektedir (Karadağ ve ark. 2017).

İletişim Aktivitesi

İletişim; duygu, düşünce ve bilgileri başka kişi ya da kişilere ortak sembollerle aktarma sürecidir (megep.mep.tr 2014). İletişim aktivitesi, insanın yaşam süresi boyunca temel gereksinimleri karşılaması için gerçekleştirdiği yaşam aktivitelerinden birisidir (Yalçın ve Aştı 2011). Kişiler arası etkileşimin temeli olan iletişim; konuşma, yüz ifadeleri, beden hareketleri ve dokunma ile gerçekleşir (Mert 2010). Hemşire iletişimde bedenin %60, sesin %30 ve sözcüklerin %10 oranında etkili olduğunu unutmamalıdır (Yalçın ve Aştı 2011).

Sözel iletişim hemşirelik sürecinin bir parçası olmakla birlikte hastanın anksiyete ve stresini azalttığı, ağrı durumunda olumlu etki ve duygusal stabilizasyon sağladığı bilinmektedir (Leigh 2001; Watson 2013). Beyinde meydana gelen hasar nedeniyle sol hemisferde yer alan konuşma merkezinin etkilenmesi sonucu hastalarda konuşma, anlama, yazma ve okuma bozuklukları görülebilir (Sadiyeva 2004). Frontal lobda oluşan patolojilerde birey konuşma yeteneğini kaybederek ‘evet-hayır’ şeklinde konuşur (Ekpressif afazi), temporal lobdaki patolojilerde ise birey, yazılı ve sözlü ifadeleri anlayamaz, müziği ve çevredeki sesleri ayırt edemez, kendine söyleneni anlayabilir ancak uygun yanıtlar veremez ve sözcükleri birbirine bağlayamaz (Reseptif afazi). Oksipital lobdaki patolojilerde de körlük oluşmamasına rağmen birey, gördüklerini algılamaz (Öztekin 2015). Bu bozuklukların tamamı 'afazi' olarak adlandırılır. Beyin kanaması, beyin tümörü ya da kafa travması sonrası görülen afazi nedeniyle hastalar; hislerini, duygularını, düşüncelerini ve isteklerini ifade edemedikleri için konuşma umutlarını kaybettikleri belirtilmektedir (Sadiyeva 2004). Kafa yaralanması sonucu ortaya çıkan iletişim bozuklukları genellikle davranış, hafıza, oryantasyon ve dikkat bozukluklarıyla iç içedir (Uysal ve Çakırcalı 2015). Hemşirelerin bilinçsiz hastalardan gelen sözsüz sinyalleri kavrayarak iletişimi tek yönlü devam ettirebilecek deneyime sahip olması önemlidir (Geraghty 2005). Çünkü iletişim bozukluğu bireylerin kişiliğini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyerek sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Mert 2010; Kalav 2011). Ayrıca kafa yaralanması olan bireylerde düşüncesizlik/itici hareketler, emosyonel değişkenlik, özgür/kavgacı tavırlar ortaya çıkabilir. Bu hastalarda görülen psikososyal, davranışsal, emosyonel ve bilişsel bozuklukların aileye olumsuz etkisinin olduğu bilinmektedir (Öztekin 2015).

Bilinci kapalı hastalar geri bildirim veremediği için iletişim güçlüğü olan bir hasta grubudur, bu nedenle hastaların çevresinde konuşulanları işittiği dikkate alınmalı ve iletişim tek yönlü mesaj iletimi şeklinde ya da dokunma ile devam etmelidir. Dokunma yoluyla

hastalara ilgi, güven, cesaret, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajlar verilerek hastanın uyanıklık düzeyinin sürdürülmesine yardım edilmelidir (Leigh 2001; Yücel 2011). Ayrıca bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımında, hastaya kullandığı ismiyle seslenmek, aile ve arkadaşlarını hastanın sevdiği konular hakkında konuşmaya teşvik etmek veya cesaretlendirmek duygusal girdileri arttırmada önemlidir (Leigh 2001). Hastaya sevdiği müziklerin, kişilerin seslerinin veya mesajlarının dinletilmesi yalnız olmadığını hissetmesini sağlamak ve açık iletişimin devam etmesiyle hastanın konfüzyonunun azaldığı bilinmektedir (Akça ve Taşçı 2005). Bilinci kapalı hastayla sözel iletişimin devam ettirilmesinin stresi ve kafa içi basıncını azaltmada da etkin bir yöntem olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Leigh 2001; Demir 2006; Efil ve ark. 2011; Yücel 2011).

Bakım veren bireylerin hastaları ile olan iletişimi üzerine yapılan bir çalışmada %67,3'ünde çabuk öfkelenme, %30,9'unda rahatsızlık duyma gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Terakye 1994, Akça ve Taşçı 2005). Bilinci kapalı hastalarla iletişim oldukça güç olmasından kaynaklı hasta ihtiyaçlarının belirlenebilmesi ancak hasta yakınlarının yardımıyla olabilmektedir (Efil ve ark. 2011). Bu nedenle hasta ya da bakım veren bireyin iletişim probleminin olup olmadığının belirlenmesi hasta/birey arasında iletişimin sağlanması ve sürdürülmesi hemşirelik aktiviteleri içinde yer almalıdır (Terakye 1994; Akman 2008). Bakım veren bireylere hastalarının onları duyabilme olasılığı olduğu anlatılmalı, hastasına dokunması için cesaretlendirilmeli ve hastası ile konuşması desteklenmelidir. Bu aktivitelerin hasta yararına olduğu kadar hastaya bakım verme çabası içinde olan bireyin de yararına olduğu unutulmamalıdır (Yücel 2011).

Solunum Aktivitesi

İnsan yaşamı ile başlayan ve ölüme kadar devam eden, diğer yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde hayati önemi olan ve bağımsız bir şekilde sürdürülen günlük yaşam aktivitesidir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008; Çeçen 2011).

Solunum merkezi beyin sapında medulla oblongata da yer almaktadır. Normal bir solunumun oluşabilmesi için solunum merkezinden yeterli uyarının çıkması ve bu uyarıların da kaslara iletimini sağlayan sinirlerin anatomik ve fonksiyonel olarak bütünlüğünün yerinde olması aynı zamanda da kas gücünün yeterli olması gerekmektedir (Karakurt 2005). Solunum, vücuda oksijenin (O₂) taşınmasının ve vücuttan karbondioksitin (CO₂) atılmasının sağlandığı bir süreçtir (Mert 2010). Beyinde enerjinin esas olarak O₂ ve glikozdan elde edildiği

düşünülürse, bilinçsiz hastalarda solunum yetersizliklerinin önlenmesi ve hava yolu açıklığının korunması oldukça önemlidir, çünkü kandaki CO₂ düzeyinin yükselmesi beyin damarlarının permeabilitesini arttırarak vazodilatasyona ve dolayısıyla beyin ödemeine neden olmaktadır (Demir 2006; Gürkanlar ve Keskil 2007). Aynı şekilde PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı)'nın 60 mmHg'nin altında olması KİB neden olacağı için hipoksinin önlenmesi ve arteriyel saturasyonun %90'nın üzerinde olması önemlidir (Öztekin 2015).

Hemşire, normal solunum fonksiyonunu düzenlemek ve yükseltmekten sorumludur (Uysal ve Çakırcalı 2015). Nörolojik hastalıklar nedeniyle havayolu riskleri ve buna bağlı olarak mortalite ve morbidite oranının çok yüksek olduğu bilinmektedir. Serebral infarktlarda göğüs duvarı ve diyafragma işlevlerinde bozukluklar, anormal solunum paternleri (Cheyne-Stokes solunumu, hipoventilasyon, apne vb.), pulmoner emboli, disfaji ve pnömoni gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Uzuner ve ark. 2014). Transtentoryal veya santral herniasyonlarda ve hipoksik-metabolik ensefalopatilerde Cheyne-Stokes solunum görülürken beyin sapının değişik seviyelerindeki lezyonlarında ise santral nörojenik hiperventilasyon, Biot solunum, ataksik solunum ve apnetik solunum görülebilmektedir (Salihoğlu 2007). Bilinci bozulmuş ve yutma bozukluğu olan hastalarda aspirasyon ve aspirasyona bağlı pnömoni daha sık gelişebilmektedir. Nazogastrik tüp (NGT) ve perkutan enteral gastrostomi (PEG) ile beslenme, yarı oturur pozisyon ve bulantı-kusmanın kontrol altına alınması aspirasyon pnömonisini önlemek amacıyla yapılan önemli uygulamalardır (Uzuner ve ark. 2014). Ayrıca bu hastalarda solunum yetersizlikleri tedavisinde kullanılan yöntemler (endotrakeal entübasyon, trakeotomi), trakeal yaralanmaya, pnömoniye, sinüzit gibi solunum yolu enfeksiyonlarına, konuşma ve yeme fonksiyonlarında yetersizliklere neden olmaktadır (Tunalı 2008). Sanchez ve ark. (2014) solunum yetersizliği tedavisinde kullanılan non-invaziv ventilasyon maskelerinin hastalarda basınç yarasına, oronazal kuruluğa ve klostrofobiye neden olduğunu bildirmişlerdir. Solunum problemi olan hastada hemşirelik hedefleri akut solunum problemi için kalıcı solunum komplikasyonu oluşmadan iyileşmeyi sağlamak, kronik solunum problemleri içinse olumlu benlik kavramı geliştirmek ve yaşam tarzındaki değişimi kabul ederek hastalığın getirdiği sınırlılıklar içinde yaşamın devamlılığına yönelik oluşturulmalıdır (Uysal ve Çakırcalı 2015).

Beslenme Aktivitesi

Beslenme aktivitesi, solunum aktivitesi gibi doğumla başlayan, belirli istek, dürtü ve zamana bağımlı olarak gerçekleştirilen bir aktivitedir (Seçim 1996; Çeçen 2011). Sağlığın

korunması, geliştirilmesi, iyileşmenin hızlandırılması ve vücut fonksiyonlarının sürdürebilmesi için günlük belli miktarda karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral ve suyun dengeli bir şekilde alınması gerekmektedir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008; Aştı ve Karadağ 2012). Beslenme bozukluğu, hastalıklara yakalanma riskini arttıran, iyileşme ve tedavi sürecini uzatan, maliyeti yaklaşık %50 arttırdığı bilinen bir sağlık sorunudur. 1850’li yıllarda Nigthingale sağlıklı çevre ile diyetin uygun seçimi ve beslenmenin sağlanmasının hemşirenin önemli sorumluluklarından olduğunu vurgulamıştır (Aştı ve Karadağ 2012).

Serebral korteksten bulbusa kadar birçok yapı yutma olayından sorumludur (Türkmen 2005). Dolayısıyla yutma bozuklukları; yutmada görev alan kranial sinirleri etkileyen hastalıklar, yutmayı kontrol eden beyin sapı, serebellum, subkortikal beyaz cevher ya da korteksi etkileyen hastalıklar nedeni ile gelişebilir (Gündüz 2015). Karotid arter ve anterior komünikan arter anevrizmaları XII. Kranial siniri etkileyerek disfajiye, baziller arter anevrizması orta beyin ve ponsa basınç yaparak motor defisite, kavernöz sinüs anevrizmaları V. Kranial sinir dalına uyguladığı basınç ile fasiyal ağrılara neden olarak beslenme aktivitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Öztekin 2015). Yapılan çalışmalarda nörolojik hastalıklar sonucu %75-80 oranında bireylerde yutma güçlüğü geliştiği ve yutma güçlüğüne genellikle konuşma bozukluğunun da eşlik ettiği gösterilmiştir (Akman 2008; Aştı ve Karadağ 2012). Tek taraflı hemiplejik hastalarda %50 oranında orofagial disfaji geliştiği ve disfaji nedeniyle de en sık aspirasyon ve pnömoni komplikasyonlarının görüldüğü bildirilmiştir (Uzuner ver ark. 2014). Aspirasyon pnömonisi, enteral beslenen hastalarda ölüme neden olan en yaygın nedenler arasında yer almaktadır ve insidansı %58’e kadar çıkmaktadır (Gürkan ve Gülseven 2013). Beslenme bozukluğu olan hastalarda kilo kaybı, kas atrofisi ve deri bütünlüğünde bozulma gelişirken bakım veren bireyler için de hastasının yemek yiyememesi, kilo kaybetmesi üzücü bir durum olduğu ifade edilmektedir (Watson 2013).

Vücuttaki suyun %3 oranlık kaybında kan hacmi ve fiziksel performansın azaldığı, %5 oranlık kaybında konsantrasyonun azaldığı, %8 oranlık kayıpta baş dönmesi, yorgunluk ve solunum güçlüğü yaşandığı, %10 oranlık kayıpta ise kas spazmı, dolaşım ve böbrek yetmezliği görüldüğü bilinmektedir (Aştı ve Karadağ 2012). Beyin hasarı ya da hipofiz bezine yakın yerleşim gösteren anevrizmaların neden olduğu ödem ya da irritasyon nedeniyle bireylerde sodyum bozuklukları (hiponatremi), hipokalemi, Diabetes insipidus (DI), uygunsuz ADH salınımı, serebral tuz kaybı, sıvı volüm dengesizlikleri ve hiperglisemi gibi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (Öztekin 2015). Ayrıca yapılan çalışmalar yüksek kan

glukoz seviyesi ile kötü nörolojik prognoz arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Sık kan glukoz kontrolünün mortalite ve morbidite hızlarında önemli bir ölçüde azalma sağladığı bilinmektedir. Ancak bilinci kapalı hastalarda insülin tedavisinin neden olabileceği hipogliseminin gözden kaçma riski çok daha yüksektir (Pirat 2007).

Yutma bozukluğu olan bilinçsiz hastalarda da enteral beslenmenin (besin maddelerinin nazogastrik veya nazointerik, gastrostomi veya jejunostomi yoluyla devamlı ya da aralıklı hastaya verilmesidir) en erken dönemde başlanması önemlidir. Erken dönemde başlanılan beslenmenin mukozal atrofiyi azalttığı, barsak fonksiyonlarını koruduğu, maliyeti azalttığı ve iyileşme sürecini hızlandırarak mortaliteyi azalttığı yapılan çalışmalarla da gösterilmiştir (Gürkan ve Gülseven 2013; Uzuner ve ark. 2014; Metin ve Özdemir 2015). Ayrıca bilinci bulanık hastalarda aspirasyon riskinin yüksek olması nedeniyle bu hastalar NGT ya da PEG ile beslenmelidir. Ancak enteral yolla beslenen hastalarda abdominal distansiyon, konstipasyon, diyare, beslenme tüplerinin nazal mukozada oluşturduğu travma, tüpte tıkanıklık oluşabilmesi ve bu nedenle yeniden invaziv işlem yapılmasına bağlı yaralanma, aspirasyona bağlı solunumsal komplikasyon gelişme riski, hiperglisemi, elektrolit dengesizlikleri ve dehidratasyon gelişebilmektedir (Geraghty 2005; Metin ve Özdemir 2015). Enteral beslenme PEG ile sağlanıyorsa enfeksiyon, perforasyon, kanama, tüpün giriş yerinde sızıntı, gastroözefageal reflü ve yaygın granülasyon dokusu oluşumu gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Aştı ve Karadağ 2012). Enteral beslenme sırasında kullanılan tıbbi içerikli mamaların diyareye neden olduğu ve bildirim sıklığının %32-68 arasında değiştiği bildirilmiştir (Özyurt ve ark. 2000; Uzuner ve ark. 2014). Enteral beslenmenin yararlı olabilmesi için en uygun beslenme solüsyonunun seçilmesi önemlidir (Aştı ve Karadağ 2012). Yutma bozukluğu sonucu hastalarda kullanılan bu tedavi yöntemleri (NGT, PEG) bireyin fiziksel durumunu, sosyal katılımını, immobilizasyon riskini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Akman 2008; Kalav 2011). Ayrıca cerrahi işlem öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçlar, intrakraniyal hipertansiyon varlığı veya meninks irritasyonu nedeniyle hastalarda bulantı-kusma geliştiği belirlenmiştir (Malak 2007). Yutma güçlüğü ve bulantı-kusması olan bireylerin aspirasyon, akciğer enfeksiyonu, malnütrisyon, dehidratasyon ve mortalite açısından ciddi risk altında olduğu bilinmektedir (Türkmen 2005).

Hastada var olan bilinç bozukluğu, algılama bozukluğu ve azalmış mobilite varlığı veya bakım verenin korkması, bilgi eksikliğinin olması ve bakıcı rolünde zorlanması beslenme aktivitesi bozukluklarında risk faktörleri olarak literatürde yer almaktadır (Kalav 2011). Enteral ya da parenteral yolla beslenmek zorunda olan hastaların bakımından sorumlu

bireylerin, hastasında gözle görülür bir tedavi aracının olmasının kendilerini dışlanmış hissetmelerine sebep olduğunu bilinmektedir (Uğur 2006). 528 bakım veren bireyin alındığı bir çalışmada bireylerin %87'sinin enerji kaybı hissettiği, %60'ının ağrı ve %38'inin kilo sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir. Bakım verme işine başladıktan sonra bireylerin %10'nunda da daha sık alkol kullanımının olduğu da literatürde belirtilmektedir (Yacı 2011). Bunun yanında yiyecek alma ya da hazırlama olanaksızlığı, depresyon, stres, yorgunluk ve bağırsak alışkanlığında değişim bakım veren bireylerin beslenmesini etkileyen faktörlere eklenebilir (Uysal ve Çakırcalı 2015). Hemşire beslenme aktivitesi ile ilgili sorunları saptayacak, kötü beslenme durumunu belirleyecek ve bu sorunlara yönelik uygulamaları gerçekleştirecek en önemli sağlık çalışanıdır. Birey beslenme aktivitesini bağımsız olarak yerine getiremiyorsa hemşire, bireyin güvenliğini, bağımsızlığını ve bireyselliğini desteklemelidir (Aştı ve Karadağ 2012).

Boşaltım Aktivitesi

Boşaltım aktivitesi; yaşam süresince yerine getirilen gizli ve özel, denetimi insana ait olan en temel günlük yaşam aktivitelerinden bir tanesidir (Büyükyılmaz ve Şendir 2009; Turan ve Aştı 2015).

Boşaltım aktivitesinin istemli/kontrollü ve bağımsız bir işlev olarak gerçekleştirilmesi çocuklukta erken dönemde başlamaktadır (Turan ve Aştı 2015). Ancak spinal kord yaralanması, tümör ya da enfeksiyon gibi sinir iletiminin etkilendiği sağlık problemleri nedeniyle birey boşaltım sorunları yaşayabilmektedir (Çeçen 2011). Nörolojik değişimlerden dolayı hastalarda hareket aktivitesinde bozulma, bilişsel yetersizlikler, iletişim problemleri, konfüzyon gibi sorunlar nedeniyle boşaltım aktivitesindeki bağımsızlık durumu etkilenmektedir (Akman 2008; Aktaş 2010; Çeçen 2011). Beyin tümörü veya serebrovasküler hastalıklar nedeniyle bireylerin mesanedeki dolgunluğu hissetme veya boşaltımı erteleme yeteneği azalabilir, kişinin kontinansını sürdürmesi engellenebilir (Uysal ve Çakırcalı 2015).

Üriner kontinansın sağlıklı devam etmesi için kişinin bilişsel olarak sağlam olması, beyin, omirilik, mesane ve üretrayı inerve eden sinirlerin sağlıklı olması, idrar boşaltımında rolü olan kasların yeterince gelişmiş olması gerekmektedir (Aştı ve Karadağ 2012; Uysal ve Çakırcalı 2015). Hastaneye yatan bireylerin yaklaşık %15-25'ine mesane kateterizasyonu uygulanmaktadır (Aştı ve Karadağ 2012). Bilinç bozuklukları olan hastalarda genellikle üriner boşaltım sorunlarını gidermek ve sıvı izlemi için kalıcı kateterizasyon uygulanmaktadır

(Kalav 2011). Subaraknoid kanaması (SAK) olan hastalarla yapılan bir çalışmada üriner kateter kaynaklı enfeksiyon oranı %20,7 olduğu belirlenmiş ve ileri yaş, hiperglisemi, anemi değişkenleri anlamlı farklılık göstermiştir (Hagerty ve ark. 2015). Üriner sistem enfeksiyonları, hastanede kalış süresini uzatan ve maliyeti arttıran önemli sağlık sorunlarıdır. Beyin ve spinal kord travması, mesaneyi inerve eden sinirlerin bozulması, ilaçlar ve anksiyete boşaltım yeteneğinde bozulmaya neden olarak enfeksiyon riskini artırır. Aynı zamanda uzun süreli kateterizasyon uygulamak mesanenin sürekli boşalmasına ve dolayısıyla kas tonüsünde ve kapasitesinde azalamaya neden olmaktadır (Aştı ve Karadağ 2012). İnme tanısı almış hastalarla yapılan bir çalışmada üriner inkontinans sıklığının %40-60 olduğu ve bunların %25'inde taburculukta inkontinansın devam ettiği belirlenmiştir (Kalav 2011). İnkontinans bireyin yaşam kalitesini azaltan, sosyal yaşamını kısıtlayan, fiziksel, psikolojik ve hijyenik sorunlara neden olan idrar kaçırma durumudur (Aştı ve Karadağ 2012).

Sindirilmiş atıkların bağırsaktan boşaltılması önemli bir vücut fonksiyondur (Uysal ve Çakırcalı 2015). Bağırsak fonksiyon bozukluğu iyileşme üzerine negatif etkisi olan önemli bir komplikasyondur (Kalav 2011). Yaşam kalitesini düşürerek semptomlara yol açmadıkça hafif ya da aralıklı konstipasyonlar klinik öneme sahip değildir ancak bilinçsiz hastalarda bağırsak peristaltizminin uyarılmasını sağlayan normal fiziksel aktivitenin ve hareketlerin yapılamaması konstipasyon ve fekal tıkaç oluşumuna neden olarak kafa içi basıncını arttırıp oldukça tehlikeli bir durum yaratabilmektedir (Karadakovan 1993). Ameliyat sonrası dönemde nörolojik defisitlerin ortaya çıkması, hareketsizlik, defekasyon ihtiyacının ifade edilememesi, hastane ortamında gizliliğin sağlanamaması, ağrı yönetiminde kullanılan ilaçlar ve kemoterapi hastalarda bağırsak sorunlarına neden olabilmektedir (Malak 2007; Büyükyılmaz ve Şendir 2009; İlçe ve ark. 2010). Nörolojik bir hastalık olan Multiple Skleroz (MS)'da konstipasyon oranının %39-73 (Alp 2004) arasında olduğu, osteoporotik kırık nedeniyle yatağa bağımlı olan hastaların %40'ı (Büyükyılmaz ve Şendir 2009), nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda %15-85 (Turan ve ark. 2017) ve ülke genelinde %29-40 oranında konstipasyon geliştiği bildirilmiştir (İnce ve Remzi 2011; Turan ve Aştı 2015). Şuuru kapalı ve yatağa bağımlı hastalarda gelişen konstipasyonun giderilmemesi dışkı tıkanıklığına neden olabilmektedir (Aştı ve Karadağ 2012). Dışkı tıkanıklığı ve konstipasyon da ıkmaya, ıkmama da yeni kanama riskine ve kafa içi basıncı artışına neden olur (Öztekin 2015). Hastanın ıkmamasını önlemek için laksatif kullanımı tercih edilebilir. Laksatifler, dışkıyı yumuşatmak ve dışarı atılımını kolaylaştırmak için kullanılan, ancak aşırı kullanımı diyareye ya da kronik kullanımı konstipasyona neden olabilen ilaçlardır (Aştı ve Karadağ

2012). Bunun yanında Özer ve ark. (2006), bağımlı bireylerin özellikle boşaltım aktivitelerinin karşılanması sırasında rahatsızlık duyduklarını yaptıkları çalışmayla göstermiştir. Bu nedenle hastanın boşaltım aktivitesi ile ilgili sorunları çözümlenirken, bireyin gizliliği, mahremiyeti ve emosyonel gereksinimleri dikkate alınmalıdır (Aştı ve Karadağ 2012).

Yaşam tarzı değişikliklerinin neden olduğu kaygı, öfke, depresyon, stres, heyecan gibi duygular bağırsak fonksiyonunu etkileyebilir (Aştı ve Karadağ 2012; Uysal ve Çakırcalı 2015). İnci (2006)'nin yapmış olduğu çalışmada bakım verme sürecinde bakım veren bireylerin hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, vücut ağırlığında artış ya da azalma gibi bozulmalar yaşadığı bildirilmiştir. Bakım verme sürecinde bireylerin ilaç kullanımı, uyku düzenin etkilenmesi, psikolojik problemler yaşaması, alınan gıdaların miktarı ve içeriği, sıvı alımının yetersizliği konstipasyon gelişimine neden olan faktörler olarak sayılabilir (İnce ve Remzi 2011). Konstipasyonun tedavi ve bakımdaki amaç, sağlıklı/hasta bireyde konstipasyon gelişimini önlemek, yaşam kalitesini arttırmak ve bireyin konforunu sürdürmektir (Turan ve Aştı 2015). Konstipasyonun yaşam kalitesi üzerine olan etkisine bakıldığında bireylerde psikolojik ve sosyal morbiditenin arttığı, somatizasyonda artışın olduğu ve cinsel yaşamda daha az tatmin olduğu belirtilmektedir (Türkay ve ark. 2005). Ayrıca stres ve anksiyetenin üriner boşaltımı da etkileyebildiği unutulmamalıdır (Uysal ve Çakırcalı 2015). Bu nedenle hemşire sağlıklı/hasta bireyde boşaltım alışkanlığını etkileyen veya değiştiren durumları saptamalı ve sorun yaratabilecek durumlar için önlemler almalıdır (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008).

Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi

Toplumun kültürüne ve çevre koşullarına göre değişen, tüm vücudun temizliği ve ağız-diş bakımını kapsayan uygulama ve alışkanlıkların yer aldığı aktivitedir (Seçim 1996; Aştı ve Karadağ 2012). Kişisel hijyen uygulamalarında amaç bireyin rahatlamasını, gevşemesi ve dinlenmesini sağlamak, kas gerilimini azaltmak, kötü kokuları gidermek, bireyin genel görünümünü olumlu hale getirmek, beden imgesini geliştirmek ve deri sağlığını sürdürmektir (Aştı ve Karadağ 2012).

Özbakım, birey tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen, sağlığın devamlılığı için sürekliliği olan ve bireyin yaşamdan doyum almasını sağlayan bir uygulamadır (Muz ve Eğlence 2013). Özbakım ve hijyenik bakımı bağımsız olarak gerçekleştirebilmek insan

sağlığını ve ruhsal durumunu olumlu yönde etkilemektedir. Özbakımın gerçekleştirilebilmesi için uygun nöromusküler fonksiyon, yeterli kas gücü, enerji ve sağlam duyuşsal özellikler gerekir (Uysal ve Çakırcalı 2015). Beyin ve sinir cerrahi ameliyatları sonrası hastalar da uykuya eğilim, yorgunluk, huzursuzluk, uyarana cevapsızlık, oryantasyon bozuklukları, konvülsiyon, kişilik değişiklikleri, ajitasyon, görme ve konuşma bozuklukları, deliryum gibi komplikasyonlar nedeniyle bireyin kendi kişisel temizlik ve giyinme aktivitesini gerçekleştiremediği bilinmektedir. Bilinçsiz hastalarda göz kırpmaya refleksinin kaybolması ya da fasiyal etkilenme nedeniyle gözün açık kalması durumlarında korneada kuruluk, ülserasyon hatta körlük gelişebilmektedir. Yine bu hastalarda ağızdan beslenme sağlanamadığından ve ağızdan soluk alıp vermenin daha fazla olmasından kaynaklı ağız kurulukları ve enfeksiyonlar gelişebilmektedir (Demir 2006). Hastanın saç, tırnak, vücut temizliği ile ağız ve diş sağlığının sağlanması ve sürdürülmesi bireyin genel görünüşünü etkileyerek benlik imgesini geliştirir (Akman 2008; Zaybak ve Güneş 2009).

Bireyin yaşı, sosyoekonomik durumu, sosyal çevresi, sağlık durumu, bireysel tercihleri, beden imajı ve beklentileri hijyen uygulamalarını etkileyen faktörler olarak belirtilmektedir (Aştı ve Karadağ 2012). Hemşireler, hastanın giyinme aktivitesini ve kişisel temizlik uygulamalarını gerçekleştirme durumunu ve yardım gereksinimini değerlendirmelidir (Akman 2008). Hastaneye yatma ya da hastalığın getirdiği stres nedeniyle bireyler günlük temizlik alışkanlıklarında olan değişikliklerden rahatsız olabilirler, bu durum hemşirenin rahat bir ortam hazırlama sorumluluğunu gerektirir. Hemşire bireyin hijyenik uygulamalara yönelik bilgi düzeyini, alışkanlıklarını ve inançlarını değerlendirmelidir (Aştı ve Karadağ 2012). Bunun yanında yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin giyim ve kuşamında dağınıklık, kendi bakımına yeterli zaman ayıramama ve fiziksel sağlıklarının olumsuz olarak etkilendiğini gösteren davranışları da irdelenmelidir (Tuna 2010).

Beden Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi

Vücut sıcaklığının değerlendirilmesi hem bireysel yaşamda hem de tıbbi bakım sürecinde sağlık ve hastalık durumunu belirlemede kullanılan, fizyolojik dengeyi yansıtan en eski tanı yöntemlerinden biridir (Özer ve ark. 2010).

Amerika Yoğun Bakım ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (Society of Critical Care Medicine and The Infectious Disease Society of America) ateşi, beden iç sıcaklığının 38.3°C ($\geq 101^\circ\text{F}$)'nin üstünde olması şeklinde tanımlamıştır (Pour 2012). Sağlıklı bireyler ısı

düzenleme merkezi ile beden ısılarını belirli bir sınırdan tutarak hayati fonksiyonlarının devamlılığını sağlarlar. Bu devamlılık periferde yer alan reseptörler ile hipotalamusun preoptik alanındaki ısı merkezi tarafından koordine edilir (Dinçer 2010). Normal koşullarda vücut ısı 36-38°C arasında olmalıdır (Aştı ve Karadağ 2012). Ancak nöroşirurji hastalarında ateş görülme olasılığı %50 nin üzerindedir (Pour 2012). Beden sıcaklığındaki her 1°C'lik artış, serebral kan akımını (SKA) yaklaşık %5-6 ve metabolik gereksinimi %10 arttırarak beyin ödemi gelişimini hızlandırır (Öztekin 2015). Ciddi MCA (Middle Cerebral Artery) enfarktı olan hastalarda vücut sıcaklığının 33-36° arasında tutulmasının mortaliteyi azalttığı bildirilmekte ve son yayınlar nöroşirurji hastalarında normotermiyi sürdürmenin önemine işaret etmektedir (Gürkanlar ve Keskil 2007; Öztekin 2015). Ancak ağır hipotermi (32,2° nin altı), laktik asidoz, dehidratasyon, kardiyak aritmi ve koagülopatiye; hipertermi ise deliryuma ve 43° üzerindeki ateşe KİB arttırarak kalıcı nörolojik hasara ve komaya neden olur (Gürkanlar ve Keskil 2007). Yüksek ateş, oksijen tüketimini, kalp atım hızı ve solunum sayısını artırır, enerji depolarını tüketerek kişiyi güçsüz bırakır, sıvı volüm eksikliği ve dehidratasyona neden olur (Aştı ve Karadağ 2012).

Nöroşirurji hastalarında ventrikül içi veya subaraknoid kanamalar, pnömoni, idrar yolları ve cerrahi yara yeri enfeksiyonları nedeniyle ateş görülebilmektedir (Pour 2012). Vazospazm, intraventriküler-intrakranial kanama, tümörler ve ödem gibi doğrudan hipotalamusun bası altında kalmasına neden olan sağlık problemlerinin nörojenik ateş oluşumuna neden olduğu ve hemorajik inmeli hastalarda da nonenfeksiyon ateş oranının %33 gibi yüksek bir insidansa sahip olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Aktaş 2010; Mcilvoy 2012). Ancak bu hastalarda 0-4. günlerde hipotermi yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir (İlçe ve ark. 2010). Hipotermi doğru değerlendirilmesi için 35° C'nin altını gösteren termometrelerin kullanılması önemlidir (Aştı ve Karadağ 2012). Nöroşirurji hastalarında ameliyat sonrası dönemde ateşin hemodinamik parametrelere etkisine yönelik yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, her bir santigrat derece (1°C) beden sıcaklığı artışında; sistolik kan basıncında 4.43 mmHg, arteriyel kan basıncı ortalamasında 0,166 mmHg, SaO2'da %0,64 azalma, diyastolik kan basıncında 1,61 mmHg ve nabız sayısında 7,46 vuruş/dk artış saptanmıştır (Pour 2012).

Nöroloji kliniğinde yatan hastalarla yapılan bir çalışmada düşük doz nonsteroidal anti-inflamatuvarların (NSAIDs) orta doz NSAIDs'lara göre beyin hasarını önlemede daha etkili olduğu (Cormio ve Citerio 2007); akut beyin travmasında ateşin düşürülmesinin, oksijen tüketiminin azalmasını anlamlı bir şekilde etkilediği (Hata ve ark. 2008) ve intravasküler

soğutma yönteminin diğer soğutma yöntemlerine göre hedef sıcaklığın korunmasında daha üstün olduğu saptanmıştır (Hoedemaekers ve ark. 2007). Subaraknoid kanamalarda, beyin içi kanamalarda ve beyin enfarktüsünde de sıcaklığı değiştiren kateterlerin %64 oranında ateşi düşürmede diğer yöntemlere göre (antipiretikler, soğutucu battaniye ve buz paketleri) daha etkili olduğu gösterilmiştir (Pour 2012). Sağlıklı birey, beden ısını normal sınırlarda sürdürebilmek için giysi seçimi, havalandırma, çevre ısını ayarlama ve fiziksel aktivite yapma gibi birçok değişiklikler yapabilir, ancak bilişsel ve motor yetersizliği olan bireylerde vücut ısının normal düzeylerde tutulabilmesi ancak hemşirelik girişimleri ile mümkündür (Seçim 1996; Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Bu nedenle hemşire hasta bakımında bireylerin, beden ısının kontrolüne ilişkin uygulamaların ne ölçüde bildiği ve uygulayabildiği değerlendirilmelidir (Akman 2008).

Hareket Aktivitesi

Yaşam modelinin öğelerinden biri ve bağımlılık/bağımsızlık dizgesi ile yakından ilişkili olan hareket aktivitesi; beslenme, boşaltım, çalışma ve eğlenme, kişisel temizlik ve giyinme gibi diğer yaşam aktivitelerinin gerçekleştirebilmesi için yaşamsal öneme sahip bir aktivitedir (Aştı 2000; Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Hareket aktivitesi, birçok aktivite için elzemdir ve hareket aktivitesinin yetersizliği bireyde ruhsal, fiziksel ve sosyal sorunlar yaşanılmasına neden olabilmektedir (Akman 2008; Kutlu ve ark. 2011; Karadağ ve ark. 2017).

Hareket; ayakta durma, koşma, yürüme gibi büyük kas grupları ile mimik, el kol hareketlerinin oluşumunu sağlayan küçük kas gruplarının kullanıldığı bir aktivitedir (Aktaş 2010). Yaşam biçimi ve alışkanlıklar, kas-iskelet sistemi, sinir sistemi, dolaşım ve oksijenasyon, beslenme, konjenital problemler ve duygu durum bozuklukları hareket aktivitesini etkiler (Uysal ve Çakırcalı 2015). Hareket, temel insan gereksinimlerindendir ve sağlıklı bireyler sinir sisteminin yardımıyla bu işlevini normal olarak devam ettirir (Şahin 2006). Sağlık Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre fiziksel hareketsizlik dünya genelindeki ölümlerin %6'sından, ülkemizdeki ölümlerin ise %15'inden sorumludur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hareketsizliğin kanser, kalp-damar hastalıkları, şişmanlık, tip 2 diyabet ve osteoporoz gibi birçok hastalığın artışına neden olduğunu belirtmiştir. Hareketsizliğin, yara iyileşmesinde yavaşlama, kas atrofisi, deri altı yağ miktarında azalma, yaygın ödem, hırıltılı solunum, dispne, kalp hızında artma, periferik ödem, eklem kontraktürleri, aktivite intoleransı, deri bütünlüğünde bozulma, idrar debisinde azalma, bağırsak seslerinde ve hareketlerinde

azalma gibi birçok olumsuz etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Aştı 2000). Kas atrofisi ve kontraktürlerin ağrı ve acıya neden olduğu literatürde belirtilmektedir (Uysal ve Çakırcalı 2015). Aynı zamanda hareketsizlik, başlıbaşına yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen, ağrı, depresyon ve anksiyete hissedilmesinin neden olan olumsuz bir faktördür (Demirel ve Kayıhan 2014).

Hareket aktivitesinde ortaya çıkan bağımlılık/yarı bağımlılık durumu; tromboflebit riskine, konstipasyon, osteoporoz, atrofi, ayak düşmesi, üriner staz, böbrek taşı oluşumu, uykusuzluk, toraksın genişlemesinde azalmaya bağlı solunum yollarında sekresyon birikimi, pnömoni ve atelektazi gibi komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir (Kutlu ve ark. 2011; Taşdelen ve Ateş 2012). Beyin tümörü tanısı almış bireylerin %62'sinde denge bozukluğu, %14'ünde görme kaybı ve %10'nunda parazi tespit edilmiştir (Aslantürk ve ark. 2006). AVM rüptürü sonucu hastaların %17'sinde felç görüldüğü bildirilmiştir (Öztekin 2015). Uzun süreli bağımlı olmak insan yaşamında katlanılması zor ve trajik bir olay olmakla birlikte bireylerde depresyon, davranış bozukluğu, uyku düzeninde bozukluk veya başa çıkmada güçlük gibi psikososyal değişikliklere neden olduğu bilinmektedir (Aştı 2000). Bu süreçte hemşirelik bakımının amacı hareketsizliğin getireceği zararları en aza indirmek veya önlemek, kişiyi fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden erişebileceği maksimum bağımsızlık düzeyine ulaştırmak, kişinin yaşam kalitesini ve doyumunu arttırmaktır. Bu nedenle kas kuvvetini arttırmada ve eklem açıklığını korumada 'Range of Motion' (ROM) egzersiz türü kullanılarak kas kontraksiyonları ve ağrı önlenabilir (Aştı 2000; Koç 2012). Ayrıca bu egzersizlerle fiziksel iyilik hali oluşturma, benlik saygısında artış, stres ve anksiyete ile başa çıkabilme, yaşam kalitesi ve iş performansında artış sağlandığı bilinmektedir (Kutlu ve ark. 2011)

Yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi yüksek olan bireylerin bakım vericilerinde bel ağrılarının sıklığı oldukça yüksektir (Günel 2014). Literatürde bakım veren bireylerin hissettiği yorgunluk, baş ve bel ağrısının ciddi yaralanmalarla sonuçlanabildiği gösterilmiştir (Aşiret ve Kapucu 2012). Hareketsizlik, bireyin iyilik haline ciddi zarar verir, karmaşık ve masraflı tedaviler gerektirir (Aştı ve Karadağ 2012). Literatürde fiziksel aktivite yetersizliğinin kronik hastalıklar (kalp hastalıkları, inme, kanser vb.) için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Topuzoğlu ve ark. 2011) Sağlık Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre egzersiz yapmama durumu yaşla doğru orantılı olarak arttığı ve kadınlarda daha yüksek bir orana sahip olduğu belirlenmiştir. 65 yaş üstü bireylerin sadece %30'unun yürüyüş yaptığı dikkate alınırsa, fiziksel aktivitenin her koşulda ve ortamda gerçekleştirilmesinin bireylere ruhsal ve

bedensel zindelik sağladığı, yaşam kalitesini artırarak sosyal ilişkileri geliştirdiği konuşulmalıdır (Demirel ve Kayıhan 2014).

Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi

Bireyin geçimini sağlamak, ülke ekonomisine katkıda bulunmak, bireysel kimlik kazanmak, zamanını değerlendirmek ya da eğlenmek amacıyla gerçekleştirdiği önemli bir aktivitedir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008; Büyükyılmaz ve Aştı 2009). Çalışma ve eğlenme aktivitesi, yaşam kalitesini geliştiren bireylerin hem sağlık durumunu etkileyen hem de bireyin sağlık durumundan etkilenen biyofizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyokültürel çevreye göre değişen bir aktivitedir (Büyükyılmaz ve Aştı 2009; Aktaş 2010).

İşsizlik veya emeklilik gibi nedenlerle bireyin herhangi bir uğraşının olmaması bireyin yaşam kalitesini ve sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Bilinç bozukluğuna neden olan hastalıklara ya da tedaviye bağlı olarak hastalarda uykuya eğilim, uyarana cevapsızlık, oryantasyon bozukluğu, dalgınlık, konfüzyon, görme ve konuşma bozuklukları, deliryum gibi komplikasyonlar nedeniyle kişilerde sosyal izolasyon, rol ve işlevlerde kayıplar yaşanabilmektedir (İlçe ve ark. 2010; Köşgeroğlu ve Boğa 2011). Bu da hem hasta bireyin hemde bakım verenin sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. 2011 yılında nöroşirurji kongresinde kranial ameliyatlarda saçların kesilmemesinin sosyal yaşama dönmede kolaylaştırıcı bir faktör olduğu vurgulanmıştır (Zor ve ark. 2011). Subaraknoid kanamada hastaların yaklaşık %10'unda iş görememezliğe ve daha yüksek oranda sosyal sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (Uzuner ve ark. 2014). Hastalık veya tedavi nedeniyle bir bireyin veya bakım verenin geçici ya da kalıcı süreyle işinin engellenmesi, tamamen işsiz kalması sağlık giderleri gibi temel gereksinimlerin karşılanmasında sorun yaratarak aileyi tüm boyutlarıyla olumsuz olarak etkilemek ve mali yük oluşturmaktadır (Büyükyılmaz ve Aştı 2009; Karadağ-Arlı ve Gürkan 2014). Ayrıca bakım veren bireylerde bakım sürecinde işini kaybetme, çalışma şeklini değiştirme veya azaltma gibi sosyal çevreden uzaklaşma ve sosyal izolasyon görülmektedir (Uğur 2006; Altınok 2010). Ayrıca beyin tümörü olan hastanın bakımını sürdüren aile bireylerinin yaşadığı psikolojik sorunlar nedeniyle güncel olayların takibinde, komşuluk ilişkilerinde, çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde, kültürel aktivitelere katılımı ve gece sosyal aktivitelere katılımı azalma gibi sosyo-kültürel sorunlar görülebilmektedir (Kradağ-Arlı ve Gürkan 2014).

Yapılan çalışmalarda bakım verilen hasta grubu çocuklar ise, bakım verme işini genellikle anneler üstlenmektedirler. Bu durum varlığında anneler aile içindeki diğer rollerden vazgeçmekte, sosyal aktivitelere katılım ve sosyal yaşamlarında kısıtlamaya gitmektedirler (Alahan ve ark. 2015). Aile içindeki rollerde değişiklik yaşanması, bireylerin kendilerine uygun olmayan rollere geçmelerine neden olmakta ve aile içinde çatışmalar, sorunlar ortaya çıkarmaktadır (Bahar ve ark. 2009). Bu nedenle, hemşirelik sürecinde hastanın ve hastaya bakım veren bireyin mesleğinin, çalışma koşullarının, çalışma durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, çalışma ve dinlenme/eğlenme aktivitelerinin varlığının değerlendirilmesi önemlidir (Akman 2008).

Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

Bu aktivite sadece cinsel ilişki kurabilme yeteneği değil daha çok erkek ya da kadın cinsel kimliğinin ve beden algısının irdelendiği, fiziksel ve duygusal boyutlarının ayrılamadığı bir bütün olarak ele alınmalıdır (Terzioğlu ve Alan 2015). Cinsiyet, insanları kadın ve erkek olarak birbirine eşit iki gruba ayıran genetik, fizyolojik ve biyolojik özelliklerdir (Turan ve ark. 2011). Cinsellik ise; iletişim, fiziksel görünüm, sosyal roller, çalışma ve eğlenme aktivitesi, beden imajı ve öz saygı ile ilişkili bir kavramdır (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008; Terzioğlu ve Alan 2015). Fiziksel görünüm ve üreme organları biyolojik, beden imajı ve benlik saygısı psikolojik, cinsiyet rolleri ve kültürel inanışları ise cinselliğin sosyal bileşenlerini oluşturmaktadır (Aştı ve Karadağ 2012). Bu nedenle cinsellik ve cinsellikle ilgili deneyimler sağlığın diğer alanlarını etkileyebilir (Uysal ve Çakırcalı 2015).

Beden imajı, bir kişinin kendisini ve bedenini nasıl algıladığı, düşündüğü ve hissettiği ile ilgilidir (Aştı ve Karadağ 2012). Erkek ya da kadın cinsel benlik imajı ise, bireyin kendini çekici hissetme ve duygusal gereksinimlerini doyurma becerilerinden oluşmaktadır (Terzioğlu ve Alan 2015). Sağlıklı benlik kavramına sahip kişiler dünyada kim olduklarını bilirler, yaşama anlam katmak için yapıcı yollar bulurlar, anksiyete düzeni azaltmayı ve sosyal ortamlarda etkin olmayı bilirler ve sorunlarının üstesinden gelebilmek için uygun başa çıkma davranışlarını gösterebilirler (Uysal ve Çakırcalı 2015). Bireyin benlik kavramı değerlendirilirken fiziksel, ahlaki, kişisel, ailesel özellikler ve sosyal durumlar göz önüne alınarak yapılır (Aştı ve Karadağ 2012).

Benlik kavramı kişinin iç dünyası ve dış dünyayla etkileşim halinde olup değişimler gösterir (Aştı ve Karadağ 2012). Geçirilen ameliyatlara, hastalıklar ve bu hastalıkların neden

olduğu bağımlı olma durumu dış görünüşte değişiklikler meydana getirebilmekte ve bu da bireyin beden algısını etkileyerek anksiyete, depresyon, öfke, üzüntü, utanma, suçluluk ve değersizlik gibi duygusal değişikliklere aynı zamanda sosyal ortamlardan çekilme, izolasyon, göz teması kuramama ve sorumluluk almaktan kaçınma gibi davranışsal değişikliklere neden olabilmektedir (Uysal ve Çakırcalı 2015). Hemşire, bakım veren hasta yakınlarının olumlu benlik kavramı geliştirmesini, benlik kavramında bozulmalara neden olabilecek risk faktörlerinin önlenmesini, bozulmaya neden olan stresörlerle baş edebilmesini ve bireyin eski dengeye ulaşmasını sağlamalıdır (Aştı ve Karadağ 2012).

Bakım veren hasta yakınlarının yaşadığı güçsüzlük, ümitsizlik, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlar nedeniyle bu bireyler de sağlığı koruma aktivitelerini uygulamama ve sağlığı arama davranışının eksikliği ile karakterize olan özbakım eksikliği görülebilir (Uysal ve Çakırcalı 2015). Yorgunluk, uykusuzluk, stres, anksiyete, depresyon, kişiler arası sorunlar, bazı ilaçlar, ağrı, hastalık ve tedavi süreci, nörolojik durum ve beden imgesi ile ilgili kaygılar nedeniyle cinsel istekte azalmaya bağlı cinsellik örüntülerinde eksiklik belirlenebilir. Fiziksel ve duygusal sağlığı olumsuz etkileyen pek çok faktör, cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilir (Aştı ve Karadağ 2012). Hemşireler cinsellikle ilgili değişiklikleri değerlendirme, sorunların önlenmesinde ve mevcut sorunların çözümünde anahtar rol oynar (Uysal ve Çakırcalı 2015). Oysaki hemşireler sıklıkla cinsellik ile ilgili konuşmaktan rahatsızlık duymakta, bireyin mahremiyetine karşı saygısızlık olarak değerlendirmekte, cinselliği var olan sorunun bir parçası olarak görmemekte veya uygun hemşirelik girişimlerini sağlamak için kendini yeterince bilgili hissetmemekte gibi birçok faktör sebebiyle bütüncül bakım sağlama fırsatını kaçırmaktadırlar (Aştı ve Karadağ 2012).

Uyku Aktivitesi

Temel yaşam gereksinimlerinden biri olan uyku, bireyin fizyolojik ve psikolojik iyilik halinin devamlılığı için oldukça önemli bir aktivitedir (Atik ve ark. 2012). Erişkin ve sağlıklı bireyler günün 1/3'ni uykuda geçirirler ve bu süreçte hücreler büyümeye, yenilenmeye devam ederler (Büyükyılmaz ve Aştı 2009; Sarı ve ark. 2010).

Uyku döneminde insanlar günün stresinden uzaklaşmakta ve ruhen dinlenebilmektedirler (Karadağ ve ark. 2017). Uyku kalitesi fiziksel ve ruhsal sağlıkla doğrudan ilişkili bir kavramdır (Görgülü ve Akdemir 2010). Uzun süreli uykusuzluğun vücudun ısı kontrolünde, beslenme metabolizmasında, bağışıklık sisteminde, kalp

hastalıklarında ve diğer düzenleyici sistemlerindeki bozukluklar için risk faktörü olduğu bilinmektedir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008; Atik ve ark. 2012). Araştırmalar 6 saatten daha az ya da 9 saatten daha fazla uyumanın yüksek morbidite ve erken mortalite ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Uysal ve Çakırcalı 2015). Klinikte yatan hastaların, bilinç düzeyi tanınması açısından saat başı uyandırılmasının uyku yoksunluğuna neden olabileceği unutulmamalıdır (Öztekin 2015). Gün içinde bazı nöronların fazla kullanılması, nöron yorgunluğuna ya da işlerliğinin azalmasına neden olarak hem santral sinir sisteminde hem de periferde dengesizliğe yol açar. Yatağa bağımlı bireylerde sirkadiyen ritmin bozulması uyku sorunlarını ortaya çıkarabilir (Aştı ve Karadağ 2012). Ayrıca nöbet öyküsü olan hastalar, düzensiz uyku/uyanıklık sonucu ya da uyku kaybı nedeniyle nöbet artışı riski taşımaktadır (Uysal ve Çakırcalı 2015). Bu nedenle bireyin yeterince dinlenmesi ve uyuması için tedavi ve bakım uygulamalarının bireyin uyanık olduğu döneme göre planlanması önemlidir (Aştı ve Karadağ 2012).

Hastane ortamının farklı ve yabancı olması, günlük yaşam alışkanlıklarında (yeme, içme, boşaltım, hareket ve kişisel temizlik gibi) değişikliklerin olması, evden ayrı olma, normal yaşamdaki rutinlerin değişmesi, yatağın sertliği ve ebatları, bireyin uyku alışkanlıkları ve kaygı düzeyi uyku alışkanlıklarını değiştiren faktörler arasında yer almaktadır. Uykusuzluğa bağlı olarak bireylerde yorgunluk, konsantrasyonda azalma, sinirlilik, halüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltım sorunları gelişebilir (Aştı ve Karadağ 2012). Bakım veren bireylerin genellikle uykuyu başlatma ve sürdürme problemleri ya da gündüz yorgunluğu gibi uyku bozuklukları yaşadıkları literatürde yer almaktadır (Sarı ve ark. 2010). Kanser hastalarına bakım verenler ile yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %88,7'si uyku kalitesinin kötü olduğunu ifade etmiş, bu durumun anksiyete ve depresyon riskini arttırdığı belirlenmiştir (Karabulutlu ve ark. 2013). Uyku kaybı gündüz uykusuna, kronik yorgunluğa, yaşam kalitesinde azalmaya, kaza ve düşme riskinde artmaya neden olur (Aştı ve Karadağ 2012).

Anksiyete ve depresyon ile uyku kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bilinmektedir. Bireyin uyku kalitesi düştükçe veya uyku problemleri arttıkça bireyin depresyonu ve anksiyetesi artmakta, anksiyete ve depresyonu arttıkça da uyku kalitesi düşmektedir (Sarı ve ark. 2010). Verilen bakımın günlük süresi ve bakım verenin kendi sağlığını algılama düzeyi de uyku kalitesini etkilemektedir (Karabulutlu ve ark. 2013). Uzun dönem uyku kaybının fiziksel ve ruhsal etkileri bakım veren kişinin yeterliliğini, motivasyonunu negatif yönde etkileyebilir ve birey bakım veren rolünde zorlanma yaşayabilir

(Sarı ve ark. 2010). Bu nedenle bakım veren bireyin uyku kalitesi, uyku alışkanlığı, uyku ortamı, anksiyete ve depresyon düzeyleri aralıklı olarak değerlendirilmeli ve bakım verenin iyilik halinin olumsuz etkilenmesi önlenmelidir (Karabulutlu ve ark. 2013).

Ölüm Aktivitesi

Ölüm süreci, tüm yaşam aktivitelerini etkileyen ve yaşam aktiviteleri içerisinde yer alması tartışmalı bir alandır. Ölüm aktivitesi bireylerin sürekli deneyimlediği bir aktiviteyi değil, bir sonu ifade etmektedir (Seçim 1996). Bu aktivitede sadece ölümü değil, ölüm sürecini ve bu süreçle ilgili gerçeklerin anlaşılmasını da içerir (Karadağ ve ark. 2017). Terminal dönemde olan bireyin insan onuruna yakışır şekilde, en iyi ve en kapsamlı bakımı alması aynı zamanda da aile üyelerine psikolojik destek sağlaması hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları arasındadır (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Yaşamın son saatlerinde yorgunluk, güçsüzlük, kutanöz iskemi, yiyecek ve sıvı alımında yetersizlik, mukoz ve konjektivada kuruluk, terminal deliryum, solunum disfonkiyonu, sfinkter kontrol kaybı ve göz kapaklarını kapatma yeteneğinde kayıp gibi çok çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Hemşire, ölüm gerçekleşene kadar hastasının en rahat şekilde yaşamasıyla ilgilenmelidir (Çavdar 2011).

Palyatif bakım günümüzde yaşamın son haftası, günü ya da saati ile sınırlı kalmayıp, tedavi edilemez ilerleyici hastalık süresince verilen bakım haline gelmiştir. WHO (2010) palyatif bakımı, hayatı tehdit eden bir hastalığı olan ve bu hastalık nedeniyle sorunlarla karşılaşan hastanın ve ailenin yaşam kalitesini arttıran ve bunu da fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların erken tanısı, uygun şekilde değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla yapan bir rahatlama yaklaşımı olarak tanımlar (Aştı ve Karadağ 2012). Palyatif bakımda amaç yaşam süresini uzatmak değil kalitesini arttırmaktır (Uysal ve Çakırcalı 2015). Ölümcül hastalığı olan bireylerde düzenli opioidlerin kullanılmasının gerekliliği literatürde yer almaktadır. Aynı zamanda palyatif bakım, aile için en üst düzeyde işlevselliğe, karar almada yardım etmeye ve kişisel gelişim için fırsatlar sunmaya yöneliktir.

Her insan için çok önemli ve etkileyici olan kayıp ve kederi, hastalık veya yaralanmalarda her insan yaşamaktadır (Aştı ve Karadağ 2012). Kanser, kafa travması, SAK veya Amyotrofik lateral skleroz (ALS) gibi ciddi ve klinik seyri olumlu olmayan beyin ve sinir sistemi hastalıklarının bakımı ve tedavi sürecinde aileler, bireyi kaybetme korkusu hissedebilmekte ve manevi distress yaşayabilmektedir (Yılmaz ve Okyay 2009). Hemşirelik ile

ilgili standartlar ve kodlar da bütüncül bakımın içerisine maneviyatın karıştırılmasının önemini vurgulamaktadır (Özbaşaran ve ark. 2011). Manevi gereksinimleri tanımlamak zor ve incelikli olup hemşirelerin duyarlılığına bağlıdır (Aştı ve Karadağ 2012). Beyin tümörü olan hastaların ailesinde hastalığın tekrar edeceği ve ölüm korkusu ailelerin yükünü attırdığı belirtilmektedir (Malak ve Dicle 2008). Bireyler inkâr, inançsızlık, isyan, öfke, çaresizlik, pazarlık, depresyon ve kabullenme gibi duygular deneyimleyebilmektedir (Çeçen 2011). Ölmekte olan bireyin ailesinin kültürü, dini inançları, gelenekleri, kaybın aile için anlamı, sosyokültürel destek ve stres kaynakları kayıp karşısında verecekleri tepkileri ve yas tutma şekillerini etkiler (Aştı ve Karadağ 2012). Bu dönemde bireyler yaşam, hastalık veya ölüm gibi olguların anlamını bulmaya odaklanarak, inanç ve değerlerini gözden geçirerek manevi farkındalığının gelişmesini de sağlayabilir (Yılmaz ve Okyay 2009; Ergül 2010). Bu süreçte hemşire hasta yakınlarının ölüme ilişkin korkularını, düşüncelerini ifade etmelerine yardımcı olmalı, duygusal olarak destek sağlamalı ve bireyin ifade ettiği gereksinimlere yanıt vermelidir (Seçim 1996; Aştı ve Karadağ 2012). Bireylerin manevi ve dini uygulamalarını bilmek ölümle ilgili baş etme yöntemleri hakkında fikir edinmeye yardımcı olur (Ergül 2010). Ailenin değerleri, hastalığın anlamı, manevi tutum ve davranışları, sosyoekonomik durum göz önüne alınarak danışmanlık hizmeti verilmelidir (Malak 2007).

2.3.3. Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi (Öz Yeterlilik/Etkililik Durumu)

Bireylerin; biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve politikoekonomik etmenlere göre değişebilen, insanların yaşam aktivitelerini yerine getirmede diğer bireylere bağımlılık derecesi ile belirlenen yaşam modeli ögesidir (Seçim 1996; Öztürk 2008).

Yaşam süresi, günlük yaşam aktiviteleri ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler ile yakın ilişkili olan bu bileşen hemşireler için çok önemlidir (Karadağ ve ark. 2017). Hemşirelik bakımı planlanırken bağımsızlığın, yaşam süresinde bebeklikten yetişkinliğe doğru arttığı, yetişkinlikte en üst düzeye ulaştığı ve yaşlılıkta yeniden azalmaya başladığı unutulmamalıdır (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Yaşam sürecinde bağımsız olan bir birey, yaşamının herhangi bir evresinde meydana gelen hastalık veya kaza sonucunda bir ya da daha fazla yaşam aktivitesini gerçekleştirmede başka bir bireye veya araca bağımlı olabilirler (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008).

SAK sonrası bireylerin %10 ile %20'sinde fonksiyonel bağımlılık gelişebilmektedir (Aktaş 2010). MCA anevrizma kanamasında hemiparezi veya afazi; anterior komunikan arter anevrizma kanamasında her iki alt ekstremitde geçici parezi; anterior komunikan arterdeki

anvrizmanın frontal bölgeye ya da hipotalamusa kanaması nedeniyle bilinç bulanıklığı ve akinetik mutizm gelişebilir. Ayrıca SAK sonrası gelişen vazospazm yüksek morbidite nedeni olmakla birlikte konfüzyon, ense sertliği, bilinçte bozulma, inkontinans, hemiparezi veya afaziye neden olmaktadır (Kahyaoğlu 2006).

Beyin tümörü olan hastalarda cerrahi işlem öncesinde ve sonrasında kafa içi basınç artışına (KİBAS) bağlı bilinç değişiklikleri, duyu-motor yavaşlamaları veya kayıplarında hastalar yaşam aktivitelerini yerine getirmede başka bireye bağımlı olmaktadır (Karadağ-Arlı ve Gürkan 2014). Kafa travmalarında özellikle dil ve konuşma alanlarında hasarlar oluşmasına bağlı olarak iletişim güçlükleri yaşanmaktadır. Yürüme, denge, koordinasyon bozukluğu, unutkanlık, yeni bilginin öğrenilmesinde zorluk, bellek ve bilişsel becerilerde yetersizlikler nedenleriyle de bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorunlarla karşılaşmaktadırlar (dilkom.anadolu.edu.tr, 2012; erişim: 24.11.2013). Bireylerin yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerinde yarı ya da tam bağımlılık durumu söz konusu olduğunda, hemşirelik bakımı devreye girer (Aktaş 2010). Hemşire, bireyin her bir yaşam aktivitesindeki bağımlılık/bağımsızlık düzeyini tanımlayarak, bireyin yardım gereksiniminin ‘ne’ ve ‘ne kadar’ olduğuna karar vermelidir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Çalışmalar bağımlı hastaların çoğunluğunun hijyenik bakımında yetersizlik olduğu ve buna bağlı olarak sık enfeksiyon (akciğer, perine, ağız, göz ve cilt) geliştiği, basınç yaralanması ve psikososyal sorunların yaşandığını göstermiştir. Ayrıca hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım veren bireylerin bakıma harcadığı güç, enerji ve zamanın arttığı, motivasyonun azaldığı bilinmektedir (Taşdelen ve Ateş 2012).

Bireyin yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede önemli bir ölçüt olan bağımlılık-bağımsızlık durumunun belirlenmesi için kişinin bilişsel ve motor fonksiyonlarının değerlendirilmesi gerekir (Kaya ve Acaroğlu 2005). Hemşire; bireyin, işlevsellik düzeyini sürdürmesine, sağlık sorununa ek komplikasyonların gelişmesinin önlenmesine ve mevcut beklenen yaşamını yüksek kalitede rahat ve bağımsız olarak sürdürmesine rehberlik ve danışmanlık yapar (Koç 2012).

2.3.4. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Etmenler

Bireyin yaşam aktivitelerini etkileyen faktörlerden (biyo-fizyolojik, psikolojik, çevresel, sosyokültürel, politikoekonomik) oluşan ve bireylerin yaşam aktivitelerini neden birbirinden farklı olarak gerçekleştirdiğini anlatan öğedir (Seçim 1996; Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Nancy Roper, Yaşam Aktiviteleri Modeli’nin bütüncül olarak kullanılabilmesi

için beş faktörün eksiksiz olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (En.wikipedia.org erişim: 28.04.2013).

Biyo-fizyolojik Faktörler: Yaş, cinsiyet, genetik ve ırk serebrovasküler hastalıkların gelişiminde rol oynamaktadır (Kaya 2008).

Anevrizmalı bireylerin %20'sinin aile öyküsünde serebral anevrizma ve SAK vardır (Öztekin 2015). Türkiye'de serebrovasküler hastalıktan ölüm %15 ile ikinci sırada yer alır, erkeklerde %15,5, kadınlarda %15,7 oranında görülür ve kentsel yaşamda 15-59 yaş grubunda erkeklerde %10,7, kadınlarda %7,3 oranında, 60 yaş üzerinde ise erkeklerde %20,8 ve kadınlarda %20,2 olduğu belirlenmiştir (Cin 2016).

Psikolojik Faktörler: Bireylerin entelektüel gelişimi, inançları, değer yargıları, duygusal ve ruhsal durumu, kişilik özellikleri, algılama yeteneği, tutum ve davranışlarını içermektedir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008).

Çevresel Faktörler: Bireyin yaşadığı çevresel koşullar, iklim, atmosfer, barınma ve konut özelliklerinin bilinmesi günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek çevresel etkenlerin değerlendirilmesini sağlar (Aktaş 2010; Çeçen 2011).

Sosyokültürel Faktörler: Bireyler, kendi kültür ve eğitim düzeyleri ile yaşadıkları toplumun kültüründen, manevi değer yargılarından, inançlarından ve tutumlarından etkilenecek yaşam aktivitelerini gerçekleştirmektedirler (Kaya 2008; Aktaş 2010).

Bilinç bozukluğuna neden olan hastalıklar tedavisi ve bakımı uzun süreç gerektiren komplike bir sağlık sorunudur. Hastalık ve tedavi sürecinin yarattığı stres, fiziksel yetersizlik, maddi-manevi kayıplar, iletişimi sürdürmedeki yetersizlikler hasta ve hasta yakınlarını önemli derecede etkilemektedir. Hastanın evdeki bakım sürecinde de hastayı kazalardan veya yaralanmalardan korunmak için gereken davranışları öğretmek, fiziksel semptomları kontrol altına almak, emosyonel duruma yönelik baş etme mekanizmalarını kullanmak, iş-uğraş terapisi, dil ve konuşma terapisi gibi farklı rehabilitasyon yöntemlerini kullanma durumlarını belirlemek ve bakım verenleri bu konuda desteklemek önemlidir (Malak ve ark. 2010).

Politikoekonomik Faktörler: Yaşama yansıyan siyasi, ekonomik kuralları, yasal düzenlemeleri ve faaliyetleri içerir (Çeçen 2011).

Hastalığın tedavisinin uzun sürmesi, tekrarlı ve uzun süreli hastaneye yatışlar yaşanması, bakım verenlerin, bakım verme sorumlulukları nedeniyle iş için ayrılan sürenin kısaltılması, iş değiştirme ya da iş bırakmak zorunda kalınması hem aile bütçesine hem de ülke ekonomisine önemli ölçüde yükler getirmektedir. Ekonomik durumun iyi olmaması bakım için yardımcı araç-gereç ve hizmet almada zorluklar yaşanmasına bakım veren birey ve aile için ciddi boyutta ekonomik yük oluşmasına neden olabilmektedir (Uğur 2006; Yacı 2011). Literatürde beyin tümörü olan hastanın bakımını sürdüren ailelerin tedavi sürecinde (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) veya evdeki bakım dönemlerinde ciddi ekonomik sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Malak ve Dicle 2008; Karadağ-Arlı ve Gürkan 2014).

2.3.5. Yaşamda Bireysellik

Yaşam modelinin bu bileşeni ile her bireyin yaşamı farklı şekilde deneyimlediği vurgulanmak istenmiştir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Bu nedenle yaşamda bireysellik; yaşam modelinin dört bileşenini içine alan, bireyin bağımsızlık düzeyinin biyo-fizyolojik, psikolojik, çevresel, sosyokültürel ve politikoekonomik nedenlerden değişip bireyin özgürlüğünü etkilemesini ve etkilenmesini ifade etmektedir (Akman 2008).

Bireyin algı, değer, inanç ve tutumları ile günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme sıklığı, biçimi, yeri, zamanı ve nedeni ile değişen Yaşam Modeli'nin bir ögesidir (Aktaş 2010; Çeçen 2011). Her bireyin yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesi, bireyin yaşam süreci ve bağımlılık/bağımsızlık durumu ile belirlenir (Çeçen 2011).

2.3.6. Hemşirelik Süreci

Hemşirelik uygulamalarının amacı, kanıta dayalı bilimsel bilgilerle kaliteli ve etkin bir bakım sunmaktır (Vicdan ve ark. 2015). Hemşirelik bakımının bilimsel ve planlı olmasını sağlayan ve hemşirelik mesleğinin uygulanmasında temel olan en etkin araç ise hemşirelik sürecidir. Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin, ailenin ve toplumun potansiyel veya varolan sağlık sorunlarını belirlemek ve tedavi etmek için kullanılır (Uysal ve Çakırcalı 2015). Tierney, hemşirelik sürecinin basit bir klavuz olmadığını, sistemetik ve bireyselleştirilmiş bakım için gerekli olduğunu söylemiştir (Karadağ ve ark. 2017). Sağlıklı/hasta bireyin bakımında hemşirelik sürecinin uygulanması, doğru ve etkin hemşirelik bakımının verilmesini sağlar (Aştı ve Karadağ 2012). Hemşirelik sürecinin bir model ve kuram ile birlikte kullanılması hemşirelik uygulamalarının sistemli ve bilimsel olarak gerçekleşmesi için önemlidir (Kaya, Babadağ ve Aştı 2008). Model ve kuramlar, hemşirelik

sürecinde tanılama/veri toplama, tanı koyma, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarına rehberlik eder (Kaya ve ark. 2010; Aştı ve Karadağ 2012).

Bu çalışmada da bilinçsiz hastaya ve bakım veren bireye yönelik oluşturulan hemşirelik bakım planı, Yaşam Modeli rehberliğinde hemşirelik süreci doğrultusunda oluşturulmuştur.

Tanılama

Bireyin sağlık durumu hakkındaki bilginin toplanması ve analizi ‘tanılama’ ile başlar (Aştı ve Karadağ 2012). Hemşire, model ve kuramları kullanarak; bireyin iyilik düzeyi, işlevsel yeterliliği, güçlü/güçsüz yönleri, gerçek ve olası sağlık sorunlarının belirlenmesi için verileri hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan tanılama evresinde sistemli ve kapsamlı olarak toplar (Kaya ve ark. 2010; Aştı ve Karadağ 2012). Hemşirelik model/kuramları, hemşirelik sürecinin her aşamasında kullanılabilir özellikte olması nedeniyle özellikle verilerin toplanması ve analizinde kullanılmakta, öte yandan hemşirelerin karar vermesine yardım etmektedir (Turan ve ark. 2017). Tanılamada hangi model kullanırsa kullanılsın daima özelden genele doğru tanılama yapılmalıdır (Aştı ve Karadağ 2012). Tanılamadaki amaçlar şu şekilde yer almaktadır.

- Birey hakkında temel bilgiyi sağlamak,
- Bireyin normal fonksiyonlarını belirlemek,
- Bireyin fonksiyon bozukluğu riskini belirlemek,
- Fonksiyon bozukluğunun varlığını veya yokluğunu belirlemek,
- Bireyin güçlü yönlerini ve gücünü saptamak,
- Hemşirelik tanısı için veri elde etmektir.

Veriler, birincil (sağlıklı/hasta birey) ve ikincil (ailesi, yakını, sağlık ekibi üyesi, tıbbi kayıtlar vb.) kaynaklardan toplanır (Aştı ve Karadağ 2012). Bu verilere; gözlem, görüşme, fizik muayene, laboratuvar ve tanı testlerinin yorumlanmasıyla ulaşılr (Öztürk 2008; Uysal ve Çakırcalı 2015). Bireyin sağlık sorununun belirlenmesi ve sağlık-iyilik halinin yükseltilmesi için bireye ait tüm verilerin eksiksiz, doğru ve soruna odaklı olarak toplanması gerekmektedir (Aştı ve Karadağ 2012). Toplanan veriler hastanın sağlık durumunu etkileyebilecek fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyo-kültürel ve ruhsal faktörleri göz önüne alarak analiz edilir ve bu analiz sonucunda hastanın sorununu klinik olarak ifade etmek için

hemşirelik tanısı koyulur. Böylece hemşirelik tanılaması iki aşamada gerçekleştirilmiş olur (Aştı ve Karadağ 2012; Uysal ve Çakırcalı 2015).

Hemşirelik Tanısı

Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması, bireyin sağlık sorunlarının ve bu sorunlara neden olan faktörlerin saptandığı hemşirelik tanısı aşamasıdır. Bu aşamada hemşire eleştirel düşünme becerilerini kullanarak verileri analiz eder ve hemşirelik tanılarını belirler (Aştı ve Karadağ 2012). Hemşirelik tanısı pozitif hasta sonuçlarına ulaşmayı sağlayacak hemşirelik girişimlerinin seçimi için rehberlik eder (Uysal ve Çakırcalı 2015). Hemşirelik tanısı ile, bireyin sağlık ve hastalığa yanıtlarını gösteren gerçek ve risk sorunları, sorunlara neden olan faktörler ve sorunların çözümünde ya da önlenmesinde yaşanan güçlükler belirlenebilmektedir. Hemşirelik tanısı, hemşirenin sorumluluğunda olan hemşirelik girişimleri ile beklenen sonuçlara/hedeflere ulaşmayı sağlayan tıbbi tanıdan farklı olan klinik karardır. Hemşirelik tanısı oluşturulurken bireyin hastalık sürecine, gelişimsel dönemine, yaşam sürecine yanıtına ve yaşam tarzına uyumlu olmasına dikkat edilmelidir. (Aştı ve Karadağ 2012).

Planlama

Hemşirelik sürecinde, verilerin analiz edilerek hemşirelik tanılarının belirlenmesinden, önceliklerin tespit edilmesinden ve beklenen sonuçların kararlaştırılmasından sonra planlama aşaması gelir (Aştı ve Karadağ 2012; Uysal ve Çakırcalı 2015). Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması olan planlamada; problemleri çözmek, potansiyel/olası problemleri önlemek, azaltmak veya azaltılamayan/çözölemeyen problemlerle bireyin baş etmesine yardım etmek gibi temel noktalar yer almaktadır. Hemşirelik süreci doğrultusunda her bir yaşam aktivitesi ile ilgili, birey ve çevresi için beklenen sonuç/hedef tanımlanır ve gerekli girişimler belirlenerek bireye özgü bakım planı geliştirilir (Çeçen 2011; Aştı ve Karadağ 2012). Beklenen sonuçlar/hedef bireyin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlarındaki değişimi ifade eder ve hemşirelik girişimlerinin başarısını gösterir (Aştı ve Karadağ 2012). Hedefler her hasta için özel, ölçülebilir, elde edilebilir olmalı ve hemşireye ne bekleyeceği hakkında bilgi vermelidir (Karadağ ve ark. 2017).

Bakım planı eleştirel düşünmeyi gerektiren dinamik bir süreçtir ve bireyin durumu değişikçe hemşirenin sürekli yeni durumu tanılamasını ve değerlendirmesini gerektirir. Hemşirelik tanısı, amaç/hedef ve beklenen sonuçlar, girişimler için araştırma bulguları,

girişimlerin uygulanabilirliği, hasta onamı ve hemşirenin uygulama yeterliliği göz önüne alınarak hemşirelik girişimleri belirlenir. Yazılı bir bakım planı oluşturan hemşire, bakımdaki hataları veya yetersizlikleri en aza indirir, beklenen sonuçlara ilişkin bilgi verir, bakımın devamlılığını sağlar ve değerlendirme için bir çerçeve oluşturur (Aştı ve Karadağ 2012).

Uygulama

Bizi amaçlanan sonuca/hedefe ulaştıracak olan bakım planında belirlenmiş ya da belirlenmemiş girişimlerle hemşirelik uygulamalarının gerçekleştirilmesidir (Çeçen 2011). Bu aşamada hastanın bakım planı gözden geçirilir, amaca ulaşmak için planlanan girişimler uygulanır, hastanın uygulamalara verdiği yanıtlar değerlendirilir ve kayıt edilir (Kaya ve Kaya 2009; Uysal ve Çakırcalı 2015). Bu aşamada hemşirenin sistematik ve bireyselleştirilmiş bakım için uygulamaları sürekli değerlendirmesi gerekir (Karadağ ve ark. 2017). Değerlendirme sırasında hemşirelik girişimlerinin bireyin sağlığına uygun olmadığı belirlenirse veri toplama, tanılama veya planlama aşamasının her birinde değişiklik yapılabilir (Aştı ve Karadağ 2012).

Hemşirelik uygulamalarında bireyin inançları, değerleri, beklentileri ve kültürü göz önüne alınarak hareket edilmelidir. Bu aşamada günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yardımcı olma, danışmanlık veya eğitim gibi uygulamalar yer alır. Uygulanan girişimler, sorunların çözümüne etkili yaklaşım getiren, güncel, geçerli ve kanıta dayalı olmalıdır (Aştı ve Karadağ 2012).

Değerlendirme

Bireyin hedeflenen iyilik düzeyine ulaşp ulaşamadığının değerlendirilmesi hemşirelik bakım planının etkinliği için önemlidir (Aştı ve Karadağ 2012). Hemşirelik sürecinin bu aşamasında ulaşılmak istenilen sonuca/hedefe ulaşılıp ulaşılamadığı belirlenerek yeniden planlama yapılmasının gerekliliği değerlendirilmektedir (Çeçen 2011; Karadağ ve ark. 2017). Değerlendirme, bireyin gereksinimlerini karşılamaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği hakkında karar verme şeklinde tanımlanmaktadır (Aştı ve Karadağ 2012). Bireyin durumu dolayısıyla bakım planının etkinliğinin yani bakım planının başarılı ya da başarısız olduğunun değerlendirildiği hemşirelik sürecinin son aşamasıdır (Uysal ve Çakırcalı 2015). Değerlendirme hem bir son hem de bir başlangıçtır, çünkü planlanan hedefe ulaşıldıysa sorun giderilmiştir eğer giderilemediyse hemşirelik bakım süreci yeniden gözden

geçirilir, yeniden tanılama, tanı oluşturma ve plan yapmayı gerektirir (Terzi ve Kaya 2011; Aştı ve Karadağ 2012).

Bakım standartlarını bilmek, bireyin normal yanıtlarını bilmek, model ve kuramlar hakkında bilgi sahibi olmak, hemşirelik girişimlerinin etkinliğini takip edebilmek ve yapılmış çalışma sonuçlarından haberdar olmak hemşirenin değerlendirme becerisini kullanması için gereklidir. Sağlık bakım gereksinimini etkileyen bir çok faktör varolduğuna göre aynı sorunun aynı yolla tedavi edilemeyeceği bilinmeli ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile bireye en uygun bakım verilmelidir (Aştı ve Karadağ 2012).

Aşağıda bilinçsiz hastada ve bakım veren bireylerde olabilecek NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları, Roper ve arkadaşlarının hemşirelik modeli doğrultusunda; yaşam aktiviteleri öğelerine göre ele alınarak Tablo 2.3.6.1’de açıklanmaktadır.

Tablo 2-1: Bilinçsiz Hastada Olabilecek Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanısı	Amaç/beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik girişimleri
Güvenli çevre sağlama ve sürdürme aktivitesi Duyusal algısal değişim: Ağrı(0-4)* İlişkili faktörler; intrakraniyal cerrahi girişim, IKB artışı, herniasyon ya da serebral ödem, menenjit, nöromüsküler refleks bozukluğu Tanılama kriterleri; ağlama, inleme, kaşlarını catma, nabız hızı ve solunum savısında artış	Yüz ifadesi ve davranışlarında rahatladığının gözlemlenmesi	Hastada ağrı ve rahatsızlık bulguları tanılanır. Ağrıyı arttıran ya da azaltan faktörler tanılanır. Hastaya rahat bir pozisyon verilir, yatak başı yükseltilir. Çevresel uyaranlar azaltılır, ziyaretçi kısıtlaması yapılır. Sıkı baş pansumanı gevşetilir.
Korunmada değişim: Enfeksiyon riski(4-6)* İlişkili faktörler; invaziv girişimler, cerrahi girişim, serebral dolaşımın bozulması, travma ya da skalpta yaralanma, steroid kullanımı Tanılama kriterleri; ateşin 38°C'nin üzerinde olması, solunum sayısında ve kalp atım hızında artış, bulantı ve kusma, diyare	Kalp atım hızının güçlü ve 60-100/dk. da olması, Vücut sıcaklığının 36,1-37,5° C arasında olması, Bakım veren bireyin enfeksiyon ile ilgili risk faktörlerini bildiği ve enfeksiyondan korunmak için uygun önlemleri yerine getirmesi	Enfeksiyonun sistemik ve lokal belirtileri izlenir, risk faktörleri değerlendirilir. Cerrahi insizyon yeri gözlenir. BOS sızıntısı olup olmadığı izlenir varsa kontaminasyon önlenir. Hastanın yeterli besin ve sıvı alımı sağlanır. Bakım veren bireye enfeksiyonun belirti ve bulguları, bulaşma yolları nedenleri hakkında bilgi verilir.
Yaralanma riski İlişkili faktörler; serebral iskemi ve cerrahi girişime bağlı nöbet, görme bozuklukları, huzursuzluk, algılama ve koordinasyon bozukluğu, denge kaybı, Tanılama kriterleri; riskli ilaç kullanımı, tehlikelerin farkında olamama, kan basıncında düşme, nöbet, yürürken dengesizlik durumu	Nöbet aktivitesi olmaması ya da nöbet sırasında yaralanmaması, Hasta yataarken, otururken ya da ayaktaiken güvenli şekilde pozisyon değişirmesi, Düşmeyi önleyici aktivitelerin bilinmesi ve uygulandığının görülmesi	Nöbet aktivitesinin özellikleri tanılanır. Hastanın yaralanmasını önlemek için güvenlik önlemleri alınır ve öğretilir. Dağınıklık yok edilmesi Gece lambası kullanımı Yatak ve sandalyede devamlı fren sistemi kullanımı Yatak kenarları her zaman kaldırılmalıdır. Zemin ile ilgili risk faktörleri değerlendirilir. Tespit edici kullanımı tartışılır. Yatağın yere yakın olması sağlanır.
Basınç yaralanması İlişkili faktörler; hareketlilik, perfüzyon yetersizliği, duyu-motor bozukluğu, kaşeksi, dehidratasyon, hipertermi, ödem, hijyen eksikliği Tanılama kriterleri; deride yaralanma ve soyulmanın olması, lezyon, döküntü	Basınç yaralanmasının olmaması, Basınç yaralanmasını azaltan manevraların öğrenilmesi ve uygulanması	Bireyde basınç yaralanmasının gelişme riski değerlendirilir. Basınç yaralanmasına bağlı ağrı durumu değerlendirilir. Basic ülseri iyileşme ölçüğü (PWH) ya da Bates-Jensen yara değerlendirme ölçüğü (BWAT) kullanılarak yara iyileşmesi değerlendirilir. Bireyin beslenmesi ve sıvı alımı değerlendirilir. Bakım veren bireyin basınç yaralanması hakkındaki bilgi düzeyi değerlendirilir. İyileşmeyi etkileyebilecek risk faktörleri değerlendirilir.
İletişim aktivitesi Sözel iletişimde bozulma (2-4)* İlişkili faktörler; iletişimde yetersizlik, konuşma merkezi etkileneşine bağlı konuşma bozukluğu, konfüzyon ve oryantasyon bozukluğu Tanılama kriterleri; disfazi, kişinin sözel iletişime geçmemesi	Bakım veren bireyin iletişim için alternatif yöntemleri bilmesi ve kullandığının gözlemlenmesi	İşıtmeyi ve anlamayı kolaylaştıracak yöntemlere hasta yakını ile karar vererek kullanılır. Hasta odasında sessiz ortam sağlanır. Sözel olmayan iletişim yöntemlerin kullanılması ve devamlılığının önemi konuşulur. Duyusal girdileri artırıcı uygulamalar yapılır. Kullandığı isimle seslenmek Çevresinde sevdiği konuların konuşulması Sevdigi müzikler veya kişilerin seslerinin dinletilmesi Hasta ile kısa, açık ve basit cümleler kullanılarak iletişim sağlanır. Hastasına dokunması için birey cesaretlendirilir.

Tablo 2-1: (Devam) Bilinçsiz Hastada Olabilecek Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanısı	Amaç/beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik girişimleri
Solumun aktivitesi Etkisiz solumun örüntüsü: yetersiz havayolu temizliği(0-11)* İlişkili faktörler; hareketсіzlik, etkisiz öksürük, koruyucu reflekslerin kaybı, sekresyonların temizlenmesinde yetersizlik, disfaji, pnömoni, dehidratasyon Tanılama kriterleri; anormal solumun sesleri ve paterni, etkisiz öksürme, oksültasyonda raller	Havayolu açıklığının sürdürülmesi, Oksültasyonda normal solumun seslerinin duyulması, Solumun sayısı ve derinliğinin normal olması	Havayolu açıklığı, koruyucu refleksler ve solumun sesleri değerlendirilir. Havayolu açıklığını sürdürme girişimleri uygulanır. Hastanın hidrasyon durumu değerlendirilir. Pozisyon verme ve yarı oturur pozisyonun önemi anlatılır.
Beslenme aktivitesi Dengesiz beslenme: vücut gereksiniminden az İlişkili faktörler; İKB artışına bağlı fişkırr tarzda kusma, disfaji, yutma refleksinin kaybolması, atan metabolik gereksinim, bakım veren bireyin korkması Tanılama kriterleri; kaşeksi, besin alımında azalma, besin maddelerinin aspirasyonu, vücut ağırlığının ideal ağırlıktan %10-20 daha az olması	Hastanın yeterli gıda ve sıvı alımının sağlanması ve sürdürülmesi, Vücut ağırlığının korunması ve sürdürülmesi, Cildinin yeterli turgorunun sağlanması	Hastanın beslenme durumu ve artan metabolik gereksinim tanılanır. Mukoz membranlar ve cilt turgoru tanılanır. Kilo izleni yapılır ve hasta için uygun beslenme şekli belirlenir. Yutma refleksi, disfaji, iletişim ve davranışsal kontrol kayıpları tanılanır. Yüksek kalorili ve protein içeren besinler alması için diyetisyenle işbirliği sağlanır. Enteral beslenen hastalar enfeksiyon gelişiminden korunur ve aileye koruma yöntemleri öğretilir. Aile ile korku ve endişeleri konuşulur.
Sıvı volüm eksikliği İlişkili faktörler; ağızdan alımın olmaması, sıvı kısıtlaması ya da yetersiz sıvı alımı, İKB artışına bağlı kusma, hormonal bozukluk nedeniyle diabetes insipitus (DI) Tanılama kriterleri; vücut ağırlığında kayıp, cilt ve mukoz membranlarda kuruluk, cilt turgorunda azalma, idrar miktarında azalma ya da artma	Mukoz membranların nemli olması ve cilt turgorunun sürdürülmesi, Hastada dehidratasyon belirtir ve bulgularının görülmemesi, Kusmanın olmaması ya da kontrol altına alınması, Vücut ağırlığının korunması ve sürdürülmesi	Hastanın sıvı elektrolit durumu ve kayba neden olan kaynaklar belirlenir. Sık ağız bakımı uygulanır. Hipovoleminin erken belirtileri gözlenir ve bakım veren bireye öğretilir. Yeterli sıvı alımının dehidratasyonu önlemedeki önemi anlatılır. Günlük iki litre sıvı alımı sağlanır.
Bulantı-kusma (0-4)* İlişkili faktörler; kafa travması ya da cerrahi işlem nedeniyle beslenmenin tolere edilememesi, İKB artışına bağlı kusma Tanılama kriterleri; soğuk nemli cilt, salyada artma, solgunluk	Bulantı kusmanın azalması ya da kontrol altına alınması	Hasta bulantı-kusma yönünden tanılanır. Kolay sindirilebilen besinlerle ve sık aralıklarla beslenmesi sağlanır. Bakım veren bireye beslenmeyi kolaylaştıracak, hasta konforunu arttıracak ve komplikasyon gelişimini önleyecek girişimler öğretilir. Sık ağız bakımı verilir.

Tablo 2-1: (Devam) Bilinçsiz Hastada Olabilecek Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanısı	Amaç/beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik girişimleri
Yutma bozukluğu İlişkili faktörler; disfaji, yutma gücü, enteral beslenme Tanılama kriterleri; sekresyonlarını yutamaması, salya akışı, konuşma gücü, besinlerin ağızda birikmesi, besinlerin alımından sonra öksürmenin olması	Hastanın yeterli besin aldığı gözlemlenmesi, Beslenme sırasında boğulma belirtisi olmadan yutkunmanın olması	Beslenmeden önce hastanın uyanklık durumu ve tepki düzeyinin yeterliliği değerlendirilir. Öksürme, öğürme ve yutma refleksleri değerlendirilir. Yutmanın etkin olması için ağzın fazla doldurulmaması, yutmanın gözlemlenmesi ve ağzın boşaldığından emin olunması gerektiği bakım verene anlatılır.
Aspirasyon riski İlişkili faktörler; yutma gücü, bulantı ve kusma, algılama bozukluğu, azalmış mobilite, bakım veren bireyin korkması, bilgi eksikliği Tanılama kriterleri; abdominal distansiyon, konstipasyon, beslenme tüpü kullanımı	Aspirasyonun olmaması, Aspirasyona bağlı komplikasyonların gelişmemesi	Beslenme sırasında ve sonrasında hasta başının 45° yukarda olması sağlanır. Tüp açıklığı korunur. Sık ağız bakımı verilir. Hastanın yutma durumu, yutma refleksi ve yutma kapasitesi değerlendirilir. Sakin bir ortamda yavaş yavaş beslenir ve besinlerin yutulduğundan emin olunur. Yiyecekler ağzın etkilenmeyen tarafına konulur.
Boşaltım aktivitesi Bağırsak boşaltımında değişim: konstipasyon (0-6)* İlişkili faktörler; ağızdan alımın olmaması, hareketsizlik, ilaçlar, yetersiz sıvı alımı Tanılama kriterleri; sert kuru gaita, karında şişkinlik ve ağrı, haftada 3 kereden daha az defekasyon olması	Normal kıvamda ve sıklıkta defekasyonun gerçekleşmesi, Hastada fekal tıkanıklık belirtilerinin olmaması, Laksatif kullanımının azalması	Hastanın normal bağırsak boşaltım alışkanlığı değerlendirilir. Yeterli sıvı ve posalı yiyecek alımı sağlanır. Bağırsak boşaltımında egzersizin önemi bakım veren bireye anlatılır. Konstipasyona neden olan ilaçlar hakkında bilgi verilir.
Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi Doku bütünlüğünde bozulma riski: Kornea İlişkili faktörler; doku ödemi nedeniyle lakrimasyon yetersizliği, periorbital ödem nedeniyle göz kapaklarının kapanmaması, göz kırpmaya refleksinin olmaması Tanılama kriterleri; gözde kuruluk, göz kapaklarının kapanmaması	Hastada kornea bütünlüğünün sürdürülmesi	Gözde kuruluk ya da irritasyon bulguları değerlendirilir. Göz kapığının kapanma durumu tanınır. Gözlerin nemliliğini sürdürmek için yapay gözyaşı kullanılır. Gözü korumak için göz koruyucu bant ya da pedler kullanılır. Periorbital ödem azaltmak için ılık ya da soğuk uygulama yapılır. Gözlerin nemliliğinin sürdürülmesinin önemi bakım veren bireye anlatılır.
Cilt bütünlüğünde bozulma riski İlişkili faktörler; uzun süre yatağa bağımlı olma, hareketsizlik, kaşeksi, doku perfüzyonunda bozulma Tanılama kriterleri; basınç bölgelerinde kızarıklık, dokuda bozulma, yaralanma, ciltte lezyon oluşumu	Cilt bütünlüğünün sürdürülmesi ve yaralanmanın olmaması	Hastanın cildi özellikle basınç bölgeleri sık aralıklarla gözlemlenir. Kemik çıkıntılarına masaj yapılır. Hastanın yeterli sıvı alımı sağlanır. Düzenli cilt bakımı sağlanır. İki saatte bir pozisyon değiştirmenin ve ROM egzersizlerinin yapılmasının deri bütünlüğünü korumadaki önemi anlatılır.

Tablo 2-1: (Devam) Bilinçsiz Hastada Olabilecek Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanısı	Amaç/beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik girişimleri
Vücut sıcaklığının kontrolü aktivitesi Beden ısının düzenlenmesinde yetersizlik: Hipertermi(0-4)* İlişkili faktörler; beyindeki sıcaklık kontrol merkezinin etkilenmesi, enfeksiyon Tanılama kriterleri; vücut sıcaklığında artma, solunum hızında ve kalp atım hızında artma, ciltte sıcaklık ve kızarıklık, titreme	Vücut sıcaklığının normal sınırlarda sürdürülmesi	Hastaya bakım veren bireyle vücut sıcaklığında değişime neden olan faktörler konuşulur. Soğuk uygulama, giysileri azaltma, oda sıcaklığı 20° tutma gibi farmakolojik olmayan yöntemleri anlatılır. Dehidrasyonu önlemek için bol sıvı alımı sağlanır. Enfeksiyon gelişimini önleyici uygulamalar öğretilir.
Hareket aktivitesi Fiziksel harekette bozulma İlişkili faktörler; nöromusküler bozulma, parelizi, ağrı, kaslarda güçsüzlük, koordinasyon kaybı Tanılama kriterleri; harekette sınırlılık, uyumsuz hareketler, kontraktür varlığı, kas kütleri, tonüsü ve gücünde azalma	Aspirasyonun olmaması, Aspirasyona bağlı komplikasyonların gelişmemesi	Hastanın motor fonksiyonları değerlendirilir. Düzenli olarak ROM egzersizleri yaptırılır. İki saatte bir pozisyon verilir ve cilt basınç yarastı açısından değerlendirilir. Bağırsak boşaltımının devamlılığı sağlanır. Solunum fizyoterapisi uygulanır.
Cinselliği ifade etme aktivitesi Beden imajında bozulma İlişkili faktörler; cerrahi işlem nedeniyle saçların tıraş edilmesi, yüz ve göz kapaklarında morluk ve ödem, nörolojik yetersizlik Tanılama kriterleri; sürekli kafasına dokunması	Bireysel bakımı ve sorumluluklarını yerine getirmesi	Hastanın duyu ve düşüncelerini yansıtan davranışları gözlemlenir. Ailenin bakıma katılımı sağlanır ve desteklenir. Aile fiziksel değişimler, tedavi ve sağlık gelişimi hakkında soru sorması için cesaretlendirilir.
Uyku aktivitesi Uyku örüntüsünde bozulma İlişkili faktörler; ağrı, konfüzyon, oryantasyon bozukluğu, zaman kavramının kaybolması Tanılama kriterleri; normalden erken ya da geç kalkma, yorgun görünüm, uykuya meyilli olma	Sağlıklı bir uyku düzeninin oluşmasının sağlanması, Uykusuzluğun ya da yorgunluğun gözlemlenmemesi, Uykuya dalmada güçlüğü olmaması, Sürekli uyuma ya da sürekli uyanık olma durumlarının olmaması,	Hastanın uyku düzeni, alışkanlıkları ve gelişen uyku sorunları tanınır. Çevresel faktörler rahat ve uyumayı kolaylaştıracak şekilde düzenlenir. Çevresel uyaranlar gündüz-gece döngüsünü sürdürecektir biçimde düzenlenir. Yataktan rahat edebileceği pozisyonu alması sağlanır. Uyku öncesi masaj yapılır. Hastanın geceleri uyuması için ilaç kullanılabiliyor ancak yan etkileri aile ile konuşulur. Uykunun iyileşme üzerine olan etkisi hakkında bilgi verilir.

*: İlçe ve ark.(2010). 'nın Beyin Tümörlü Hastaların değerlendirildiği çalışmalarında en sık karşılaşılan tanımlar olarak belirlenmiştir.

Tablo 2-2-2: Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Bireyde Olabilecek Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanısı	Amaç beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik girişimleri
Güvenli çevre sağlama ve sürdürme aktivitesi Akut ağrı (Baş ağrısı) İlişkili faktörler; depresyon, stres, endişe ve kaygı Tanılama kriterleri; ağrının sözlü ifadesi, inleme veya yüzünü buruşturma gibi ağrı belirtilerinin varlığı, yaşam aktivitelerini sürdürmede yetersizlik	Rahat olduğunu ifade etmesi, Ağrılı yüz ifadesi ya da duruşun olmaması, Aktivite düzeyinde değişimin olmaması,	Sözlü ve sözlü olmayan ağrı belirtileri tanılanır. Bakım veren bireyle ağrıyı arttıran ya da azaltan faktörler konuşulur. Gereksiz hareketlerden kaçınmanın önemi konuşulur. Farmakolojik olmayan yöntemler öğretilir. Huzurlu ve sessiz ortam sağlanır
İletişim aktivitesi Anksiyete İlişkili faktörler; bakım vermenin yaşam biçimi üzerine olumsuz etkisi, yakını kaybetme korkusu, durumsal kriz, uygulanan tedaviye ilişkin bilgi eksikliği, rol ve işlevlerde değişim, kişiler arası ilişkilerde, sosyal çevre veya ekonomik durumda değişim Tanılama kriterleri; yorgunluk, halsizlik, çabuk öfkelenme	Bireyin endişelerini fark etmesi ve bakım vermenin olumsuz etkilerini ifade etmesi, Uygulacak tedavi sürecine ilişkin anksiyetesinin azaldığını ifade etmesi, Yorgunluk ve halsizliğin olmaması	Hastalık ve tedavi süreci hakkında anlama düzeyine uygun gerçekçi, açık ve anlaşılır biçimde bilgiler verilir, yanlış anlaşılmalara düzeltilir. Duygularını ve korkularını ifade etmesi ve soru sorması için cesaretlendirilir. Anksiyeteyi azaltmak/gidermek için etkili baş etme becerileri değerlendirilir ve öğretilir. Fiziksel aktivitenin anksiyeteyi azaltmadaki önemi anlatılır.
Bireysel başetmede yetersizlik İlişkili faktörler; rol performansında değişim, gelecek planlarında değişim korkusu, yeni durum ve hastane koşulları Tanılama kriterleri; beden imajında değişim, anksiyete, baş ağrısı, halsizlik, psikotrop ilaç ve alkol kullanımı	Çevredeki olumsuz durumları değiştirmek için karar vermesi ve bu kararlara uygun eylemlerde bulunması, Sağlıklı başetme mekanizmaları geliştirmesi ve kullanması, Yardım ve destek gereksinimini sözel olarak ifade etmesi, Kendisi hakkında duygu ve düşüncelerini anlatması ve kendine değer veren hareketlerin artması	Bireyin kullandığı başetme stratejileri ve destek sistemleri belirlenir. Aile üyesi/yakınları ile iletişim kurabilecekleri rahat bir ortam hazırlanır. Korku, endişe ve kaygılarını ifade etmesi için fırsat sağlanır.
Bakım verici rolünde zorlanma İlişkili faktörler; kendini tükenmiş hissetme, bakım verme görevini yerine getirmede zorluk çekme, sağlık durumunun iyi olmaması Tanılama kriterleri; kişisel işlere ilgisizlik, bozulmuş dikkat, uykusuzluk, işahsızlık ya da aşırı yemek yeme, baş ağrısı gibi fiziksel şikayetler	Bakım veren bireyin stresi azaltma stratejilerini kullandığını ifade etmesi, Bakım veren bireyin yararlanabileceği kuruluşları tanımlaması,	Bakım veren kişiyle bakım verirken hangi konularda zorlandığı ve yardımı gereksinim duyduğu konuşulur. Stresi azaltma yöntemleri konuşulur. Bakım veren kişinin yararlanabileceği kaynaklara ilişkin bilgisi değerlendirilir. Hasta hastaneden çıkmadan önce evde yararlanabileceği resmi/gayri resmi kuruluşlar hakkında bilgi verilir.
Bilgi eksikliği İlişkili faktörler; yeni durum ve hastane koşulları, tedavi, iyileşme ve rehabilitasyon süreci ile ilişkili endişe, korku ve anksiyete varlığı, Tanılama kriterleri; fazla soru sorma, daha fazla bilgi alma isteği, bilinçsiz hasta bakımı konusunda deneyiminin olmaması	Tedavi ve bakım süreci hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmesi, Endişe, korku ve anksiyetesinin azaldığını ifade etmesi	Bireyin bilgi gereksinimi tanılanarak hekim ile birlikte bilgi verilir. Hastanın kullandığı ilaçlar ve olası yan etkiler hakkında bilgi verilir. Bakım sürecinde yardım alabileceği toplumsal kaynaklar ve hizmetler hakkında bilgi verilir.

Tablo 2-2: (Devam) Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Bireyde Olabilecek Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanısı	Amaç beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik girişimleri
Beslenme aktivitesi Beden gereksiniminden az/fazla beslenme İlişkili faktörler; aşırı yeme, iştahsızlık, yetersiz gıda alımı, enerji kaybı, hastane ortamı, bakım verme sürecinin getirdiği olumsuz psikosozal sorunlar Tanılama kriterleri; kilo sorunları yaşadığını ifade etmesi, diyetle yetersiz besin aldığını ifade etmesi, vücut ağırlığının ideal kilodan az ya da fazla olması	Bireyin yeterli sıvı ve gıda alımını sürdürmesi, iştahının düzeldiğini ifade etmesi, Öğünlerinin düzenli ve sağlıklı olduğunu ifade etmesi, Vücut ağırlığının korunması ve sürdürülmesi	Varolan beslenme durumu ve gereksinimleri tanımlanır. Birey için uygun beslenme şekli belirlenir. Çevre düzenlemesi yapılarak iştah açıcı ortam hazırlanır. Öğün öncesi bireyin dinlenmesi sağlanır.
Boşaltım aktivitesi Bağırsak boşaltımında değişim: konstipasyon İlişkili faktörler; sıvı ve lifli gıdaların yeterli alımı, ağrı yönetiminde kullanılan ilaçların bağırsak hareketini yavaşlatması, düzensiz yemek yeme, hazımsızlık, aktivitede azalma, psikolojik faktörler Tanılama kriterleri; abdominal ağrı ve distansiyon, rektal ağrı, dolgunluk hissi	Normal sıklıkta ve kıvamda defekasyonun gerçekleşmesi, Defekasyon yaparken ağrı olmaması	Bireyin normal bağırsak alışkanlığı değerlendirilir. Konstipasyona neden olabilecek etyolojik faktörler tartışılır. Lifli/posalı gıda alımının bağırsak boşaltımı için önemi anlatılır. Günde en az iki litre sıvı alması için birey teşvik edilir.
Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi Özbakım eksikliği sendromu İlişkili faktörler; yorgunluk, halsizlik, ağrı ya da rahatsızlık, enerji kaybı, güçsüzlük Tanılama kriterleri; giyim kuşamda dağınıklık, banyo yapmama, kötü koku, taranmamış saçlar	Traş olması, saçların taranmış olması ve düzenli olması, Kendi temizlik ve bakımını yapabildiğini ve bundan mutlu olduğunu ifade etmesi, Genel görünümünün düzgün olması	Hijyenik gereksinimlerini sürdürebilmesi için birey desteklenir. Bireyin benlik saygısı geliştirilir. Özbakım eksikliği hakkındaki düşüncelerinin neler olduğunu ifade etmesi için birey cesaretlendirilir.
Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi Benlik kavramında/saygısında bozulma İlişkili faktörler; depresyon, anksiyete, obezite, kronik hastalıklar, enerji kaybı, hastane ortamı, rol performansında değişim, bakım verme sürecinin getirdiği olumsuz psikosozal sorunlar Tanılama kriterleri; bireyin fiziksel olarak kendini algılayış biçiminde kargaşa yaşaması	Kişisel temizlik ve bakım alışkanlığının yeterli ve sağlıklı olması, Sağlıklı bir uyum ve başatma becerilerini göstermesi	Bireyin kişisel temizlik ve giyinme alışkanlığının sağlıklı olup olmadığı bireyle birlikte değerlendirilir. Yardım gereksinimi konuşulur. Benlik saygısının artması ve cildin korunması için vücut temizliği, giyim hijyeni ve saç banyosu gibi uygulamaların devamlılığının önemi konuşulur.
Hareket aktivitesi Yorgunluk İlişkili faktörler; yoğun ve aşırı stres, uyku bozuklukları Tanılama kriterleri; yorgunluğun sözel olarak ifade edilmesi, huzursuzluk, gerginlik, mevcut işleri yapamamaya başlama enerji azlığının sözel ifadesi	Bireyin ağrı ve yorgunluk duymadan hareket etmesi, Yorgunlukta azalmanın olduğunu ifade etmesi	Yorgunluğun nedenleri tartışılır. Birey yorgunluğun yaşamını nasıl etkilediğini ifade etmesi için cesaretlendirilir. Bireyin güçlü yönlerini, yeteneklerini ve ilgi alanlarını tanımasına yardım edilir. Enerjisini etkili kullanma yöntemleri anlatılır. Bireyin günlük uyku ve dinlenme süreleri planlanır. Depresyon şüphesi olan birey gözlemlenir ve gereklise diğer birimlerden yardım alınır.

Tablo 2-2: (Devam) Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Bireyde Olabilecek Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanısı	Amaç beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik girişimleri
Çalışma ve eğlenme aktivitesi Sosyal izolasyon İlişkili faktörler; sosyal destek eksikliği/yokluğu, ekonomik durum, özgürlüğün kaybı, çalışma kapasitesinin yok olması, aile ilişkilerinde bağluluk derecesinde bozulma Tanımlama kriterleri; mutsuzluk, yalnızlık, destek sistemlerinin az olması, ansiyete, tükenmişlik, yorgunluk	Kendisi ile ilgili pozitif duygularını ifade etmesi, Bireysel bakımını ve sorumluluklarını yerine getirme, Kişilerarası ilişkilerini sürdürme	Kişinin neden izolasyona maruz kaldığı sorgulanır. Diğer aile üyelerinin bakıma katılması sağlanır. Ailesel iletişimi kolaylaştırmak için karşılaşılan sorunların konuşulması sağlanır. Hastalığın aile üzerindeki etkisi konuşulur.
Cinselliği ifade etme aktivitesi Beden imajında bozulma İlişkili faktörler; rol beklentilerini yerine getirmede yetersizlik, ağrı, depresyon, hastalık	Bireyin pozitif beden imajına sahip olduğunu ifade etmesi, Benlik saygısını koruma ve olumsuz etkileri azaltma becerileri geliştirilmesi ve uyguladığının gözlemlenmesi	Bireyin kendisini nasıl algıladığını ifade etmesi sağlanır. Duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır. Destek kaynakları ve güçlü yönlerini ortaya çıkarmasına yardım edilir. Aile ve yakınlarıyla iletişimini arttıracak ortam sağlanır. Aynı deneyimleri yaşayan hasta yakınlarıyla deneyimlerini paylaşması için tanıştırılır. Toplumsal destek grupları hakkında bilgi verilir.
Uyku aktivitesi Uyku örüntüsünde bozulma İlişkili faktörler; ağrı, yaşam biçiminde değişikliğe bağlı anksiyete, tedavi sürecine ve hastalığın seyrine bağlı korku ve endişe, stres, çevresel değişiklikler (ışık, gürültü vb.) Tanımlama kriterleri; uykuya dalmada güçlük, sabahın erken saatlerinde uykusuzluk, dinlenemediğini ifade etme, yorgun görünüm	Uyku sorunları ve nedenleri hakkında bilgi sahibi olması, Uykuya dalmada güçlüğü olmaması, Sabahın erken saatlerinde uykusuzluğun olmadığını ifade etmesi, Gece iyi uyuduğunu ve dinlendiğini ifade etmesi	Bireyin uyku düzenini etkileyebilecek fiziksel ve psikosozyal etmenler belirlenir. Gürültü, ışık, sıcaklık ya da yatak gibi çevresel etmenlerin rahatını sağlayacak şekilde düzenlenmesi yapılır. Birey uyumasına engel düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirilir. Gevşeme teknikleri öğretilir.
Ölüm aktivitesi Beklenen acı çekme İlişkili faktörler; ayrılık, ölüm, ciddi hastalık, kişi için önemli kayıpların yaşanması Tanımlama kriterleri; öfke, inkar, keder, suçluluk, sosyal aktivitelerden kendini soyutlama, iletişim süreçlerinde bozulma, korku, depresyon	Ailenin kayıp gerçeğini kabul etmesi, Anlamlı ilişkilerini devam ettirmesi, Aile içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi	Bireyin yas sürecini yaşamasına fırsat verilir. Kişinin kendini ifade etmesi sağlanır. Yaşadığı korku, suçluluk gibi kişisel duyguları öğrenilir. Kişiyi zorlamayacak aktivite programları oluşturulur. Sevdiği dostlarından ve akrabalarından bireyi sık sık ziyaret etmeleri istenir.

(Babadag ve Aşti 2008; İlçe ve ark. 2010; Akyolcu ve ark. 2011; Aşti ve Karadağ 2012; Öztekin 2015)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarında bakım yükü düzeyini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmış bir araştırmadır.

Araştırmanın soruları şu şekilde oluşturulmuştur;

1. Hasta ve hasta yakınının bireysel özellikleri nelerdir?
2. Hasta yakınının, hastaya bakım verme deneyimine ilişkin özellikleri nelerdir?
3. Hastanın ‘bilinç düzeyi’, hasta yakınının ‘bakım yükü’ ve ‘depresyon düzeyi’ nasıldır?
4. Hasta yakınının, bireysel özellikleri bakım yükü ve depresyon düzeyini etkiler mi?
5. Hastanın, bilinç düzeyi ile hasta yakınının bakım yükü ve depresyon düzeyi arasında ilişki var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi bölümünde; 25 yataklı bir klinik, 5 yataklı bir yoğun bakım ünitesi ve 2 tane poliklinik bulunmaktadır. Serviste 1 sorumlu hemşire, 12 hemşire ve 10 yardımcı personel çalışmaktadır. Gündüzleri 2 ya da 3 hemşire, gece vardiyasında 2 hemşire bulunmaktadır. 08–16 ve 16 – 08 saatleri olmak üzere 2 vardiya bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı’nda Haziran 2012- Temmuz 2013 tarihlerinde klinikte yatan ve bilinci kapalı hastalar ve bu hastaların bakımından sorumlu olan hasta yakını oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 55 hasta ve hasta yakınları oluşturdu. Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Hasta yakınının bilinci kapalı hastanın bakımından birincil derecede sorumlu olması,

- Hasta yakınının araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olması,
- Hasta yakınının 18 yaş ve üzerinde olması.
- Hasta yakınının mental/psikiyatrik bir rahatsızlığın olmaması

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan hasta ve hasta yakınlarının bireysel özelliklerini içeren Bilgi Formu, Glasgow Koma Skalası (GKS), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile toplandı.

Bilgi Formu (Ek-1):

Verilerin toplanmasında kullanılan bilgi formunda hastanın ve hasta yakınının bireysel özellikleri, hastanın hastanede kalış süresi, hasta yakınının bakım verme süresi, hastasına yakınlık derecesi, bakım verenin hastalık durumu, ilaç kullanımı, bakım ile ilgili güçlük yaşadığı alanlar, bakım vermenin iş ve aile yaşamına etkisi, yardım ve destek varlığını gösteren sorular yer almaktadır.

Glasgow Koma Skalası (Ek-2): Ölçek, Graham Teasdale ve Bryan Jennett tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Travma ya da diğer nedenlerden akut beyin hasarına sahip hastaların kolay, hızlı ve basit bir şekilde değerlendirilmesini sağlar.

GKS üç bileşenden oluşmaktadır ve bunlar; göz açma, uyarana motor yanıt ve sözel yanıt (Middleton 2012; Reith ve ark. 2016). En yüksek skor 15'tir ve en düşük skor 3'tür. 8 ve altı puan durumu hastanın komada olduğunu ifade eder (Bloch 2016; Salottolo ve ark. 2016).

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (Ek -3):

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından geliştirilmiş olan ölçek, bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla 22 maddeden oluşturulmuştur. Ölçek, 'asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman' şeklinde '0' dan '4' e kadar değişen değerlendirmeye sahiptir. Bireyler, ölçekten en az 0 ve en fazla 88 puan alabilmektedirler. Ölçek bakım verenin sağlığını, psikolojik iyilik halini ve sosyal yaşamını değerlendirirken, alınan puanın yüksekliği, hissedilen sıkıntının düzeyini göstermektedir. Literatürde, önyargıyı en aza indirmek için önerilen kesme puanı kullanılarak, bu çalışmanın değerlendirilmesi yapılmıştır.

Ölçeğin kesme puanlaması şu şekildedir:

0-21: Olmayan Veya Çok Düşük Bakım Yükü

22-40: Hafif İle Orta Bakım Yükü

41-60: Orta İle Ağır Bakım Yükü

61-88: Ağır Bakım Yükü (Stagg ve Lerner 2015; Bayen ve ark. 2017)

Bakım verme yükü ölçeğinin geçerlilik çalışması Fadime Hatice İnci tarafından 2006 yılında yapılmış olup, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,87-0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği 0,71 ve alpha değeri 0,79 olarak belirlenmiştir (İnci 2006). Bu çalışmanın alpha değeri ise, 0,91 olarak hesaplanmıştır.

Beck Depresyon Envanteri (Ek-4):

Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olan ölçek, 21 sorudan oluşmakta ve depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemektedir. Ölçekteki maddeler, sıfır(0) dan üç(3)'e kadar depresyonun ciddiyetine göre sıralanmış ve bireyin kendisini değerlendirdiği cümleleri içermektedir. Toplam puan 0–63 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1989 yılında Hisli tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa katsayısı 0.80 ve kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Literatürde, 17 ve üzeri alınan puanların tedavi gerektirecek depresyonu gösterdiği belirtilmektedir (Küçükgüçlü ve ark. 2009). Bu çalışmada ise, Cronbach alpha değeri 0,95 olarak hesaplanmıştır.

Yenilenmiş kılavuz, depresif semptomların şiddetinin belirli düzeyde yorumlamak için aşağıdaki sınır puanlarını önermektedir:

0-13: En Az Düzeyde Depresyon,

14-19: Hafif Düzeyde Depresyon,

20-28: Orta Düzeyde Depresyon

29-63: Şiddetli Düzeyde Depresyon (Osman ve ark. 2008).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan veriler, SPSS 21 paket programına aktarılıp, hasta ve hasta yakınının sayısal verilerinin derlenmesi, toplanması, özetlenmesi ve analiz edilmesi için betimleyici istatistik, bakım yükü ölçeği ve depresyon ölçeği kesme paunları değerlendirilmesinde ki kare testi

kullanılarak hipotez testleri ve korelasyon analizleri yapılmıştır. Bakım yükü ölçeği puan ortalamalarının anlamlılık düzeyi Oneway Anova ve Student T test ile kontrolü sağlanmıştır. Elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul' undan onay (Ek-5) ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'ndan yazılı izin alınmıştır (EK-6). Araştırmanın, örneklem grubunu oluşturan hasta ve yakınlarına çalışmanın amacı, kapsamı, süresi ve kendisinden ne beklendiği açıklanarak isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için onamları alınmıştır.

Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarına araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, istedikleri zaman çekilebilecekleri konusunda bilgi verilerek, otonomi ilkesine saygı gösterildi. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarına, kendilerinden alınan bilgilerin araştırmanın dışında farklı amaçlarla kullanılmayacağı ve başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek, sadakat ve gizlilik ilkelerine bağlı kalınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sadece bu grup üzerinde yapılması ve diğer gruplara genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca 2 servisi ve 51 yatak kapasitesine sahip olan Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde, hemşire sayısının az olması nedeniyle servislerden bir tanesi kapatılmıştır. Bunun sonucunda yatak kapasitesi yarıya düşmüş ve bu durum örneklem sayısına planlanandan daha uzun sürede ulaşılmasına neden olmuştur.

4. BULGULAR

Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarındaki bakım yükü düzeyini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulguları aşağıdaki başlıklar altında açıklayıcı tablolar ile sunuldu.

- 1) Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular
 - a. Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular
 - b. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 2) Hasta Yakınlarının Hastaya Bakım Verme Deneyimine İlişkin Bulgular
- 3) Hastanın Bilinç Durumu, Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Depresyon Düzeyine İlişkin Bulgular
 - a. Hastanın Glasgow Koma Skalası'na Göre Bilinç Düzeyine İlişkin Bulgular
 - b. Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Dağılımına İlişkin Bulgular
 - c. Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Envanteri Puan Dağılımına İlişkin Bulgular
- 4) Hastaların Bilinç Düzeyine göre Hasta Yakınlarının Bakım Yükü Ölçeği Puan Dağılımına İlişkin Bulgular ve Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
 - a. Glasgow Koma Skalasına göre Hastanın Bilinç Düzeyi ile Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre Bakım Yükü Puanlarının Karşılaştırılması
 - b. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması
 - c. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması
- 5) Hastanın Bilinç Düzeyi ile Hasta Yakınlarının Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

4.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların bireysel özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 4-1’de, bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının bireysel özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 4-2’de sunuldu.

Tablo 4-1: Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bireysel özellikler	n	%
Yaş	9	16,4
18-30 yaş	5	9,1
31-45 yaş	20	36,3
46-60 yaş	21	38,2
61 yaş ve üzeri		
Yaş ortalaması 53,94±18,4 (Min.=19/Mak.=88)		
Cinsiyet		
Kadın	23	41,8
Erkek	32	58,2
Hastalanmadan Önceki Çalışma Durumu		
Çalışıyor	16	29,1
Çalışmıyor	32	70,9
Sağlık Güvencesi		
Var	54	98,2
Yok	1	1,8
Hastanede Kalış Süresi		
1-20 gün	25	45,5
21-30 gün	14	25,4
31-40 gün	5	9,1
41 gün ve üzeri	11	20
Ortalama 30,49±17,86 (Min.=8 gün/Mak.=165 gün)		
Kronik Hastalık Durumu*		
Var	44	80
Diabetes Mellitus (DM)	22	26,8
Hipertansiyon	24	29,3
Epilepsi	14	17,1
Kanser	12	14,6
Diğer	10	12,2
Yok	11	20
Diğer Sağlık Problemleri*		
Hemipleji	43	25,7
Konuşamama	42	25,1
Yutma güçlüğü	39	23,4
Anlama zorluğu	27	16,2
Bilinç bulanıklığı/kişilik değişikliği	16	9,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmaya alınan hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 53,94±18,4 yıl, %58,2’si erkek, %29,1’inin hastalanmadan önce gelir getiren bir işte çalıştığı, yaklaşık tamamının (%98,2) sağlık güvencesi olduğu ve ortalama 30,49±17,86 gündür hastanede olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-1'e göre hastaların %80'ni kronik bir hastalığa sahip ve %25,7'sinde hemipleji, %25,1'nde konuşamama, %23,4'nde yutma güçlüğü, %16,2'sinde anlama zorluğu ve %9,6'sında bilinç bulanıklığı/kişilik değişikliği olduğu belirlendi.

Tablo 4-2: Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bireysel Özellikler	n	%
Yaş		
20-35 yaş	23	41,8
36-45 yaş	10	18,2
46-60 yaş	19	34,5
61 yaş ve üzeri	3	5,5
Yaş Ortalaması 41,18±12,27 (Min.=20/Mak.= 72)		
Cinsiyet		
Kadın	25	45,5
Erkek	30	54,5
Eğitim		
Okur-yazar değil	3	5,4
İlköğretim	21	38,2
Lise	16	29,1
Üniversite	11	20
Lisansüstü	4	7,3
Medeni Durum		
Evli	39	70,9
Bekar	15	27,3
Dul	1	1,8
Çocuk Sayısı		
Çocuk yok	17	30,9
1-2 çocuk	24	43,6
3 ve üstü	14	25,5
Hasta ile Yakınlığı		
Baba	2	3,6
Anne	3	5,4
Eş	15	27,3
Çocuk	31	56,4
Diğer	4	7,3
Kronik Hastalığı		
Diabetes Mellitus (DM)	2	3,6
Hipertansiyon	5	9,1
Diğer	3	5,5
Kronik hastalığı yok	45	81,8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	26	47,3
Çalışmıyor	29	52,7
Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	13	23,6
Gelir gidere eşit	24	43,7
Gelir giderden az	18	32,7
Masrafları Karşılama Sorun Yaşama Durumu		
Evet	16	29,1
Hayır	39	70,9

Çalışma kapsamına alınan hasta yakınlarının bireysel özellikleri incelendiğinde; bakım veren hasta yakınlarının yaş ortalaması $41,18 \pm 12,27$ olup %41,8'i 20-35 yaş arasında olduğu belirlendi. Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının %54,5'i erkek, %38,2'si ilköğretim mezunu, %70,9'nun evli, %43,6'sının en az 1-2 çocuğa sahip olduğu ve %56,4'ünün hastasının çocuğu olduğu belirlendi (Tablo 4-2).

Tablo 4-2' ye göre hasta yakınlarının %81,8'inin herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, yarısından fazlasının (%52,7) herhangi bir işte çalışmadığı, %23,6'sının gelir durumunun giderine göre fazla olduğu ve %70,9'nun hastalık sürecinde ortaya çıkan masrafları karşılamada sorun yaşamadığı belirlendi.

4.2. Hasta Yakınlarının Hastaya Bakım Verme Deneyimine İlişkin Bulgular

Çalışmada yer alan hasta yakınlarının bakım verme sürecindeki deneyimine ilişkin bulgular Tablo 4-3'de sunuldu.

Tablo 4-3: Hasta Yakınlarının Hastaya Bakım Verme Deneyimine İlişkin Bulgular

	n	%
Bakım Sürecinde Sağlığının Etkilenme Durumu		
Evet	43	78,2
Hayır	12	21,8
Bakım Verme Sürecinde Yaşadığı Sağlık Problemleri*		
Uyku Bozukluğu	30	20,4
Enerji Kaybı	23	15,6
Sık Baş Ağrısı	20	13,6
Çabuk Öfkelenme	18	12,2
Kilo Kaybı	15	10,2
Karar Vermede Güçlük	10	6,8
Sabırsızlık	9	6,1
Bazı Şeyleri Erteleme	8	5,4
İş ve Ailevi İlişkilerde Bozulma	7	4,8
Eleştiriye Duyarlılık	5	3,4
Hatalar Yapma	2	1,4
Bakım Verme Sürecinde İş Ve Aile Hayatının Olumsuz Olarak Etkilenmesi		
Var	27	49,1
Yok	28	50,9
Bakım Süreci ile İlgili Bilgi Düzeyi		
Yeterli	36	65,5
Kısmen yeterli	17	30,9
Yetersiz	2	3,6
Hasta Bakımına İlişkin Deneyimi		
Var	13	23,6
Yok	42	76,4
Bakım Verdiği Gün Sayısı		
1-10 gün	37	67,3
	12	21,8

11-20 gün	4	7,3
21-30 gün	2	3,6
31 gün ve üzeri		
Ortalama 17,24±12,74 (Min.=2 / Mak.=120)		
Gün İçerisinde Bakım Verme Saati		
Günün bütün saati	33	60,0
Çalışmadığım zamanlar	12	21,8
Vakit buldukça	6	10,9
Sadece gündüz	3	5,5
Sadece akşam	1	1,8
Bakım Verme Sürecinde Yardım Alma Durumu*		
Yardım Alan	52	94,5
Sosyal	35	67,3
Psikolojik	13	25
Maddi	2	3,8
Diğer	2	3,8
Yardım almayan	3	5,5
Bakım Sürecinde Zorluk Yaşanan Yaşam Aktiviteleri*		
İletişim	34	18,6
Hijyen	32	17,5
Boşaltım	30	16,4
Hareket	29	15,8
Beslenme	21	11,5
Güvenli Ortam Sağlama	20	10,9
Giyinme	16	8,7
Diğer	1	0,5

*Hasta yakınları birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Çalışma kapsamındaki hasta yakınlarının, %78,2'sinin bakım verme sürecinde sağlığının etkilendiği ve çoğunluğunu oluşturan gruplar açısından incelendiğinde; uyku bozukluğu (%20,4), enerji kaybı (%15,6), sık baş ağrısı (%13,6), çabuk öfkelenme (%12,2), kilo kaybı (%10,2), karar vermede güçlük (%6,8), sabırsızlık (%6,1), bazı şeyleri erteleme (%5,4), iş ve ailevi ilişkilerde bozulma (%4,8), eleştiriye duyarlılık (%3,4) ve hatalar yapma (%1,4) gibi sorunların yaşandığı belirlendi (Tablo 4-3).

Hasta yakınlarının yaklaşık yarısı (%49,1) hastasına bakım verdiği için iş ve aile yaşamının olumsuz yönde etkilendiğini belirtti (Tablo 4-3).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının %65,5'i bakım süreci ile ilgili aldıkları bilginin yeterli olduğunu, %76,4'ü daha önce hiç hasta bakımına ilişkin deneyimi olmadığını ifade etti (Tablo 4-3).

Tablo 4-3'e göre, hasta yakınlarının çoğunluğunun (%60) günün bütün saati (24 saat) olmak üzere ortalama 17,24±12,74 gün hastasına bakım verdiği belirlendi.

Çalışmada yer alan hasta yakınlarının, %94,5'inin hastasına bakım verdiği süreçte yardım aldığı ve bu yardımın çoğunlukla (%67,3) sosyal yardım (aile, arkadaş vb. desteği) olduğu belirlendi (Tablo 4-3).

Çalışma kapsamına alınan hasta yakınlarının bakım sürecinde zorluk yaşanan yaşam aktiviteleri incelendiğinde; en çok hasta ile olan iletişimde (%18,6), hastanın hijyen gereksinimini karşılamada (%27,5), boşaltım aktivitesinde (%16,4), hareket aktivitesinde (%15,8), beslenme aktivitesinde (%11,5) ve güvenli ortam sağlamada (%10,9) zorluk çektikleri belirlendi (Tablo 4-3).

4.3. Hastanın Bilinç Durumu, Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Depresyon Düzeyine İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamındaki hastaların, GKS'ye göre bilinç düzeyleri Tablo 4-4'de, hasta yakınlarının ZBVYÖ'ye göre bakım yükü düzeyleri Tablo 4-5'de ve hasta yakınlarının BDE'ye göre depresyon düzeyleri ise Tablo 4-6'da sunuldu.

Tablo 4-4: Hastanın Glasgow Koma Skalası (GKS)'na Göre Bilinç Düzeyine İlişkin Bulgular

GKS Düzeyi	n	%
Koma	1	1,8
Stupor	21	38,2
Laterji	27	49,1
Konfüze	6	10,9

Araştırma kapsamına alınan hastaların bilinç düzeyleri incelendiğinde, %1,8'i koma, %38,2'si stupor, %49,1'i laterji ve %10,9'u konfüze olduğu belirlendi (Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ) Puan Dağılımına İlişkin Bulgular

ZBVYÖ Kesme Puan Dağılımı	n	%	Ortalama $\bar{X} \pm SS$
Bakım Yükü Olmayan veya Çok Düşük Bakım Yükü Olan	19	34,5	
Hafif ile Orta Arası Bakım Yükü	17	30,9	32,92±15,9
Orta ile Ağır Arası Bakım Yükü	18	32,7	
Ağır Bakım Yükü	1	1,8	

Tablo 4-5'e göre çalışmada yer alan hasta yakınlarının bakım yükü puan ortalamasının $32,92 \pm 15,9$ olduğu ve %65,4'ünün önemli düzeyde bakım yükü yaşadığı belirlendi ($ZBI > 21$).

Tablo 4-6: Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puan Dağılımına İlişkin Bulgular

BDE Kesme Puan Dağılımı	n	%	Ortalama $\bar{X} \pm SS$
En az Düzeyde Depresyon	19	34,5	18,23 $\pm$ 13,26
Hafif Düzeyde Depresyon	12	21,8	
Orta Düzeyde Depresyon	9	16,4	
Şiddetli Depresyon	15	27,3	

Bakım veren hasta yakınlarının depresyon düzeyleri incelendiğinde; çalışmaya alınan hasta yakınlarının depresyon düzeyi puan ortalaması $18,23 \pm 13,26$ olduğu ve %16,4'ünde orta düzeyde, %27,3'ünde ise şiddetli düzeyde depresyon olduğu belirlendi (Tablo 4-6).

4.4. Hastaların Bilinç Düzeyine göre Hasta Yakınlarının Bakım Yükü Ölçeği Puan Dağılımına İlişkin Bulgular ve Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların GKS'sine göre, hasta yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4-7'de, bakım veren hasta yakınlarının bireysel özellikleri ile Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4-8'de ve bakım veren hasta yakınlarının bireysel özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması Tablo 4-9'da sunuldu.

Tablo 4-7: Glasgow Koma Skalasına göre Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Dağılımları*

Bilinç Düzeyi	Bakım Yükü Olmayan veya Çok Düşük Bakım Yükü n/%	Hafif ile Orta Arası Bakım Yükü n/%	Orta ile Ağır Arası Bakım Yükü n/%	Ağır Bakım Yükü n/%	p
Koma	-	-	1 / 100	-	p:0,149
Stupor	6 / 28	5 / 23,8	10 / 47,6	-	
Letarji	11 / 40,7	8 / 29,6	7 / 25,9	1 / 3,7	
Konfüze	4 / 66,7	2 / 33,3	-	-	

* ki-kare testi yapılmıştır.

Hastaların Glasgow Koma skalası ile belirlenen bilinç düzeyine göre hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü düzeyi incelendiğinde; koma ve stupor olan hastalara

bakım veren hasta yakınlarının orta ile ağır arası bakım yükü yaşadığı belirlenmiş ancak bilinç düzeyi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Dağılımları*

Bireysel özellikler	Bakım Yükü Olmayan veya Çok Düşük Bakım Yükü n/%	Hafif ile Orta Arası Bakım Yükü n/%	Orta ile Ağır Arası Bakım Yükü n/%	Ağır Bakım Yükü n/%	p
Yaş					
20-35 yaş	8 / 42,1	7 / 41,2	6 / 33,3	1 / 100	p:0,614
36-45 yaş	3 / 15,8	4 / 23,5	4 / 22,2	-	
46-60 yaş	8 / 42,1	5 / 29,4	7 / 38,9	-	
61 yaş ve üzeri	-	1 / 5,9	1 / 5,6	-	
Cinsiyet					
Kadın	7 / 36,8	8 / 47,1	9 / 50	1 / 100	p: 0,586
Erkek	12 / 63,2	9 / 52,9	9 / 50	-	
Eğitim					
Okur-Yazar	-	2 / 11,8	2 / 11,1	-	p:0,551
Değil	5 / 26,3	9 / 52,9	8 / 44,4	1 / 100	
İlköğretim	4 / 21,1	4 / 23,5	5 / 27,8	-	
Lise	8 / 42,1	1 / 5,9	2 / 11,1	-	
Üniversite	2 / 10,5	1 / 5,9	1 / 5,6	-	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	12 / 63,2	6 / 35,3	8 / 44,4	-	p: 0,189
Çalışmıyor	7 / 36,8	11 / 64,7	10 / 55,6	1 / 100	
Gelir Durumu					
Gelir Giderden					
✓ Fazla	2 / 10,5	5 / 29,4	6 / 33,3	-	p: 0,316
✓ Eşit	11 / 57,9	5 / 29,4	8 / 44,4	-	
✓ Az	6 / 31,6	7 / 41,2	4 / 22,2	1 / 100,0	
Masrafları Karşılatabilme Durumu					
Karşılatabilen	4 / 21,1	7 / 41,2	4 / 22,2	1 / 100	p: 0,199
Karşılatabamayan	15 / 78,9	10 / 58,8	14 / 77,8	-	
Hasta Bakıma İlişkin Deneyimi					
Var	4 / 21,1	5 / 29,4	4 / 22,2	-	p: 0,870
Yok	15 / 78,9	12 / 70,6	14 / 77,8	1 / 100	
Bakım Verdiği Süre					
1-10 gün	15 / 40,5	3 / 25,0	1 / 25,0	-	p:0,360
11-20 gün	9 / 24,3	5 / 41,7	2 / 50,0	1 / 50,0	
21-30 gün	12 / 32,4	4 / 33,3	1 / 25,0	1 / 50,0	
31 gün ve üzeri	1 / 2,7	-	-	-	

*ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4-9: Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırması

Bireysel Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	p
Yaş	20-35 yaş	33 $\pm$ 15,48	¹ 0,728
	36-45 yaş	36,7 $\pm$ 16,1	
	46-60 yaş	30 $\pm$ 16,91	
	61 yaş ve üzeri	36,33 $\pm$ 15,18	
Cinsiyet	Kadın	36,60 $\pm$ 15,67	² 0,107
	Erkek	29,67 $\pm$ 15,18	
Eğitim	Okur-Yazar	35,58 $\pm$ 14,15	¹ 0,257
	Değil+İlköğretim	34 $\pm$ 16,22	
	Lise	27,13 $\pm$ 17,55	
	Üniversite+Lisansüstü		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	26,54 $\pm$ 14,26	² 0,004**
	Çalışmıyor	38,44 $\pm$ 15,26	
Gelir Durumu	Fazla	28,80 $\pm$ 18,04	¹ 0,209
	Eşit	31,58 $\pm$ 14,98	
	Az	37,89 $\pm$ 14,74	
Masrafları Karşılatabilme Durumu	Karşılatabilen	35,88 $\pm$ 15,66	² 0,364
	Karşılatabamayan	31,56 $\pm$ 15,95	
Hasta Bakıma İlişkin Deneyimi	Var	30 $\pm$ 16,99	¹ 0,468
	Yok	33,69 $\pm$ 15,58	
Bakım Verdiği Süre	1-10 gün	32,03 $\pm$ 15,61	¹ 0,600
	>10 gün	34,44 $\pm$ 16,64	

¹Oneway ANOVA ²Stutent t test **p<0,01

Çalışmaya alınan hasta yakınlarının bakım yükü dağılımı incelendiğinde hafif ile orta arası bakım yükü 20-35 yaş arasındaki hasta yakınlarında (%41,2) ve orta ile ağır arası bakım yükü 46-60 yaş arasındaki hasta yakınlarında (%38,9) daha çok olduğu belirlendi ancak yaş ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p> 0,05) (Tablo 4-8, Tablo 4-9).

Çalışmaya alınan hasta yakınlarının, cinsiyet ile bakım yükü puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde bakım veren kadınların bakım yükü puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek olduğu ancak cinsiyet ile bakım yükü puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-8, Tablo 4-9).

Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının eğitim düzeyine göre, bakım yükü puanları incelendiğinde; hafif ile orta arası, orta ile ağır arası ve ağır bakım yüküne daha fazla sahip olanların ilköğretim mezunu olduğu görüldü. Eğitim düzeyi ile bakım yükü puan

ortalamasının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-8, Tablo 4-9).

Herhangi bir işte çalışmayan hasta yakınlarının çalışanlara göre bakım yükü puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4-9) ancak kesme puanları kullanılarak bakım yükü düzeyi incelendiğinde ise, çalışmayan bir hasta yakının ağır bakım yükü düzeyinde olması nedeniyle çalışma durumu ile bakım yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-8) .

Çalışma da yer alan hasta yakınlarının gelir durumları incelendiğinde; gelir durumu giderlerine göre daha az olan bireylerin daha çok hafif ile orta arası ve ağır bakım yükü yaşadığı, gelir durumunu giderlerine eşit olduğunu belirten bireylerin ise, orta ile ağır arası bakım yükü yaşadığı belirlendi. Ayrıca gelir durumu azaldıkça bakım yükü puan ortalamalarının arttığı görüldü (Tablo 4-9). Ancak gelir düzeyi ile bakım yükü puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-8).

Çalışmaya alınan hasta yakınlarının, tedavi ve bakım sürecinde oluşan masrafları karşılamada sorun yaşama durumları incelendiğinde; masrafları karşılayamayan hasta yakınlarının bakım yükü puan ortalamalarının daha fazla olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-8, Tablo 4-9).

Çalışmada yer alan hasta yakınlarından daha önce bakım deneyimi olmayanların hasta bakımı deneyimi olanlara göre daha fazla bakım yükü yaşadığı belirlendi. Ancak hasta bakımına ilişkin deneyim ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-8, Tablo 4-9).

Çalışmada 1 ila 10 gün arasında hastaya bakım veren hasta yakınlarının olmayan veya çok düşük bakım yükü yaşadığı ancak 10 günden daha fazla bakım verenlerin hafif ile ağır arası bakım yükü yaşadığı belirlendi. Bakım verme süresi arttıkça yaşanan bakım yükünün daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-8, Tablo 4-9).

Tablo 4-10: Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Beck Depresyon Envanteri Puan Dağılımları*

	En Az Düzeyde Depresyon n / %	Hafif Düzeyde Depresyon n / %	Orta Düzeyde Depresyon n / %	Şiddetli Depresyon n / %	Toplam n / %	İstatistiksel Analiz (p)
Cinsiyet						
Kadın	6 / 31,6	8 / 66,7	4 / 44,4	7 / 6,7	25 / 45,5	p: 0,300
Erkek	13 / 68,4	4 / 33,3	5 / 55,6	8 / 53,3	30 / 54,5	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	9 / 47,4	5 / 41,7	4 / 44,4	8 / 53,3	26 / 47,3	p: 0,940
Çalışmıyor	10 / 52,6	7 / 58,3	5 / 55,6	7 / 46,7	29 / 52,7	
Gelir Durumu						
Gelir Giderden	1 / 5,3	7 / 58,3	2 / 22,2	3 / 20,0	13 / 23,6	p: 0,027
✓ Fazla	10 / 52,6	2 / 16,7	3 / 33,3	9 / 60,0	24 / 43	
✓ Eşit	8 / 42,1	3 / 25,0	4 / 44,4	3 / 20,0	18 / 32,7	
✓ Az						
Masrafları Karşılabilme Durumu						
Karşılabilen	6 / 31,6	4 / 33,3	2 / 22,2	4 / 26,7	16 / 29,1	p: 0,938
Karşılایamayan	13 / 68,4	8 / 66,7	7 / 77,8	11 / 73,3	39 / 70,9	
Sağlığının Etkilenme Durumu						
Etkileniyor	15 / 78,9	10 / 83,3	8 / 88,9	10 / 66,7	43 / 78,2	p: 0,580
Etkilenmiyor	4 / 21,1	2 / 16,7	1 / 11,1	5 / 33,3	12 / 21,8	
Hastanın Tedavi Süreciyle İlgili Bilgi Düzeyine Göre						
Yeterli	8 / 42,1	6 / 50,0	6 / 66,7	9 / 60,0	29 / 52,7	p: 0,756
Kısmen Yeterli	9 / 47,4	4 / 33,3	3 / 33,3	4 / 26,7	20 / 36,4	
Yetersiz	2 / 10,5	2 / 16,7	-	2 / 13,3	6 / 10,9	
Hastanın Bakım Süreciyle İlgili Bilgi Düzeyine Göre						
Yeterli	12 / 63,2	9 / 75,0	6 / 66,7	9 / 60,0	36 / 65,5	p: 0,944
Kısmen Yeterli	6 / 31,6	3 / 25,0	3 / 33,3	5 / 33,3	17 / 30,9	
Yetersiz	1 / 5,3	-	-	1 / 6,7	2 / 3,6	

*ki-kare testi yapılmıştır.

Cinsiyete göre depresyon düzeyleri incelendiğinde; kadınların erkeklere göre daha çok hafif düzeyde, erkeklerin ise kadınlara göre daha çok orta ve şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı belirlendi, ancak cinsiyet ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-10).

Herhangi bir işte çalışan hasta yakınlarının, şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı, çalışmayan hasta yakınlarının çoğunluğunun (%58,3) hafif düzeyde depresyon yaşadığı belirlendi. Hasta yakınlarının çalışma durumu ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-10).

Çalışmada hasta yakınlarının gelir durumlarına göre depresyon düzeyleri incelendiğinde; gelir durumunun gidere göre fazla olduğunun belirten hasta yakınlarının (%58,3) hafif düzeyde, eşit olan hasta yakınlarının çoğunluğunun şiddetli düzeyde (%60) ve az olan hasta yakınlarının ise daha çok orta düzeyde depresyon yaşadığı belirlendi. Hasta yakınlarının yaşadığı depresyon düzeyi ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-10).

Çalışmada yer alan hasta yakınlarının bakım ve tedavi sürecinde oluşan masrafları karşılayabilme durumları incelendiğinde; masrafları karşılayamayan hasta yakınlarının çoğunluğunun orta (%77,8) ve şiddetli (%73,3) düzeyde depresyon yaşadığı ancak masrafları karşılama durumu ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-10).

Bakım verme nedeniyle, sağlığının olumsuz olarak etkilendiğini belirten hasta yakınlarının %88,9'unun orta düzeyde ve %66,7'sinin şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı ancak sağlığın etkilenme durumu ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-10).

Çalışmada yer alan hasta yakınlarının hastasının bakımı ve tedavisi ile ilgili aldığı bilginin yeterli olduğunu belirten hasta yakınlarının çoğunluğunun klinik düzeyde depresyon yaşadığı belirlendi. Hasta yakınlarının bakım ve tedavi sürecine dair bilgi düzeyleri ile depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-10).

4.5. Hastanın Bilinç Düzeyi ile Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Glasgow Koma Skalası'ndan alınan puanlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla basit doğrusal korelasyon işlemi yapıldı (Tablo 4-11).

Tablo 4-11: Bakım Yüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Glasgow Koma Skalasından Alınan Puanların İlişkisi

Ölçekler		Bakım Yüğü Ölçeği	Glasgow Koma Skalası	Beck Depresyon Ölçeği
Bakım Yüğü Ölçeği	PearsonCorrelation	1	-,218	,578**
	Sig. (2-Tailed)		,109	,000
	N	55	55	55
Glasgow Koma Skalası	PearsonCorrelation	-,218	1	-,212
	Sig. (2-Tailed)	,109		,119
	N	55	55	55
Beck Depresyon Ölçeği	PearsonCorrelation	,578**	-,212	1
	Sig. (2-Tailed)	,000	,119	
	N	55	55	55

Tablo 4-11'e göre hasta yakınlarının Bakım Yüğü Ölçeği'nden aldığı puanlar ile Beck Depresyon Ölçeği'nden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,01$). Ancak Bakım Yüğü Ölçeği ile Glasgow Koma Skalası'ndan alınan puanlar ve Beck Depresyon Ölçeği ile Glasgow Koma Skalası'ndan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Günümüzde hızla gelişen şehirleşme nedeniyle trafik kazalarında, şiddet eğiliminde artış ve silahlanmanın kolaylaştırılmasıyla ateşli silah yaralanmalarında, iş sağlığı ve güvenliği yetersizlikleri nedeniyle iş kazalarında artış gibi birçok nedenle bireylerde kafa travması meydana gelmektedir (Çırak ve ark. 1999; Ökten ve ark. 2006).

Bilinç düzeyini bozan bu hastalıklar nedeniyle bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için başka bir bireye bağımlı hale gelmektedir. Bu bağımlılık durumu hastaların ihtiyaçlarını karşılayan hasta yakınlarına farklı bir sorumluluk ve yük getirmektedir. Algılanılan bu yükü azaltmak için öncelikle algılanan ve deneyimlenen yükün belirlenmesi gerekir. Yükün belirlenmesi ile kapsamlı hemşirelik bakımının verilmesi amacıyla hemşirelik süreci başlatılarak hem bakım sunan hasta yakınlarının hemde bakım alan hastanın sağlığı korunarak yaşam kalitesi artırılabilir. Bu bağlamda araştırma, bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım yükünü tanımlamak amacıyla gerçekleştirildi.

İstatiksel analizler sonucu elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar doğrultusunda uygun literatür sonuçları ile değerlendirilerek tartışıldı.

- 1) Bireysel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması
 - a. Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
 - b. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 2) Hasta Yakınlarının Hastaya Bakım Verme Deneyimine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 3) Hastaların Bilinç Düzeyine Göre Hasta Yakınlarının Bakım Yüküne İlişkin Bulguların ve Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Bakım Verme Yükü ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması
 - a. Glasgow Koma Skalasına göre Hastanın Bilinç Düzeyi ile Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre Bakım Yükü Puanlarının Tartışılması
 - b. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Tartışılması
 - c. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Tartışılması

4) Hastanın Bilinç Düzeyi ile Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

5.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.1. Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sakatlık ve iş gücü kaybının birincil nedeni olan serebrovasküler hastalıklar diğer sağlık problemleri gibi her yaşta görülme olasılığı bulunan ancak yaşla birlikte insidansı artan önemli bir sağlık sorunudur. TÜİK 2014 verilerine göre 15 yaş üstü bireylerde beyin kanaması ve serebral infarkt oranı %0,8 olarak belirlenmiştir. Şahin ve ark. 2015 yılında tamamladıkları çalışmalarında serebrovasküler hastalık geçiren bireylerin yaş ortancası 72 yıl olarak bulunmuştur. Petruzzi ve ark. (2013) çalışmasında beyin tümörü olan hastaların yaş ortalaması 50 ± 14.48 olarak belirlenmiştir. Özdemir ve ark. (2015) çalışmasında yer alan travmatik beyin yaralanması ve beyin tümörü tanısı alan hastaların yaş ortalamaları sırasıyla 37,1 ve 50,8 olarak belirlenmiştir. Literatürde beyin tümörü görülme oranının diğer kanserlerde olduğu gibi 30 yaşından sonra arttığı belirtilmektedir (Şimşek ve Dicle 2013). Bu çalışmada yer alan hastaların ise yaş ortalaması $53,94 \pm 18,4$ olarak belirlenmiş olup literatüre benzer bir sonuç elde edilmiştir (Tablo 4-1).

Sağlık Bakanlığı'nın 2014 istatistiklerine göre beyin ve sinir sistemi kanser oranları erkeklerde 5,2 kadınlarda 4,1 (100,000'de), 2015 yılında sinir sistemi hastalıkları nedeniyle hastaneye yatış oranı erkeklerde %1,9 kadınlarda %1,6 olarak belirlenmiştir (Başara ve ark. 2015, *Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*). Literatürde yer alan çalışmalarda travmatik beyin yaralanması olan veya beyin tümörü olan hastaların çoğunluğunun erkek olduğu görülmüştür (Marsh ve ark. 1998; Aslantürk ve ark. 2006; İlçe ve ark. 2010; Bayen ve ark. 2013; Petruzzi ve ark. 2013; Manskow ve ark. 2015; Bayen ve ark. 2016; Bayen ve ark. 2017). Bu veriler doğrultusunda bu çalışmada yer alan hastaların çoğunluğunun (%52,8) da erkek olması literatürle paralellik göstermektedir (Tablo 4-1).

Araştırmaya alınan hastaların hastalanmadan önce %70,9'unun çalışmadığı ancak tamamına yakınının (%98,2) sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-1). Literatürde yer alan çalışmalarda da hastaların çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğu ve çalışmadığı belirlenmiş olup araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Akman 2008; İlçe ve ark. 2010; Kalav 2011).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2015 yılında sinir sistemi hastalıkları nedeniyle hastanede yatan hastaların hastanedeki kalış günü ortalama 4,7 gün olarak belirlenmiştir. Kafa

travması sonrası uygulanan tedavi ve bakım için hastaların hastanede kalış süreleri incelendiğinde; GKS 8 ve altında olan erkeklerde ortalama 18 gün, kadınlarda ise ortalama 14 gün olduğu bildirilmiştir (Çırak ve ark.1999). Yapılan diğer bir çalışmada, travmatik beyin yaralanması olan veya beyin tümörü hastalarının hastanede yatış süreleri sırasıyla $29,5 \pm 15,2$ ve $27,2 \pm 19,4$ gün olarak tespit edilmiştir (Özdemir ve ark. 2015). Bu çalışmada hastaların klinikte kalış sürelerine bakıldığında ise, ortalama $30,49 \pm 17,86$ gün (en az 8 gün, en çok 169 gün) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-1). Çalışmadaki hastaların, hastanedeki kalış sürelerinin bu kadar uzun olması hastalığın bakım ve tedavisinin uzun sürmesine, komplikasyon oranlarının fazla olmasına ve ailenin bakım verme konusunda kendini yetersiz görmesine bağlanabilir.

Beyin tümörü nedeniyle hastalarda hem duyuşsal hem de bilişsel bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Literatürde en yaygın bilişsel bozukluklar dikkat, hafıza, entelektüel ve duyuşsal-algısal bozukluklar, yürüme kaybı, görsel ve yapısal becerilerde bozukluklar olduğu belirtilmektedir (Eslinger ve ark. 2011; Zarghi ve ark. 2012; Zarghi ve ark. 2013). Bu çalışmada yer alan hastaların çoğunluğunun hem (%80) ek bir kronik hastalığı hem de hemipleji/hemiparazi (%25,7), konuşamama (%25,1), yutma güçlüğü (%23,4), anlama zorluğu (%16,2) ve bilinç bulanıklığı (%9,6) olduğu saptanmıştır (Tablo 4-1). Arıbaş ve ark. (1999) menenjit olgularını inceledikleri çalışmada bireylerin %21’inde bilinç değişikliği, %7,8’inde konuşma bozukluğu, %5,2’sinde ekstremitelerde güçsüzlük olduğu gösterilmiştir. Kaya ve Acaroğlu (2005)’nin araştırmasında yer alan hastaların %67,5’nin paraplejik olduğu gösterilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada beyin tümörü tanısı konulan hastaların %62’sinde denge bozukluğu ve %10’nun da parazi olduğu belirlenmiştir (Aslantürk ve ark. 2006). Subaraknoid kanama geçiren 58 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastalık ve tedavi sürecinde %41’inde ciddi sakatlıkların ortaya çıktığı bildirilmiştir (Ökten ve ark. 2006). 2013 yılında yapılan bir çalışmada da beyin tümörü tanısı ile opere edilen hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı, depresyon düzeyindeki artışın cerrahi işlem öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Zarghi ve ark. 2013). Literatürde tüm bu bozuklukların farklılık göstermesinin nedeni olarak hem tümörün/kanamanın yerine hem de tedaviye bağlı değişikliklerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Zarghi ve ark 2012).

5.1.2. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının yaş ortalamasının $41,18 \pm 12,27$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-2). Galvin ve ark. (2016)’nın çalışmasında ALS hastasına bakım veren bireylerin yaş ortalaması 55, Giordano ve ark. (2016) MS hastalarına

bakım veren bireylerin yaş ortalamasını 60,2, Signh (2015) çalışmasında epilepsi hastalarına bakım veren bireylerin yaş aralığını 22-55, Bayen ve ark. (2017)'nin çalışmasında ise Maling beyin tümörü olan hastaya bakım veren bireylerin yaş ortalaması 55,6 olarak tespit edilmiştir. Harding ve ark. (2015)'nin demans, ileri evre kanser hastasına ve travmatik beyin yaralanması olan hastaya bakım veren bireylerin karşılaştırıldığı çalışmada beyin yaralanması olan hastaya bakım veren bireylerin daha genç, demans ya da ileri evre kanser hastasına bakım verenlerin ise daha yaşlı olduğunu belirlemiş ve bunun nedeni olarak bireylerin fiziksel mobilite ihtiyaçlarının farklı oluşundan kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Literatürde bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Kapucu ve ark. 2009; Küçükgüçlü ve ark 2009; Mollaoğlu ve ark 2011; Taşdelen ve Ateş 2012; Tel ve ark 2012; Petruzzi ve ark. 2013; Selen ve Kav 2014; Harding 2015; Signh 2015; Galvin ve ark. 2016; Giordano ve ark. 2016; Bayen ve ark. 2017). Grunfeld ve ark. (2004)'nin yaptığı çalışmada ise, bakım veren bireylerin %55'i erkek olarak tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmada bakım veren hasta yakınlarının çoğunluğunun erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo4-2). Bu durumun nedeni olarak, değişen yaşam şartlarına bağlı kadınların daha fazla iş yaşamına katılması, sorumlulukların aile içinde paylaşılmasının yaygınlaşması veya çekirdek aileye dönüşümün artması sayılabilir (Taşdelen ve Ateş 2012; Sreeja ve ark 2008).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, bakım veren bireylerin çoğunluğunun ilkokul mezunu ve yarıdan fazlasının evli olduğu belirlenmiştir (İnci 2006; Taşdelen ve Ateş 2012; Tel ve ark. 2012; Mollaoğlu ve ark. 2011; Selen ve Kav 2014). Yurtdışında yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yıl olarak belirtilmekte ve çoğunluğu Secondary (lise) 12-13 yıl seviyesindedir (Galvin ve ark. 2016; Giordano ve ark. 2016; Bayen ve ark. 2017). Bu çalışmada da bakım veren hasta yakınlarının çoğunluğunun ilkokul mezunu (%38,2) ve evli (%70,9) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-2). Bu çalışmanın sonucu sadece Türkiye'de yapılan çalışmalarla benzerlik göstermiştir bunun nedeni olarak Türkiye'nin eğitim hizmeti, dersler, öğretmen ve genel personel açısından Avrupa Birliği'nin gerisinde olması, yoksul kesimdeki eğitim açığının büyük olması ve eğitim imkanlarının düşük olması sayılabilir (Sağlam ve ark. 2011).

Çalışmadaki bakım veren hasta yakınlarının %69,1'nin en az bir çocuğu ve %56,4'ünün hastanın çocuğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-2). Şahin (2014)'in çalışmasında yer alan bireylerin %60,7'sinin çocuğu olduğu ve bakım verenlerin %50,3'ü hastanın çocuğudur. Akyar ve Akdemir (2009)'in çalışmasında bakım verenlerin %72'si 1 veya 2

çocuğa sahip ve %78,6'sı hastanın kızı olduğu saptanmıştır. Tuna ve Olgun (2010)'un çalışmasında bakım verenlerin %31,82'sinin hastanın çocuğu olduğu, Selen ve Kav (2014)'ın çalışmasında ise bakım veren bireylerin %38,4'ünün hastanın kızı %57,6'sının hastanın eşi olduğu gösterilmiştir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise, bakım veren bireylerin çoğunluğunu oluşturan grupların öncelikle hastanın eşi daha sonra diğer aile üyeleri olduğu belirlenmiştir (Harding ve ark. 2015; Bayen ve ark. 2016; Galvin ve ark. 2016; Giordano ve ark. 2016; Bayen ve ark. 2017). Bu durumun, toplumsal gelenek ve görenekler, kültürel yapı ve yaşam koşullarının değişiklik göstermesinden kaynaklandığı düşünölebilir.

Bu çalışmada yer alan hasta yakınlarının tamamına yakının herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığı tespit edilmiş olup literatürdeki diğer bakım veren bireylerle yapılan çalışmalarla benzer olduğu görölmüştür (Tablo 4-2) (Mollaoğlu ve ark. 2011; Tel ve ark. 2012; Taşdelen ve Ateş 2012).

Literatürde bakım vermeden birinci derecede sorumlu olan bireylerin işlerini bırakmak ya da iş saatlerini azaltmak zorunda kaldıkları belirtilmektedir (Çetinkaya 2008). Bu araştırmada yer alan hasta yakınlarının yarısından fazlasının (%52,7) çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 4-2). Literatürdeki bakım verenlere yönelik diğer çalışmalarda da bakım veren bireylerin çoğunluğunun çalışmadığı belirlenmiş olup, çalışmanın literatürle benzer olduğu görölmüştür (Petruzzi ve ark 2013; Yıldırım ve ark 2013; Galvin ve ark. 2016; Giordano ve ark. 2016; Bayen 2017). Ancak Pörlüsoy ve ark. (2011) çalışmasında bakım veren bireyin bir işte çalışmama durumunun bakım yükünü 8,2 kat arttırdığı belirtilmektedir.

Çalışmadaki bakım veren hasta yakınlarının gelir durumlarının giderlerine eşit ya da daha az olduğu belirlenmiş ancak büyük çoğunluğunu sağlık masraflarını karşılamada sorun yaşamadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4-2). Bunun nedeni, hastaların tamamına yakının (%98,2) sağlık güvencesine sahip olmasından kaynaklanabilir (Tablo 4-1). Yapılan diğer çalışmalarda da bakım veren bireylerin çoğunluğu gelir durumunun giderlerine eşit veya orta olarak tanımlamış oldukları görölmektedir (Özdemir ve ark. 2009; Tel ve ark. 2012; Yıldırım ve ark. 2013; Selen ve Kav 2014). 2015 TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması'nda eşdeğer hanehalkı kullanılabilir gelirine göre oluşturulan yüzde 20'lik gruplarından en yüksek gelire sahip gruptakilerin toplam gelirden aldıkları pay %46,5 olurken, en düşük gelire sahip gruptakilerin toplam gelirden aldıkları pay %6,1 olarak gerçekteşmiştir. Dolayısıyla, araştırmalara katılan bireylerin gelir durumlarını tanımlama biçimlerinin orta ya da eşit olarak tanımlamaları kaçınılmazdır.

5.2. Hasta Yakınlarının Hastaya Bakım Verme Deneyimine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Uzun süre bakım veren bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, baş ağrısı, kronik yorgunluk, uyku düzensizliği, vücut ağırlığında artma ya da azalma, konsantrasyon zorluğu, giyim kuşamda dağınıklık ve kas ağrısı gibi sağlıkta bozulmalar olduğu bildirilmektedir (İnci 2006; Özdemir ve ark. 2009; Şahin 2014). Kafa travması geçiren hastalara bakım veren bireylerin altı ay sonraki bakım yükünü belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, en sık yaşanan davranışsal sorunların; sabırsızlık (%60), kötü karar verme (%56), zayıf içgörü (%54) ve depresyon (%54) olduğu bildirilmiştir (Marsh ve ark. 2002). Literatürde bakım verme sürecinde bireylerin kendi kişisel bakım ve eğlence zamanlarını kısaltıp hastasına daha fazla zaman ayırdığını ve bunun bedensel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Sreeja ve ark. 2008; Şahin 2014). Küçükgüçlü ve ark. (2009)'nın çalışmasında yer alan bireylerin %60,6'sı bakım verme nedeniyle kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını ve %78,9'nun kendini yorgun hissettiğini belirtmişlerdir. Beyin tümörü olan hasta yakınlarıyla yapılan çalışmada, bakım veren bireylerin %14'ünün hastalığın belirlenmesinden sonra antidepresan ilaç kullanmaya başladığı görülmüştür (Petruzzi ve ark 2013). Maling beyin tümörü olan hastaya bakım veren hasta yakınları en çok kendilerine zaman ayıramamaktan ve kendi yaşamları üzerindeki kontrolü kaybetmiş olmaktan yakınmışlardır (Bayen ve ark. 2017). Şahin (2014), Özdemir ve ark. (2009)'nın yaptıkları çalışmalarda da bireylerin bakım verme sürecinin sonunda kendi sağlık düzeylerini kötü olarak algıladıkları göstermiştir. 1999 yılında Schulz ve Beach yaptıkları çalışmada, bakım veren bireylerin bakım vermeyenlere göre mortalite oranının %63 daha fazla olduğu belirlenmiştir. Literatürde bakım yükünün yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğü ve dikkate değer ölçüde depresyon ve anksiyeteyi arttırdığı bildirilmektedir (Signh 2015; Burke ve ark. 2017). Bu çalışmada araştırma bulgularına benzer sonuçlar elde edilmiş olup, bakım veren hasta yakınlarının %78,2'sinin bakım verme nedeniyle sağlığının olumsuz olarak etkilendiği ve en sık yaşanan olumsuzlukların ise sırasıyla; uyku bozukluğu, enerji kaybı, baş ağrısı, çabuk öfkelenme ve kilo kaybı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-3).

Çalışmada yer alan, hasta yakınlarının yarısının (%49,1) hastasına verdiği bakım nedeniyle iş ve aile yaşamının olumsuz olarak etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4-3). Literatürde bakım verme sürecinin iş ve aile yaşamını etkilendiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Görgülü ve Akdemir 2010; Sarıtaş ve ark 2014). Amerikan Kanseri Birliği, hastalık sürecinde aile içi rol değişiminin olduğunu belirten aile oranının %35 olduğunu belirlemiştir (Sales 2003). Yapılan bir çalışmada bakım veren bireylerin sırayla hastanın

bakımında, finansal, fiziksel, duygusal, aile ilişkileri ve iş yaşamında yük hissettiği belirlenmiştir (Sreeja ve ark. 2008).

Literatürde serebrovasküler hastalık tanısı ile takip edilen hasta yakınlarının hastalık, prognoz, tedavi ve iyileşme süreci hakkında yeterli bilgi alamadıkları belirtilmektedir (Kapucu ve ark. 2009). Bu çalışmada bakım veren hasta yakınlarının %76,4'ünün hasta bakımına ilişkin deneyimi olmadığı ancak çoğunluğu (%65,5) bakım konusunda aldığı bilginin yeterli olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4-3). Taşdelen ve Ateş (2012)'in yaptığı çalışmada da bakım verenlerin %84,2'sinin bakım konusunda deneyimi olmadığı ve %32,8'inin bakım konusunda eğitime ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Aydın ve ark (2009)'ı çalışmalarında bakım veren bireylerin %68'nin daha önce bakım verme deneyimi olmadığı belirlemişlerdir. Bakım veren olmak, genellikle planlanan bir durum olmadığı için aniden oluşan ya da ortaya çıkan hastalık ve sakatlık durumlarında aile içinde bu duruma uygun kişi bu görevi üstlenmektedir.

Nöroşirurji servisinde takip edilen bilinçsiz hastalara bakım veren hasta yakınlarının ortama $17,24 \pm 12,74$ gün hastaya bakım verdiği belirlenmiştir (Tablo 4-3). Nöroşirurji hastalarına bakım veren bireylerle yapılan bir çalışmada, bireylerin %65'inin 0-3 ay arası hastaya bakım verdiği görülmüş (Zaybak ve ark. 2012). İnmeli hastalara bakım veren bireylerin ise %79,2'sinin 1-6 ay arası hastaya bakım verdiği belirlenmiştir (Mollaoğlu ve ark. 2011). Literatürde bakım verme sürelerine ilişkin ortaya çıkan bu farklılığın nedeni hastanın genel durumu, öz-yeterlilik düzeyi, uygulanan girişimler, tedavi şekli, süresi ve hastalığın seyriyle ilişkili olduğu düşünüldü.

Literatürde kafa travması geçiren, epilepsi ya da ALS gibi hastalığı olan bireylere bakım verenlerin genellikle tüm zamanlarını hasta ile geçirdiği belirtilmektedir (Siegert ve ark. 2010; Signh 2015). Bu çalışmada yer alan hasta yakınlarının %60'ının hastasına 24 saat boyunca bakım verdiği belirlenmiştir (Tablo 4-3). Taşdelen ve Ateş (2009)'in çalışmasında bireylerin %29,9'u 1-6 saat/günde, Pürlüsoy ve ark. (2011)'in çalışmasında bireylerin $31,2 \pm 17,1$ saat/haftada, Aşiret ve Kapucu (2012)'nin çalışmasında ise 13,5 saat/günde bireylerin hastasına bakım verdiği tespit edilmiştir. Literatürde bağımlılık düzeyi arttıkça hastaların günlük yaşam aktivelerinin kötüleştiği, dolayısıyla bakım süresinin arttığı belirtilmektedir Mollaoğlu ve ark. 2011). Bilinç bozukluğuna neden olan (tümörler, kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar, santral sinir sistemi enfeksiyonları, epileptik nöbetler ve lökoensefalopatiler) hastalıklar aynı zamanda görme bozukluğu, uyku hali, nöbet, ağrı, motor defisit, algılama ve koordinasyon bozukluğu, denge kaybı, konfüzyon gibi

komplikasyonlara yol açarak bireylerin yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirmesini engellemektedir (İlçe ve ark 2010; Evyapan 2012; Atamer ve Krespi 2012; Özlü ve ark. 2015).

Araştırmadaki bakım veren hasta yakınlarının tamamına yakınının (%94,5) bakım konusunda yardım aldığı (sosyal destek, maddi yardım veya özel bakıcı desteği) ve bu yardımın %67,3'ünün sosyal yardım (aile ya da arkadaş desteği veya yardımı) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-3). Çalışmalarda, bakım konusunda alınan yardımın sosyal destek alanında daha fazla görülmesinin nedeni Türk aile yapısı gereği güçlü aile bağlarının varlığından kaynaklandığı söylenebilir (Küçükgüçlü ve ark 2009; Mollaoğlu ve ark 2011). Literatürde, sosyal ve araçsal desteğin bakım yükünü azalttığı ve özellikle sosyal desteğin arttırılarak bakım yükünün daha da azaltılabileceğinin önemini vurgulamaktadır (Malak ve Dicle 2008; Paradise ve ark. 2015; Guevara ve ark. 2016). Sosyal destek alan ailelerin bakım yüklerinin daha düşük olmasının nedeni olarak, sosyal desteğin stres oluşumunu önlediği ya da algılanış biçimini değiştirdiği ve kişilerin başa çıkma yollarını etkilediğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Malak ve Dicle 2008; Selen ve Kav 2014).

Bakım gereksinimi olan hastaların basınç yaralanması, hijyen yetersizliği, akciğer, ağız, perine, ayak, göz ve cilt enfeksiyonları gibi sorunlar yaşadıkları bilinmektedir (Akdemir ve ark 2011; Taşdelen ve Ateş 2012). Bu çalışmanın sonucunda da bakım veren hasta yakınlarının en çok iletişim kurma (%18,6), hijyenik gereksinimlerini sağlama (%17,5), boşaltım (%16,4), hareket ettirme (%16,4), beslenme (%15,8) ve güvenli ortam sağlama (%11,5) da zorluk çektiği belirlenmiştir (Tablo 4-3). Özdemir ve ark. (2009)'ı kanserli çocuğa bakım veren annelerle yaptıkları çalışmada, annelerin %17'sinin hijyen sağlamada, %17'sinin beslemede ve %9,7'sinin ağız bakımı vermede zorlandığını belirlemişlerdir. Mollaoğlu ve ark. (2011) çalışmalarında yer alan bireylerin %42,3'ünün hastasının bütün ihtiyaçlarını karşılamada ve %19,2'sinin ise hastasının hijyenik gereksinimlerini karşılamada zorluk yaşadığını belirlemişlerdir. Bakım veren bireyleri kapsayan başka bir çalışmada da en fazla hasta ile iletişim kurmada zorluk yaşandığı belirlenmiştir (Küçükgüçlü ve ark. 2009).

5.3. Hastaların Bilinç Düzeyine Göre Hasta Yakınlarının Bakım Yüküne İlişkin Bulguların ve Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Bakım Verme Yükü ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3.1. Glasgow Koma Skalası (GKS)'na göre Bilinç Düzeyi ile Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre Bakım Yükü Puanlarının Tartışılması

Çalışmada yer alan hastaların GKS'sine göre bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü düzeyleri incelendiğinde, hasta yakınlarının %61,8'nin bilişsel, işlevsel, davranışsal problemler ve depresyon gibi sorunlar oluşturacak düzeyde bakım yüküne sahip olduğu (ZBVYÖ puanı>21) belirlenmiş ancak arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4-7). Manskow ve ark. (2015), Elmstahl ve ark. 1996 yılında geliştirdiği Bakım Yükü Ölçeğini (Caregiver Burden Scale) kullanarak ağır beyin yaralanması olan hastaya bakım veren bireylerin bakım yükünü değerlendirmiş ve GKS 3-5 puan arasında olan hastalara bakım veren bireylerin çevre alt boyutu anlamlı derecede yüksek bulunmuş ancak genel yük, izolasyon, hayal kırıklığı ve duygusal ilişki boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmadığı belirtilmiştir. Bayen ve ark. (2013)'nın travmatik beyin yaralanması olan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükünün değerlendirildiği çalışmada GKS ile ZBVYÖ arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Dolayısıyla bu çalışmanın sonucu da göz önüne alındığında bilinç düzeyindeki değişikliğin bakım yükünü etkilemediği söylenebilir.

5.3.2. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde yatan bilinçsiz hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü puan ortalamasının $32,92 \pm 15,9$ olduğu ve bakım veren hasta yakınlarının %32,7'sinin orta ile ağır arası bakım yükü hissettiği görülmüştür (Tablo 4-5). Literatürde MS hastasına bakım veren bireylerin bakım yükü puan ortalamasının 35,6 olduğu, ağır travmatik beyin yaralanması sonrası dekompresif kraniyektomi yapılan hastaya bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamasının 37, travmatik beyin yaralanması olan hastaya bakım veren bireylerin bakım yükü puan ortalamasının ise 20,1 ve %12'sinin orta ile ağır arası bakım yükü hissettiği, epilepsi hastasına bakım veren bireylerin %20'sinin ağır bakım yükü hissettiği ve hafif bilişsel bozukluğu olan hastaya bakım veren bireylerin %35,9'nun ise klinik seviyede önemli bakım yüküne (ZBI>21) sahip olduğu bildirilmiştir (Honeybul ve ark. 2013; Bayen ve ark. 2016; Paradise ve ark. 2015; Signh 2015; Giordano ve ark. 2016). Harding ve ark. (2015)'nın yaptığı çalışmada kanser, demans ve beyin yaralanması olan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri karşılaştırılmış ve en yüksek bakım yükü düzeyinin beyin yaralanması olan hastaya bakım verenlerde olduğu belirlenmiştir. Bu

çalışmanın sonucunda da bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım yükünün yüksek olduğu görülmüş ve bu nedenle bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının bilişsel, davranışsal, fiziksel ve psikolojik sorunlar (özellikle depresyon) gelişme riski altında oldukları düşünülebilir.

Literatürde kadın olmak, yaşlı olmak, düşük eğitim düzeyi, bekar olmak, kronik hastalığa sahip olmak, hasta ile birlikte yaşamak, depresyon, sosyal izolasyon, finansal yetersizlikler, bakım süresinin uzun olması ve başka bakım veren bireyin olmaması bakım yükü için risk oluşturan etmenler arasında gösterilmektedir (Adelman ve ark. 2014; Signh 2015).

Kadın olmanın literatürde bakım yükünü arttırdığına değinilmiş, ancak son yıllarda yapılan çalışmalarla cinsiyetin bakım yükünde anlamlı olmadığı gösterilmiştir (Malak ve Dicle 2008; Mollaoğlu ve ark 2011; Pürlüsoy ve ark 2011; Taşdelen ve Ateş 2012; Çetin ve ark. 2013; Sreeja ve ark. 2008; Paradise ve ark. 2015; Signh 2015; Şirzai ve ark. 2015; Galvin ve ark. 2016; Giordano ve ark. 2016; Burke ve ark. 2017). Bu çalışmada yer alan kadınların çoğunluğunun (%63,2) bakım yükünün yüksek olduğu olduğu ancak cinsiyete göre bakım yükünde anlamlı fark olmadığı belirlenmiş ve araştırma bulgusunun literatürle benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4-8, Tablo 4-9).

Bilinçsiz hastaya bakım veren 20-35 yaş arasındaki hasta yakınlarının, ağır bakım yüküne sahip olduğu ancak bu çalışma sonucunda yaş ile bakım yükü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4-8, Tablo 4-9). Bazı kaynaklara göre genç bakım verenlerin yaşlılara göre daha fazla yük yaşadığı belirtilmekle birlikte yaş ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (Yıldırım ve ark. 2013; Signh 2015; Giordano ve ark 2016; Bayen 2017).

Bu çalışmada bakım veren hasta yakınlarından eğitim seviyesi ilköğretim olanlarının çoğunluğunda hafif ile orta arası (%52,9) veya orta ile ağır arası (%44,4) bakım yükü yaşadığı ve diğer eğitim gruplarına göre bakım yükü puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak eğitim düzeyi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4-8, Tablo 4-9). Yapılan çalışmalarda benzer sonuç elde edilmiş ve beyin tümörü olan, epilepsi, MS hastası ya da kafa travması geçiren hastalara bakım veren bireylerin eğitim düzeyleri ile bakım yükü puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Malak ve Dicle 2008; Signh 2015; Giordano ve ark. 2016).

Literatürde cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi gibi hane halkı gelirinin de bakım yükünü etkileyen önemli etmenlerden biri olduğu belirtilmektedir (Paradise ve ark. 2015; Giordano ve ark. 2016). Çalışmalarda gelir durumu yetersiz olan bireylerin bakım sürecinde daha fazla ekonomik güçlükler yaşadığı ve gelir düzeyi ile bakım yükünün ters orantılı olduğu gösterilmiştir (Çetin ve ark. 2013; Adelman ve ark. 2014; Giordano ve ark. 2016). Bu çalışmada literatürle benzer bir sonuç elde edilmiş ve çalışma durumu ile bakım yükü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4-9). Ancak kesme puanlarına göre bakım yükü düzeyleri incelendiğinde ise; herhangi bir işte çalışmayan, gelir durumunu gidere göre eşit ya da az olduğunu ifade eden ve hastalık sürecinde ortaya çıkan masrafları karşılamakta zorluk çeken hasta yakınlarının bakım yükü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir (Tablo 4-8). Bunun nedeni olarak çalışmadaki hastaların tamamının (%98,2) bir sağlık güvencesine sahip olması ve bakım veren hasta yakınlarının tedavi masraflarını karşılamada sorun yaşamaması söylenebilir (Tablo 4-1, Tablo 4-2). Ülkemizde 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yüksek oranda devlet tarafından finanse edilen ve devlet tarafından sunulan gelişmiş bir sağlık sistemi geliştirilmiş, böylelikle sağlık güvencesi çoğu hastaların giderlerini karşılayacak şekilde oluşturulmuştur (Koçkaya ve ark. 2016).

Bu çalışmada yer alan hasta yakınlarından bakım deneyimi olmayanlarının bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak bakım deneyimi olan ve olmayan bireylerin bakım yükü puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır (Tablo 4-8, Tablo 4-9). Literatürde, bakım deneyiminin bakım yüküne olan etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalardan bir tanesi Aydın ve ark. (2009)'nın şizofreni hastasına bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü düzeyi ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışma da bakım deneyimi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bakım deneyimi olmayan bireylerin hissettikleri yükün daha yüksek olmasının nedeni olarak, yaşanan şok ve belirsizlikler nedeniyle ortaya çıkan stres, kaygı, duygusal güçlükler ve baş etmede yetersizlik sayabilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde bakım veren bireylerin bakım için ortalama 20,4 saat/haftada zaman harcadıkları ve kadınların erkeklerden daha fazla zaman harcadığı görülmüştür (21.9 saat/hft - 17.4 saat/hft) (NAC 2009). Harding ve ark. (2015) nın yaptıkları karşılaştırma çalışmasında üç grupta da (ileri evre kanser, demans ve beyin yaralanması) yük olmasına rağmen beyin yaralanması olan hastaya bakım veren bireylerin daha yüksek öznel yüke sahip olduğu belirlenmiş ve bunun nedeni olarak günlük bakım uygulamalarının daha

fazla zaman almasından kaynaklandığı ifade edilmiştir. Literatürde bakım verme süresinin bakım yükünü etkilediği ve süre uzadıkça hissedilen yükün arttığı belirtilmektedir (Adelman ve ark. 2014; Guevara ve ark. 2016). Ancak yapılan çalışmalar, bakım verme süresi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (Aydın ve ark. 2009; Pürlüsoy ve ark. 2011; Taşdelen ve Ateş 2012; Sreeja ve ark. 2008). Bu çalışmada bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün arttığı ancak bakım yükü ile bakım verme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiş ve sonucun literatürle benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4-8, Tablo 4-9).

Bu çalışmanın genel olarak sonucuna bakıldığında bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü düzeyi yüksek, ancak bakım veren hasta yakınlarının bireysel özelliklerinin (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, masrafları karşılama durumu, sağlığın etkilenme durumu, bakım konusunda deneyimi olup olmaması) bakım yükünü istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4-5; Tablo 4-8).

5.3.3. Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerine göre Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Tartışılması

Literatürde bakım yükünün başlıca belirti ve semptomları olarak bakım verenlerde kaygı, endişe, anksiyete, sosyal izolasyon, yalnızlık ve depresyon gibi psikolojik problemlerin görüldüğü belirtilmektedir (Bevans ve ark. 2012). Bu nedenle çalışmada yer alan hasta yakınlarının depresyon düzeyleri incelendiğinde, hasta yakınlarının %21,8'inde hafif depresyon, %16,4'ünde orta düzeyde depresyon ve %27,3'ünde şiddetli depresyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-6). Ağır travmatik beyin yaralanması olan hastaya bakım verenlerin incelendiği bir çalışmada, bakım verenlerin 6 ay sonraki objektif ve subjektif yük düzeyleri değerlendirilmiş ve bakım verenlerin üçte birinde anksiyete, depresyon ve toplumsal uyumda bozulmanın klinik düzeyde (tedavi gerektiren) anlamlı olduğu görülmüş ve ayrıca bu çalışmadaki bireylerin %18'inde hafif depresyon, %9'unda orta derecede depresyon ve %10'nunda şiddetli depresyon olduğu belirlenmiştir (Marsh ve ark. 1998).

Literatürde bakım verenlerin yaklaşık %22'sinin klinik depresyon yaşadığı ve bakım verenin yük seviyesinin depresyon riskini arttıran önemli faktör olduğu bildirilmektedir (Cuijpers 2005; Guevara 2016). Bakım veren bireylerin genetik faktörlerinin, bireysel özelliklerinin (yaş, cinsiyet, kültür, çalışma durumu, sosyoekonomik düzey, sağlık problemleri vb.), hasta ile olan önceki ilişkilerinin ve hastaya bakım verme süresinin depresyon düzeyinde etkin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Çetinkaya 2008; Atagün ve ark. 2011; Pınar ve Tel 2012). Bu çalışmada yer alan hasta yakınlarının depresyon

düzeyini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; cinsiyetin, çalışma durumunun, tedavi ve bakım sürecine ilişkin bilgi düzeyinin, bakım deneyiminin olup olmamasının ve bakım verme süresinin depresyon düzeyine olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4-10). Sadece bakım veren hasta yakınlarının finansal durumunun depresyon düzeyine olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4-10). Gelir düzeyinin, sağlık hizmetlerine ulaşmayı, ilaç satın alabilmeyi etkilemesi ya da bakım verecek tek kişinin kendisi olması nedeniyle iş bırakmak veya değiştirmek zorunda kalması hasta yakınlarını hem ekonomik açıdan hem de sosyal açıdan olumsuz olarak etkilemektedir.

5.4. Hastanın Bilinç Düzeyi ile Hasta Yakınlarının Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması

Bu çalışmanın sonucunda bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım yükünün yüksek olduğu ancak hastanın bilinç düzeyinin bakım yükünü etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4-11). Öte yandan bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-11). Literatürdeki benzer çalışmalarda da hastaların GKS ile bakım verenlerin bakım yükü arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeyi ile bakım yükü arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Aydın ve ark. 2009; Küçükgüçlü ve ark. 2009; Bayen ve ark. 2013; Manskow ve ark. 2015; Paradise ve ark. 2015; Giordano ve ark. 2016).

Sağlıktaki insan gücünün önemli bir bölümünü oluşturan hemşirelerin yönetsel organizasyondaki problemlerden dolayı uygun istihdam edilmemesi, özellikle teknisyenlik görevine ilişkin kadro bulunmayan kurumlarda hemşirelerin çalıştırılması, 4/B Atama Nakil Yönetmeliği'ne göre yapılan atamalar nedeniyle kurumlarda hemşire sayısının sürekli değişmesi ve hasta bakımı dışında kalan işlerin çeşitliliğinin artması gibi nedenlerden dolayı hemşirelik hizmetinin temeli olan bakım gerektiği biçimde uygulanamamaktadır (Ünal ve Seren 2010). Oysa ki hemşire; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme, rehabilite etme ve yaşam kalitesini her durumda yükseltmeyi hedefleyen sağlık bakım profesyoneli (Turan ve ark. 2011).

Hemşireler, sağlıklı/hasta bireyi hümanistik ve bütüncül bir yaklaşımla ele alarak; esenliğini sağlamayı, sağlığını korumayı, hastalığı önlemeyi, rahatsızlık/hastalık durumunda iyileştirmeyi, başa çıkma yollarını öğretmeyi/kolaylaştırmayı hedefler dolayısıyla bakım

veren hasta yakınlarının psikososyal sorunlarının ve etkileyen faktörlerinin tanımlanması, risk altındaki grubun belirlenmesi, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve hizmetin planlanmasında kaynakların saptanması ve erken girişim ile bakım verenlerin sağlık sorunlarının önlenmesi için psikososyal desteğin sağlanması ve gereken uygulamaların düzenlenmesi gerekmektedir.



KAYNAKLAR

- Adelman, R.D., Tmanova, L.L., Delgado, D., Dion, S., Lachs, M.S.(2014).Caregiver Burden A Clinical Review. *JAMA*, **311(10)**: 1053-1055.
- Acaroğlu, R., Türkinaz, Aştı, Şendir, M. (2002). Dekubitus ülser bakım ürünlerinin seçimi ve kullanımına ilişkin bir çalışma. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **12(48)**: 23-34.
- Akça, N., Taşçı, S. (2005). 65 yaşüstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14**: 35.
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., Özer, Z. C. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, **38(1)**:62.
- Akman, A. (2008). *Multipl Skleroz’lu Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumlarının Belirlenmesi*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Akpınar, B. (2009). *Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Aktaş, A.(2010). *İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin; Hasta Ve Hasta Yakınının Yaşam Kalitesi, Anksiyete Ve Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul.
- Aktaş, A., Aştı, T.A., Bakanoğlu, E.,Çelebioğlu, M. (2010). Bir hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin beden imgesi algısının belirlenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* **18(2)**: 64.
- Akyar, A. G. İ., Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **16(3)**, 35-37.
- Akyolcu, N. (Ed.), Aksoy, G.(Ed.), Konan, N. (Ed.). (2011). *Genel Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Alahan, N. A., Aylaz, R., Yetiş, G. (2015). Kronik Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Bakım Verme Yükü. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4 (2)**: 1-2.
- Alp, R. (2004). *Multipl Skleroz hastalarında gastrointestinal sistem motilite bozuklukları ve amiloidoz ilişkisi*. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

- Altınok, Ü. (2010). *Omurilik felçlilerde psikiyatrik semptomlar ve bakım veren yükü*. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Arıbaş, E. T., Yılmaz, A., Erayman, İ., Bitirgen, M. (1999). Tüberküloz Menenjit: 38 Olgunun Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 19(3), 156-157.
- Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2): 254-258.
- Aslantürk, Y., Yılmaz, N., Ökten, A.İ., Akbay, F.Y., Basmacı, M., Taşkın, Y. (2006). Posterior fossa tümörlerinde cerrahi tedavi sonuçları. *Van Tıp Dergisi*. 13(1): 4.
- Aştı, T. (2000). Fiziksel aktivitesi bozulan yaşlı bireylerde hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Bülteni*, cilt XII. 46: 65-72.
- Aştı, T. A. (Ed), Karadağ, A. (Ed.). (2012). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademik Basın ve Yayıncılık.
- Aşiret, G. D. (2011). *İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Aşiret, G.D., Kapucu, S. (2012). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 77.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımla*, 3(3): 513-540.
- Atamer, A.K., Krespi, Y. (2012). Komanın nedenleri ve nörofizyopatolojisi. *Türk J Neurol*, 18(4): 126-132.
- Atik, D. Ö., Zeydan, Z. E., Çoşar, A. A. (2012). Uyku Sorunları Hipertansiyona Neden Olur mu?. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(3): 2-3.
- Aydın, H.B., Eşer, İ. (2010). Hemşirelerin ve kanserli hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1) : 17.
- Aydın A., Eker S.S., Cangür Ş., Sarandöl A., Kırılı S. (2009). Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 46(Özel Sayı):13.
- Bahar, A., Bahar, G., Savaş, H. A., Parlar, S. (2009). Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11):99-108.
- Bahar, S.Z., Aktin, E. (2009). Koma ve komali hastanın muayenesi. Erişim: 24.07.2012. <http://www.itfnoroloji.org/semi2/koma.htm>.

- Başar, G. (2006). *Hemiplejiye bağlı gelişen üst ekstremité fleksör spastisitesinde elektrik stimülasyonun etkinliği*. Sağlık Bakanlığı İstanbul 70. Yıl Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon I. Klinik, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Başara,B.B. (Ed.),Güler, C. (Ed.), Soytutan, İ. (Ed.), Aygün, A. (Ed.), Özdemir, T. A. (Ed.). (2015). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*. Erişim 18.12.2016 http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf
- Bauer, J. M., Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *Journal of population Ageing*, **8(3)**: 117-140.
- Bayen, E., Pradat-Diehl, P., Jourdan, C., Ghout, I., Bosserelle, V., Azerad, S., Weis, J.J., Joel, M.E., Aegerter, P., Azouvi, P. (2013). Predictors of informal care burden 1 year after a severe traumatic brain injury: results from the PariS-TBI study. *The Journal of head trauma rehabilitation*, **28(6)**, 409-416.
- Bayen, E., Jourdan, C., Ghout, I., Darnoux, E., Azerad, S., Vallat-Azouvi, C., Weis, J.J., Aegerter, P., Pradat- Diehl, P., Joel, M.E., Azouvi, P. (2016). Objective and subjective burden of informal caregivers 4 years after a severe traumatic brain injury: results from the PariS-TBI study. *The Journal of head trauma rehabilitation*, **31(5)**, 3-7.
- Bayen, E., Laigle-Donadey, F., Prouté, M., Hoang-Xuan, K., Joël, M. E., Delattre, J. Y. (2017). The multidimensional burden of informal caregivers in primary malignant brain tumor. *Supportive Care in Cancer*, **25(1)**: 247-250.
- Bayrak Kahraman, B., Duru Aşiret, G., Yıldırım, G., Akyar, İ., Kışlak Aytekin, G., Öz, A. (2015). Yoğun Bakımda Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*, **6(3)**:78-79.
- Bevans, M.F., Sternberg, E.M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, **307(4)**: 400.
- Bloch, F. (2016). Is the Glasgow Coma Scale appropriate for the evaluation of elderly patients in long-term care units?. *Journal of evaluation in clinical practice*, **22(3)**: 455.
- Boyacıoğlu N. E. (2015). *Yaşlıya Bakım Veren Bireylerde Hemşirelik Bakımının Etkinliği*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Bulut, S., Türk, G., Şahbaz, M. (2013). Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **16(3)**: 164.
- Burke, T., Galvin, M., Pinto-Grau, M., Lonergan, K., Madden, C., Mays, I., Carney, S., Hardiman, O., Pender, N. (2017). Caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis: investigating quality of life, caregiver burden, service engagement, and patient survival. *Journal of neurology*, **264(5)**: 901-902.

- Büyükyılmaz, F., Aştı, T. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, **12(2)**:84-88.
- Büyükyılmaz, F., Şendir, M. (2009). Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2(1)**: 75.
- Caqueo-Urı'zar, A., Gutie'rrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, **15**: 720-723.
- Chou, K., Chu, H., Tseng, C., Lu, R. (2003). The measurement of caregiver burden. *J Med Sci*, **23(2)**:73-78.
- Cin, A.(2016). *İnmeli yaşlı hastaların malnütrisyon durumunun saptanması*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Cormio M, Citerio G. (2007). Continuous Low Dose Diclofenac Sodium Infusion To Control Fever In Neurosurgical Critical Care. *Neurocritical Care*, **6(2)**: 87-88.
- Çavdar, İ. (2011). *Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı*. Türk onkoloji dergisi, **26(3)**:142-144.
- Çeçen, D. (2011). *Roper, Logan Ve Tierney' in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda 'Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu''nın geliştirilmesi ve hemşirelik bakımına etkisinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- Çeçen, D., Özbayır, T. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi Journal Of Ege University School Of Nursing*, 11, 12-21.
- Çelik, G. O., Zıngal, H. (2016). Beyin Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Düşme Risklerinin Ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **1(1)**. 8-10.
- Çetinkaya, F. (2008). *Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Çınar, N., Şahin, Ş., Karşıdağ, S. (2012). Epilepsi dışı akut bilinç bozuklukları: Elektroensefalografinin klinik ve prognostik önemi. *Epilepsi*, **18(3)**: 10.
- Çırak, B., Berker, M., Özcan, O. E., Özgen, T. (1999). Kafa travmalarının etken ve sonuçlarına bir bakış: epidemiyolojik bir çalışma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, **5(2)**: 90-92.
- Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H. H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*, **53(4)**:248-252.

- Demir, B.(2006). *Bilinçsiz hasta yakınlarının depresyon durumunun belirlenmesi*. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli.
- Demirel, H. (Ed.), Kayıhan, H. (Ed.). (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*. Ankara. Anıl Matbaa.
- Dinçer, Ü. (2010). Medulla spinalis yaralanmasında otonomik disfonksiyonlar ve tedavisi. *Türk Fiz Tıp Rehab. Dergisi*, **56 (Özel Sayı)**: 96.
- Düzkalır, A.H., Özdoğan,S.(2014). Epilepsi cerrahisi. *Journal of Contemporary Medicine*, **4(3)**: 187.
- Efil, S., Kurucu, M., Eser, O. (2011). Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **12**: 154- 155.
- Erdemoğlu, A.K., Gökçe, B. (2012). Posttravmatik epilepsi. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, **5 (1)**: 83-87.
- Ergül, Ş. (2010). Hemşirelik eğitiminde maneviyat ve manevi bakım kavramları nerede? Ne zaman? Nasıl?. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **26(1)**: 66-68.
- Ertan, S. (2005). *Bilinç bozukluğu olan hastaya tanısıl yaklaşım*. *Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, **42**: 87-91.
- Evyapan, A.D.(2012). Bilinç bozukluğunun nörolojik nedenlerine yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi*, 51(Ek sayı): 17-27.
- Fagin, C.M. (2001). *When Care Becomes A Burden: Diminishing Access To Adequate Nursing*. America: Milbank Memorial Fund.
- Flyckt, L., Fatouros-Bergman, H., Koernig, T. (2015). Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, **61(7)**: 684-685.
- Eslinger, P.J., Zappalà, G., Chakara, F., Barrett, A. M. (2011). Cognitive Impairments After TBI, 2-9. Erişim: 22,11,2015 <http://www.experts.com/content/articles/Freeman-chakara-1-TBI.pdf>
- Galvin, M., Corr, B., Madden, C., Mays, I., McQuillan, R., Timonen, V., Staines, A., Hardiman, O. (2016). Caregiving in ALS—a mixed methods approach to the study of burden. *BMC palliative care*, **15(1)**, 81.
- Geraghty, M. (2005). Nursing the unconscious patient. *Nursing Standard*, **20(1)**: 54-63.

- Giesbrecht, M., Crooks, V. A., Williams, A., Hankivsky, O. (2012). Critically examining diversity in end-of-life family caregiving: implications for equitable caregiver support and Canada's Compassionate Care Benefit. *International journal for equity in health*, **11(1)**:2.
- Giordano, A., Cimino, V., Campanella, A., Morone, G., Fusco, A., Farinotti, M., Palmisano, L., Confalonieri, P., Lugaresi, A., Grasso, A. G., Ponzio, M., Veronese, S., Patti, F., Solari, A. (2016). Low quality of life and psychological wellbeing contrast with moderate perceived burden in carers of people with severe multiple sclerosis. *Journal of the neurological sciences*, 366, 140-143.
- Görgülü, Ü., Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel tıp derg.* **20(4)**:126-130.
- Görgülü, Ü., Fesci, H. (2011). Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin psikososyal etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi* **26(1)**:27-29.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., Willan, A., Viola, R., Coristine, M., Janz, T., Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1796.
- Guevara, A. B., Demonet, J. F., Polejaeva, E., Knutson, K. M., Wassermann, E. M., Grafman, J., Krueger, F. (2016). Association Between Traumatic Brain Injury-Related Brain Lesions and Long-term Caregiver Burden. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 31(2), 49-55.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A., Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 899-904.
- Gültekin, M., Boztaş, G. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. *Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, 43.
- Günel, A. (2014). İnmeli bireylere bakım verenlerde sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Gündüz, A. (2015). Dizatri ve Disfaji. *Çocuk ve Ergen Nörolojik Hastalıklara Yaklaşım Rehberi*, 185.
- Gürkan, A., Gülseven, B. (2013). Enteral Beslenme: Bakımda güncel yaklaşımlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **16(2)**: 118-119.
- Gürkanlar, D., Keskil, İ. S. (2007). Yoğun Bakımda Geri Dönüşsüz Beyin Hasarı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 7(4), 431.

- Güzel, A., Aktaş, G., Çelen, M.K., Tatlı, M., Geyik, M.F., Özekinci, T., Üstün, C., Özkan, Ü., Satıcı, Ö., Ceviz, A. (2009). Beyin cerrahisi yoğun bakım ünitesi enfeksiyon etkenleri ve antibiyotik duyarlılıkları. *Dicle Tıp Derg*, **36(4)**: 253.
- Hagerty, T., Kertesz, L., Schmidt, J. M., Agarwal, S., Claassen, J., Mayer, S. A., Shang, J. (2015). Risk factors for catheter-associated urinary tract infections in critically ill patients with subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neuroscience Nursing*, **47(1)**: 52-53.
- Harding, R., Gao, W., Jackson, D., Pearson, C., Murray, J., Higginson, I. J. (2015). Comparative analysis of informal caregiver burden in advanced cancer, dementia, and acquired brain injury. *Journal of pain and symptom management*, 50(4), 447-450.
- Hata, J. S., Shelsky, C. R., Hindman, B. J., Smith, T. C., Simmons, J. S., Todd, M. M. (2008). A prospective, observational clinical trial of fever reduction to reduce systemic oxygen consumption in the setting of acute brain injury. *Neurocritical care*, **9(1)**: 42-43.
- Hoedemaekers, C. W., Ezzahiti, M., Gerritsen, A., Van der Hoeven, J. G. (2007). Comparison of cooling methods to induce and maintain normo-and hypothermia in intensive care unit patients: a prospective intervention study. *Critical Care*, **11(4)**: 5.
- Honeybul, S., Janzen, C., Kruger, K., & Ho, K. M. (2013). Decompressive craniectomy for severe traumatic brain injury: is life worth living? Clinical article. *Journal of neurosurgery*, 119(6), 1568.
- Hughes, R.G.(Ed). (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Erişim 01.10.2010, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651>.
- Irwin, R.S.(Ed.), Rippe, J.M.(Ed.). (2002). Yoğun Bakım El Kitabı. Adana: Nobel Tıp Kitabevleri.
- İlçe, A., Totur, B., Özbayır, T. (2010). Beyin tümörlü hastaların uluslararası NANDA hemşirelik tanılarına göre değerlendirilmesi: Bakım önerileri. *Journal of Neurological Sciences Dergisi*, **27(2)**: 179-182.
- İnce, M., Remzi, F. H. (2011). Kronik kabızlık ve diyet. *TAF Prev Med Bull*, **10(1)**: 72-74.
- İnci, F. H. (2006). *Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği*. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.
- İnci, F.H., Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11(4)** : 86.
- Kahyaoğlu, O. (2006). *Anevrizmal subaraknoid kanama sonrası görülen serebral vazospazmın saptanması ve takibinde transkranyal doppler ultrasonografinin yeri*. TC. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

- Kalay, S. (2011). *İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki*, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Kapucu, S., Türkan, K.S., Fesci, H. (2009). Family Caregivers' Difficulties in Caring for Bedridden Stroke Patients. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18-24.
- Karabulutlu (Yılmaz), E., Akyıl, R., Karaman, S., Karaca, M.(2013). Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **28(1)**: 2-8.
- Karadağ, A.(Ed.), Çalışkan, N. (Ed.), Baykara, Z. (Ed.). (2017). *Hemşirelik Teorileri Ve Modelleri*. İstanbul: Vizyon Basımevi.
- Karadağ-Arlı, Ş., Gürkan, A. (2014). Nöro-Onkoloji Hemşiresinin Roller. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, **3(3)**: 960-961.
- Karadakovan, A. (1993). *Nörolojik Hastalıkların Ortak Belirtileri Ve Hemşirelik Bakımı. Sinir Sistemi Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı*. İzmir, Saray Medikal Yayıncılık.
- Karakurt, S. (2005). *Solunum Yetersizliği*.Erişim 12.11.2013. Toraks Derneği 2. Mesleki Gelişim Kursu:<http://www.toraks.org.tr/eventDetail.aspx?detail=71>.
- Kaya, N. (2008). Romatoid artiritli bireyin hemşirelik tanılması. *İ.U.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 16(63): 195–199.
- Kaya, H., Acaroğlu, R. (2005). Omurilik yaralanması olan hastalarda hemşirelik bakımı ve eğitimin bağımlılık-bağımsızlık ve öz-bakım gücü üzerine etkisi. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, **15(1)**: 57.
- Kaya, N., Babadağ, K. (Ed.), Aştı, T. A. (Ed). (2008). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: Tıp Kitabevi.
- Kaya, N., Babadağ, K., Kaçar, G.Y., Uygur, E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **3(3)**: 25-26.
- Kaya, N., Kaya, H. (2009). Nöroonkoloji hastasının hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2(1)**: 65-73.
- Keleş, E., Çepni, S. (2006). Beyin ve Öğrenme. *Türk Fen Eğitimi Dergisi*, **3(2)**:67.
- Keskin, K. K. (2008). *Akut beyin hasarlı olgularda eş zamanlı Bispektral İndeks ve Glasgow Koma Skalası karşılaştırılması*. Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi II. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Koç, A. (2012). İnme’de günlük yaşam aktiviteleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, **10**: 4.

- Köşgeroğlu, N., Boğa, S. M. (2011). Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (YADHM)'ne göre zihinsel engelli bireylerin sorunları ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **4(1)**: 150-152.
- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M. C., Demir, A. (2011). Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniv Tıp Derg*, **27(3)**: 150.
- Kutlu, A. K., Dıramalı, A., Temiz, C., Onur, E., Miskioğlu, M. (2011). Yatağa Bağlı Hastalarda Egzersizin Kan Değerleri Ve Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi Journal Of Ege University School Of Nursing*, **25**:26-28.
- Küçükgülü, Ö., Esen, A., & Yener, G. (2009). Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*, **26(1)**: 61-71.
- Leigh K. *Communicating with unconscious patients. Nurs Times* 2001; 97: 35-6.
- Lindsay, K., Bone, I., Callander, R. (2000). *Resimli Açıklamaları İle Nöroloji Ve Nöroşirurji: Koma Ve Bilinç Düzeyi Bozukluğu*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Link, G., Hepburn, K. (2015). Caregiver Stress. Erişim 11,04,2016. <https://www.womenshealth.gov/files/documents/caregiver-fact-sheet.pdf>
- Malak, A. (2007). *Beyin tümörlü hastalarda danışmanlığın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerine ve bakım sonuçlarına etkisi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- Malak, A., Dıramalı, A., Yücesoy, K. (2010). Danışmanlık Verilen Beyin Tümörlü Hastaların Bazı Bakım Sonuçları: Ağrı, Epileptik Nöbet, Konstipasyon, Enfeksiyon, Sevk Durumları. *Nobel Medicus*, **6(2)**: 25-30.
- Malak, A., T., Dicle, A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirurji Dergisi*. **18(2)**:120-121.
- Manskow, U. S., Sigurdardottir, S., Røe, C., Andelic, N., Skandsen, T., Damsgård, E., Elmstahl, S., Anke, A. (2015). Factors affecting caregiver burden 1 year after severe traumatic brain injury: A prospective nationwide multicenter study. *The Journal of head trauma rehabilitation*, **30(6)**, 413-421.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., Sleight, J. W. (1998). Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, **12(3)**, 227-237.
- Marsh, N., V., Kersel, D., A., Havill, J., H., Sleight, J., W. (2002). Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, **24(4)**:434-438.

- Mcilvoy, L. (2012). Fever management in patients with brain injury. *AACN Advanced Critical Care*, **23(2)**: 204-211.
- Mert, S. (2010). *Zihinsel engelli bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne göre bakım gereksinimlerinin karşılanmasında aileler ile işbirliğinin değerlendirilmesi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Metin, Z. G., Özdemir, L. (2015). Yoğun Bakımda Enteral Pompa ile Beslenen Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2(2)**:21-22.
- Middleton, P.M. (2012). Practical use of the Glasgow Coma Scale; a comprehensive narrative review of GCS methodology. *Australasian Emergency Nursing Journal*, **15(3)**: 170-182.
- Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., Kars Fertelli, T. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, **4(3)**: 127-129.
- Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., Kars Fertelli, T. (2013). Dâhili kliniklerde yatan bireylerin düşme riski ve alınan önlemlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **12(1)**: 27-31.
- Muz, G., Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *BSBD*, **2(1)**: 16.
- NAC. (2009). *Caregiving in the U.S. 2009*. Erişim: 30,07,2017. http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf.
- Orak, O. S., Sezgin, S. (2015). Kansere Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, **6(1)**: 34.
- Osman, A., Barrios, F.X., Gutierrez, P.M., Williams, J.E., Bailey, J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *Journal of clinical psychology*, **64(1)**: 84.
- Ökten, A. I., Gezercan, Y., Ergun, R. (2006). Traumatic subarachnoid hemorrhage: a prospective study of 58 cases. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, **12(2)**: 109.
- Ökten, A. İ., Adam, M., Gezercan, Y., Çapraz, M., Kayacan, M., Kavuncu, Kınalı, S., Bşar, N., İ., Ergün, R. (2006). Sivil Spinal Ateşli Silah Yaralanmaları. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, **16(3)**: 189.
- Ölüm nedeni istatistikleri, 2016. (2017). *Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016*, Erişim:01,05,2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572#>.
- Özbaşaran, F., Ergül, Ş., Temel, A.B., Aslan, G.G., Çoban, A. (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, **20**: 3102.

- Özdemir, F. K., Şahin, Z. A., Küçük, D. (2009). Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, **26**: 153-157.
- Özdemir, O., Samut, G., Esen, E., İnancı, F., HaşcelikDere, Z. (2015). Travmatik Beyin Yaralanması ve Beyin Tümörü Olan Hastalarda Yatarak Rehabilitasyon Sonrası Fonksiyonel Sonuçların Karşılaştırılması. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, **18(1)**: 27.
- Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Kurukız, S. (2012). Hastaların iki ölçeğe göre düşme riskinin belirlenmesi ve bu ölçeklerin düşmeyi belirlemedeki duyarlılığı: Pilot Çalışma. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, **15(2)**:81-84.
- Özel, B. (2014). Bası yarası olan hastaların yönetimi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. **23(3)**: 493-502.
- Özer, N., Hacıaloğlu, N., Akyıl, R. Ç., Akpınar, R. (2006). Hastaların kendilerini bakım veren yakınlarına yük olarak hissetme durumları. *Atatürk Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9(4)**: 34-36.
- Özer, S., Argon, G., Gürgün, C. (2010). ST segment yükselmesi olmayan akut koroner sendromlarda vücut sıcaklığı değişikliklerinin hasta sonuçlarına etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **26 (1)** : 40-41.
- Özlu, Z. K., Yayla, A., Özer, N., Gümüş, K., Erdağı, S., Kaya, Z. (2015). Cerrahi Hastalarda Düşme Riski. *Kafkas J Med Sci*, **5(3)**: 94-98.
- Öztekin, S.D. (Ed.). (2015). *Nöroşirurji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, A. (2008). *Ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde yatan kadın hastaların osteoporoz bilgi düzeyi ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Özyurt, Y., Erkal, K.H., Yıldırım, M., Arıkan, Z. (2000). Total enteral beslenme. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, **11(3)**: 950-951.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of advanced nursing*, **58(5)**: 446-447.
- Paradise, M., McCade, D., Hickie, I. B., Diamond, K., Lewis, S. J., Naismith, S. L. (2015). Caregiver burden in mild cognitive impairment. *Aging & mental health*, **19(1)**, 72-77.
- Petruzzi, A., Finocchiaro, C. Y., Lamperti, E., Salmaggi, A. (2013). Living with a brain tumor. *Supportive Care in Cancer*, **21(4)**: 1106-1110.
- Pınar, Ş. E., Tel, H. (2012). Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, **3(2)**:86-90.

- Pinquart, M., Sørensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **62(2)**: 126-127.
- Pirat, A. (2007). Kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası nörolojik hasarlı hastalarda yoğun bakım. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **5(1)** : 18-20.
- Pour, H. A., (2012). Ameliyat Sonrası Ateş Ve Hemşirelik Bakımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, **1(4)**: 311-314.
- Pürlüsoy, G., Sunay, D., Şengezer, T., Yalcıntaş, A. (2011). Diyaliz hastalarının bakıcılarında bakım yükü ve depresyon. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **15(1)**:19-22.
- Reith, F. C., Van den Brande, R., Synnot, A., Gruen, R., Maas, A. I. (2016). The reliability of the Glasgow Coma Scale: a systematic review. *Intensive care medicine*, **42(1)**: 4.
- Reuter, O. (2011). *Who cares for the caregiver? How are the needs of caregivers of primary malignant brain tumour patients met through structured neuro-oncology programs in Canadian Centres?*. Manitoba Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Winnipeg.
- Robison, J., Fortinsky, R., Kleppinger, A., Shugrue, N., & Porter, M. (2009). A broader view of family caregiving: effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work, and social isolation. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **64(6)**: 788-794.
- Roper–Logan–Tierney model of nursing. (13 April 2013). Erişim 28.10.2013, http://en.wikipedia.org/wiki/Roper%E2%80%93Logan%E2%80%93Tierney_model_of_nursing
- Sadiyeva, G. (2004). Beyin hasarı geçiren türk hastaların dil bozukluklarının dilbilim açısından incelenmesi. *Bilig.* **31**: 219-220.
- Sağlam, M., Özüdoğru, O. F., Çıray, F. (2011). Avrupa Birliği eğitim politikaları ve Türk Eğitim Sistemi'ne etkileri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, **8(1)**: 92.
- Salihoğlu, Z. (2007). Management of Unconscious Patient. *Medical Journal of Bakirköy*, **3(1)**: 2-3.
- Salottolo, K., Carrick, M., Levy, A. S., Morgan, B. C., Mains, C. W., Slone, D. S., Bar-Or, D. (2016). Aggressive operative neurosurgical management in patients with extra-axial mass lesion and Glasgow Coma Scale of 3 is associated with survival benefit: A propensity matched analysis. *Injury*, **47(1)**: 70-71.
- Sanchez, D., Rolls, K., Smith, G., Piper, A. (2014). Non-invasive Ventilation Guidelines for Adult Patients with Acute Respiratory Failure. Erişim:18,11,2016,

https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/239740/ACI14_Man_NIV_1-2.pdf

- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of life research*, 12: 38.
- Sarı, D., Eşer, İ., Khorshid, L. (2010). Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **26 (1)**: 3-9.
- Sarıtaş, S. Ç., Bayır, K., Sarıtaş, S., Ucuzal, M. (2014). Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, **2(1)**: 20-23.
- Savcı, C., Kaya, H., Acaroğlu, R., Kaya, N., Bilir, A., Kahraman, H., Gökerler, N. (2009). Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2(3)**: 22.
- Schubart, J.R., Kinzie, M.B., Farace, E. (2008). Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro Oncol*, **10**: 62.
- Schulz, R., Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *jama*, 282(23):2218.
- Seçim, H. (Ed.). (1996). *Hemşirelik Esasları*. Anadolu Üniversitesi Yayınları. http://hedefaof.com/documents/Ders_kitaplari/hem101u.pdf
- Selçuk, K. T., Avcı, D. (2016). Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, **7(1)**: 2.
- Selen, F., Kav, S. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **16(1)**: 16-21.
- Sepit, D. (2005). Bilinç durumunun değerlendirilmesi ve Glasgow Koma Skalası. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **2(1)**: 13-14.
- Ünal, A., Seren, Ş. (2010). Hastanelerde çalışan hemşirelerin hemşirelik dışı birimlerde istihdamı ve nedenlerinin incelenmesi. *DEUHYO ED*, **3(1)**: 23-24.
- Signh, N. (2015). Burden and Perceptions Associated with Epilepsy: Caregivers' Perspectives. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*, **1(1)**: 9-11.
- Siebert, R. J., Jackson, D. M., Tennant, A., Turner-Stokes, L. (2010). Factor analysis and Rasch analysis of the Zarit Burden Interview for acquired brain injury carer research. *Journal of Rehabilitation Medicine*, **42(4)**, 308-309.
- Sinir Sistemi Hastalıkları ve Bakımı. (2011). *Santral Sinir Sistemi Hastalıkları*. Erişim 24.07.2012.

http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sinir%20Sistemi%20Hastaliklari%20Ve%20Bakim.pdf

Siva, A. (1997). *Komali Hastaya Yaklaşım*. Erişim 24.07.2012.

<http://194.27.141.99/stek/pdfs/03/0310as.pdf>

Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, **13(2)**: 299-300.

Sreeja, I., Sandhya, G., Rakesh, L., Singh, M. (2008). Comparison Of Burden Between Family Caregivers Of Patients Having Schizophrenia And Epilepsy. *The Internet Journal of Epidemiology*, **6(2)**: 1-4.

Stagg, B., & Larner, A. J. (2015). Zarit Burden Interview: pragmatic study in a dedicated cognitive function clinic. *Progress in Neurology and Psychiatry*, **19(4)**: 23-24.

Şahin, A. O. (2006). *Hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışma*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Şahin, Z. A., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, **12(2)**:4.

Şahin, Z.A. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOA) Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü ve Depresyon Düzeyleri Bakım Yüğü ve Depresyon. *Araştırma Tıp Araştırmaları Dergisi*, **12(3)**: 114-117.

Şahin, A.,D., Üstü, Y., Işık, D., Öztaş, D., Eray, İ.,K.,Uğurlu, M. (2015). Serebrovasküler Hastalık Geçiren Hastaların Demografik Özellikleri ve Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinde Önlenebilir Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, **15(4)**: 198.

Şenel, F. (2003). Beynin gizemi. *Bilim ve Teknik Dergisi*. Eylül. 2-4.

Şimşek, A.B., Dicle, A. (2013). Primer Beyin Tümörü: Klinik Özellikler, Tedavi ve Bakım. *DEUHYO ED*, **6(2)**: 112.

Taşdelen, P., Ateş, M.(2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **9(3)**:25-27.

Taşdemir, N. Erişim 24.07.2012. Bilinç bozuklukları ve koma muayenesi. <http://www.dicle.edu.tr/Contents/b44758f1-453b-4cbf-9196-0d7959bdb03c.pdf>.

TDK (2006, Eylül). Güncel Türkçe Sözlük. Erişim 21.10.2013, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.539c539dbeb0a4.50221515

Tel, H., Demirkol, D., Kara, S., Aydın, D. (2012). KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesi. *Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal*, **13(3)**: 89.

Terakye, G. (1994). *Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri*. Ankara. Aydoğdu Ofset.

Terzi, B, Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, **1**: 21-24.

Terzioğlu, F., Alan H. (2015). Jinekolojik Kanseri Tedavisi Sırasında Yaşanan Psikolojik Sorunların Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **(18:2)**: 140-143.

Tew, E. H., Naismith, S. L., Pereira, M., Lewis, S. J. (2013). *Quality of life in Parkinson's disease caregivers: the contribution of personality traits*. BioMed research international, Volume 2013;1-2.

Topçu, S., Bölüktaş, R. P. (2012). İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, **29(3)**: 160.

Topuzoğlu, A., Hıdıroğlu, S., Önsüz, F., Polat, G. (2011). İstanbul'da bir birinci basamak sağlık kuruluşunda kronik hastalıklardan korunmada kaçırılmış fırsatlar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **10(6)**, 665.

Travmatik Beyin Hasarı. (2012). Erişim: 24.11.2013, <http://www.dilkom.anadolu.edu.tr/travmatikbeyinhasari.php>

Tsang, H. W. H., Pearson, V., Yuen, C. H. (2002). Family needs and burdens of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research*, **25(1)**: 26.

Tuna, M.(2010). *İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarındaki görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolü*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tuna, M., Olgun, N. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 42-51.

Tunalı, Y.(2008). Nörolojik hastalıklarda noninvaziv ventilasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **6(3)**: 53-54.

Turan, N., Aştı, T. A. (2015). Konstipasyon Yönetiminde Abdominal Masajın Önemi. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, **18(2)**: 148.

- Turan, N., Aştı, T. A., Kaya, N. (2017). Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Konstipasyon ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* **14(1)**: 73-77.
- Turan, N., Öztürk, A., Kaya, H., Atabek Aştı, T. (2011). Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **4(1)**: 168.
- Türkay, C., Aydoğan, T., Özden, A. (2005). Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, **9(1)**: 48-49.
- Türkmen, Ç. (2005). *Akut iskemik inmede yutma değerlendirmesi*, Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Uğur, Ö. (2006). *Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- Uysal, N. (Ed.), Çakırcalı, E. (Ed.). (2015). *Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları, 7. Baskıdan Çeviri*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Uzan, M. (Ed.). (2010). *Nöroşirürji Ders Kitabı*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- Uzuner, E. (Ed.), Kutluk, K. (Ed.), Balkan, S. (Ed.). (2014). *İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu V. Hemorajik İnme Tanısı*. İstanbul: Cortex İletişim Hizmetleri A.Ş.
- Ünal, B. (Ed.), Ergör, G. (Ed.). (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara: Anıl Matbaa.
- Walker, M.C., O'Brien, M.O.(1999). Neurological examination of the unconscious patient. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, **92**: 353-355.
- Watson, R. (2013). Nursing research in the 21st century, *Journal of Health Specialties*. **1(1)**: 15-17.
- Yacı, Ö. (2011). *Çeşitli evrelerdeki alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarındaki bakıcı yükü ve depresyonun karşılaştırılması*. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Yalçın, N. Aştı, T. (2011). Hemşire- hasta etkileşimi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* **19(1)**: 54-55.
- Yıldırım, S., Engin, E., Başkaya, V. A. (2013). İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, **50(2)**: 170-173.
- Yılmaz, M., Okyay, N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **3**: 49-50.
- Yüceer, S., Bulut, H. (2010). Beyin cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi*, **37(4)**: 368-373.

- Yücel, Ş. (2011). Bilinci kapalı hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada hemşirenin rolü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **4(1)**: 174-178.
- Vicdan, A. K., Karabacak, B. G., & Alpar, Ş. E. (2015). Classification of 2012-2014 NANDA-I nursing diagnostics using the Nursing Model Based on Activities of Living 2012-2014 NANDA-I hemşirelik tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline göre sınıflandırılması. *Journal of Human Sciences*, **12(2)**, 1627-1629.
- Zarghi, A., Zali, A., Tehranidost, M., Zarindast, M. R., Ashrafi, F., Khodadadi, M. (2011). Comparative assessment of neuro-cognitive impairments among patients with brain tumor and healthy adults. *Turkish neurosurgery*, **22(3)**, 310-312.
- Zarghi, A., Zali, A., Tehranidost, M., Zarindast, M., Ashrafi, F. (2013). Cognitive and Mental Changes in Patients with Brain Tumor after Surgery. *Global Journal of Surgery*, **1(3)**, 37-49.
- Zaybak, A., Güneş, Ü.Y. (2009). Yatağa bağımlı hastalarda yatak banyosunun yaşam bulgularına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12(4)**: 91-92.
- Zaybak, A., Güneş, Ü., İsmailoğlu, E.G., Ülker, E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15(1)**: 49.
- Zor, N., Taşkaplıoğlu, M.Ö., Bekar, A., Korfaı, E. (2011). Kranial Ameliyatlarda Saç Kesilmesinin Hastalar Üzerindeki Etkileri. *Türk Nöroşirürji Derneği, 25. Bilimsel Kongresi, Nöroşirürji Hemşireliği Sözlü Sunumlar*. Erişim: 19,08,2014. http://norosirurji.dergisi.org/pdf/pdf_TND_762.pdf

FORMLAR

EK 1:

HASTA VE HASTA YAKINI TANITIM FORMU

Anket No:

Hasta;

- 1) Cinsiyet Kadın () Erkek ()
- 2) Yaş
- 3) Çalışma Durumu
 - a. Çalışıyor Mesleği.....
 - b. Çalışmıyor Nedeni.....
- 4) Sağlık Güvencesi
 - a. Var
 - b. Yok
- 5) Hastaneye Yatış Süresi :.....
- 6) Hasta Bulunan Sağlık Problemleri
 - a. Kronik Hastalıklar () DM () HT () Epilepsi ()Kanser ()Diğer
 - b. Denge Problemi
 - c. Yutma Güçlüğü
 - d. Konuşamama
 - e. Hemipleji/Hemiparazi
 - f. Anlama Zorluğu
 - g. Bilinç Bulanıklığı Veya Kişilik Değişikliği

Hasta Yakını;

1. Cinsiyet Kadın () Erkek ()
2. Yaş
3. Eğitimi
 - a. Okur- Yazar Değil
 - b. İlköğretim
 - c. Lise
 - d. Üniversite
 - e. Lisansüstü
4. Medeni Durum () Evli () Bekâr ()Dul
5. Çocuk sayısı.....
6. Çalışma Durumu
 - a. Çalışıyor Mesleği.....
 - b. Çalışmıyor Nedeni.....
7. Hasta ile yakınlığı () Baba () Anne () Eş () Çocuk () Diğer....
8. Gelir durumunuz
 - a. Gelir giderden fazla
 - b. Gelir gidere eşit
 - c. Gelir giderden az
9. Tedavi masraflarını karşılamakta sorun yaşıyor musunuz?
 - a. Evet çözümünüz.....
 - b. Hayır
10. Kronik Hastalığınız var mı?
 - a. Evet () DM () HT () Epilepsi ()Kanser ()Diğer

- b. Hayır
11. Yaşadığınız bu hastalık ve tedavi sürecinde sağlığınızın etkilendiğini düşünüyor musunuz?
- a. Evet
b. Hayır
12. Soruya yanıtınız evet ise sağlığınız ile ilgili yaşadığınız sorunlar nelerdir?
- a. Yorgunluk ve bitkinlik hissi
b. Enerji kaybı
c. Sık baş ağrıları
d. Uyku bozuklukları
e. Kilo kaybı
f. Sabırsızlık
g. Çabuk öfkelenme
h. Eleştiriye aşırı duyarlılık
i. Karar vermede güçlük
j. Hatalar yapma
k. Bazı şeyleri erteleme
l. İşte ve iş dışındaki ilişkilerde bozulma
13. Hasta bakımına ilişkin deneyiminiz var mı?
- a. Evet
b. Hayır
14. Hastaya bakım verilen gün sayısı:.....
15. Gün içerisinde hastaya bakım verdiğiniz süre
- a. Günü bütün saati
b. Çalışmadığım zamanlar
c. Vakit buldukça
d. 08-20 saatleri arasında
e. 20-08 saatleri arasında
16. Hastanıza verdiğiniz bakım nedeniyle iş yaşamınızın ve aile hayatınızın olumsuz olarak etkilendiğini düşünüyor musunuz?
- a. Evet
b. Hayır
17. Hastanızın bakımı konusunda yardım alıyor musunuz?
- a. Evet
() Maddi Yardım () Psikolojik Destek () Bakım Desteği () Sosyal destek () Diğer
b. Hayır
18. Hastanızın bakımda zorluk çektiğiniz durumlar var mı?
- a. Evet
i. Güvenli ortam sağlama ve sürdürme
ii. Beslenme
iii. Boşaltım
iv. Temizlik ve banyo
v. Giyinme
vi. Hareket ettirme
vii. İletişim
viii. Diğer
b. Hayır
19. Hastaya bakım verme konusunda bilginiz var mı?
- a. Evet, () yeterli () kısmen yeterli () yetersiz
b. Hayır

EK 2:

GLASGOW KOMA SKORU	ANKET NO:
GÖZ AÇMA	
Spontan olarak	4
Sesli uyarma ile	3
Ağrılı uyarma ile	2
Yok	1
KONUŞMA DURUMU	
Anlamlı	5
Konfüzyonlu	4
Anlamsız kelimeler	3
Anlamsız sesler	2
Yok	1
ALINAN EN İYİ MOTOR CEVAP	
Emirlere uyar	6
Ağrıyı lokalize eder	5
Ağrıya normal fleksör cevap (süratle çekme)	4
Ağrıya anormal fleksör cevap (yavaş distonik)	3
Ağrıya ekstansör cevap	2
Yok	1

EK 3:

ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
1. Hastanızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Hastanıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Hastanıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Hastanızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Hastanızın yanındayken kendinizi kızgın veya gergin hissediyor musunuz?					
6. Hastanızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin hastanıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Hastanızın size tamamen bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Hastanızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
10. Hastanızdan dolayı özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?					
11. Hastanıza verdiğiniz bakım nedeniyle sosyal yaşamınızın etkilediğini düşünüyor musunuz?					
12. Hastanızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
13. Hastanızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
14. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın hastanızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
15. Hastanıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
16. Hastanızdan dolayı yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
17. Hastanızın bakımını bir başkasının					

üstlenmesini ister miydiniz?					
18.Hastanız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
19.Hastanız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
20.Hastanızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
21.Hastanıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

EK 4:

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

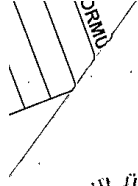
Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, 4 cümle arasından size en uygun ifadeyi bulup işaretleyiniz.

1.
 - a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
 - b) Kendimi üzgün hissediyorum.
 - c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
 - d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.
 - a) Gelecekte umutsuz değilim.
 - b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
 - c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3.
 - a) Kendimi başarısız görmüyorum.
 - b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
 - c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
 - d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4.
 - a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
 - b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
 - c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
 - d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5.
 - a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
 - b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
 - c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
 - d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6.
 - a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
 - b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
 - c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
 - d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7.
 - a) Kendimden hoşnudum.

- b) Kendimden pek hoşnut değilim.
 - c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
 - d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8.
- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
 - b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
 - c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
 - d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9.
- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 - b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
 - c) Kendimi öldürmeyi isterdim.
 - d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10.
- a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
 - b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
 - c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
 - d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 11.
- a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
 - b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
 - c) Çoğu zaman sinirliyim.
 - d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
- 12.
- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
 - b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
 - c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 - d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13.
- a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
 - b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
 - c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
 - d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14.
- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
 - b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.

- c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
- d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15.
- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
- c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16.
- a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
- b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
- c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
- d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17.
- a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
- c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
- d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
- 18.
- a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
- b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
- d) Artık hiç iştahım yok.
- 19.
- a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
- c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
- d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
- 20.
- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
- c) Ağrı, sızı gibi sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21.
- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
- d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 5 :ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı :B.30.2.İST.0.Y4.72.00/ 62/
Konu :

T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI
Sayı: 14283
Gönderildiği Tarih: 19 Nisan 2012

20.03.2012

A-30

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Fakültemiz Öğretim Üyelerinden Prof.Dr.Türkinaz Atabek Aştı'nın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden **Sade Akbal**'ın "Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarındaki Bakım Yüğü" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını uygulayabilmesi için Fakülteniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli iznin verilmesi hususunda, bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.Sevim BUZLU
Dekan Yardımcısı

EK 6:



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI



Sayı: B.30.2.İST.0.30.10.03/520

Tarih: 18.04.2012

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Etik Kurul Başkanlığı'na

Florance Nigtingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Türkinaz AŞTİ'nin danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Sade
AKBAL'ın yürüteceği "Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü" başlıklı
yüksek lisans tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapmasının uygun olduğunu bilgilerinize
saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Halil AK
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkan V.

4

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

BİLİNÇSİZ HASTAYA BAKIM VEREN HASTA YAKINLARINDAKİ
BAKIM YÜKÜ

ORJİNALLIK RAPORU

%10

BENZERLİK ENDEKSİ

%8

İNTERNET
KAYNAKLARI

%5

YAYINLAR

%3

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
2	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
3	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
4	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	issuu.com İnternet Kaynağı	<%1
7	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
8	www.slideserve.com İnternet Kaynağı	<%1