



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN ÖZ BAKIM
YÖNETİMİ İLE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN
BAKIM YÜKÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çiğdem CANDAN

Şubat 2021
DENİZLİ

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN ÖZ BAKIM YÖNETİMİ
İLE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**HALKSAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Çiğdem CANDAN

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

Denizli, 2021

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Çiğdem Candan

İmza:

ÖZET

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN ÖZ BAKIM YÖNETİMİ İLE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çiğdem CANDAN

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

Şubat 2021, 92 Sayfa

Bu araştırma kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini Burdur Devlet Hastanesi dahili birimlerinde, Ekim 2018 ile Eylül 2019 tarihleri arasında yatan, kronik hastalığı olan 235 hasta ve bakım veren aile üyeleri oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Hastaya Ait Tanıtıcı Bilgi Formu, Barthel İndeksi ve Bakım Verene Ait Tanıtıcı Bilgi Formu, Kronik Hastalıklarda Öz bakım yönetimi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı bulgular ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum, dağılım aralığı çeyrekler arası aralık ve Cronbach Alfa testi ile değerlendirilmiştir. İki grup arasındaki farklılıklar Mann Whitney U testi ile üç ve daha fazla grup karşılaştırması ise Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin ortalaması 114.38 ± 19.48 , öz koruma alt boyutunun ortalaması 67.99 ± 12.60 , sosyal koruma alt boyutunun ortalaması ise 46.38 ± 10.33 'tür. Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması 31.74 ± 14.95 olarak bulunmuştur. Hastanın öz koruma, sosyal koruma ve genel Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puanları ile bakım veren bireyin bakım yükü puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında öz koruma ve genel Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ile ilişki bulunmazken ($p > 0.05$) sosyal koruma ile pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Bakım yükünü önlemeye yönelik girişimler planlanırken, hasta ve bakım verenin özellikleri göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalıklar, öz bakım yönetimi, bakım veren, bakım yükü

ABSTRACT**THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF CARE MANAGEMENT OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASE AND CAREGIVER BURDEN OF FAMILY MEMBERS**

CANDAN, Çiğdem

Master Thesis, Department of Public Health Nursing

Supervisor: Assist. Prof. Fadime Hatice İNCİ

February 2021, 92 Pages

This study was conducted to determine the relationship between the self care management of patients with chronic disease and the caregiver burden of family member. This cross-sectional and correlational study was carried out in a university hospital in Denizli, Turkey. The sample have been chosen from the patients and their family-member caregivers who hospitalized in Burdur Public Hospital between October 2018 and September 2019. Data were collected using Patient Information Form, the Barthel Index, Caregiver Information Form, The Self-Care Management Scale in Chronic Illness and The Burden Interview. All collected data has been analyzed via SPSS 25 statistics software tool. In the analysis of descriptive data, number, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum, range, interquartile range were used. In determining the difference between the groups in terms of dependent variables, Mann Whitney U and, Kruskal Wallis Test were used. Spearman Correlation Coefficient was used to define relation between continuous variables. Level of Statistical Significance is assumed as $p < 0.05$. The mean scores of The Self-Care Management Scale in Chronic Illness were 114.38 ± 19.48 , the mean of Self-Protection Subscale was 67.99 ± 12.60 , the mean of Social-Protection Subscale was 46.38 ± 10.33 . Burden Interview mean was found as 31.74 ± 14.95 in scope of the study. The burden Interview has no any relation with self-protection as well as The Self-Care Management Scale in Chronic Illness ($p > 0.05$). There was a statistically significant weak and positive relationship between social-protection and the caregiver burden of family members ($r = -0.399$, $p < 0.01$). It is recommended to consider the characteristics of the patient and the caregiver while planning the interventions to prevent caregiver burden.

Keywords: Self care management, chronic disease, caregivers, caregiver burden, family member

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince tecrübelerinden yararlandığım, desteklerini, özverilerini ve bilgilerini esirgemeyen tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan güler yüzlü içten yaklaşımıyla desteğini hissettiren Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Korkmaz ASLAN'a, Doç. Dr. Asiye KARTAL'a ve Doç. Dr. İlgün Özen ÇINAR'a,

Tez çalışmam sürecinde yardımlarını esirgemeyen tüm klinik çalışma arkadaşlarım ve sorumlu hemşirem Emine AKÇAY'a, katkıda bulunan hastalarım, beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca her koşulda yanımda olan canım ailem, sevgili eşim Barış CANDAN ve çocukluk arkadaşım Ceren AVCI YAĞCI'ya,

En güzel duyguları yaşamama sebep olan canım kızım Asya CANDAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Çiğdem CANDAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	iv
TABLOLAR DİZİNİ	vii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1 Amaç.....	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	4
2.1 Kronik Hastalıklar.....	4
2.1.1 Kronik Hastalık Tanımı ve Önemi.....	4
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Kronik Hastalıklar.....	6
2.1.3. Kronik Hastalıkların Risk Faktörleri.....	7
2.1.4. Kronik Hastalıklarda Halk Sağlığı Hemşireliğinin Rolü.....	10
2.2. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi.....	11
2.2.1. Tanımı.....	11
2.2.2. Kronik Hastalıklarda Öz Bakımı Etkileyen Faktörler.....	13
2.3. Bakım Verme ve Bakım Yükü.....	14
2.3.1. Bakım Verme.....	14
2.3.2. Bakım Yükü Tanımı.....	15
2.3.3. Bakım Vermenin Sonuçları.....	16
2.3.4. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler.....	17
2.3.5. Bakım Yükünü Önlemede Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	18
2.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	21
3.5. Veri Toplama Araçları	21

3.5.1. Hastaya Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu	22
3.5.2. Barthel İndeksi	22
3.5.3. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği	22
3.5.4. Bakım Verene Ait Tanıtıcı Bilgi Formu	23
3.5.5. Bakım Verme Yükü Ölçeği	23
3.6. Verilerin Toplanması	23
3.7. Verilerin İstatiksel Analizi	24
3.8. Etik Konular.....	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
3.10. Araştırmanın Süresi.....	25
4.BULGULAR	26
4.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanımlayıcı Özellikleri	26
4.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi.....	30
4.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü.....	37
4.4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Günlük Yaşam Aktivitesi İle Bakım Yükü Arasındaki İlişki.....	44
5.TARTIŞMA	46
5.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	46
5.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetiminin İncelenmesi..	48
5.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün İncelenmesi.....	52
5.4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Günlük Yaşam Aktivitesi İle Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
7. KAYNAKLAR	60
8. ÖZGEÇMİŞ	69
9. EKLER	
Ek-1 Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu	
Ek-2 Barthel İndeksi	
Ek-3 Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği	
Ek-4 Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu	

Ek-5 Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Ek-6 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzini

Ek-7 Burdur Kamu Hastaneleri Birliği İzni

Ek-8 Barthel Ölçeğinin Kullanım İzni

Ek-9 Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeğini Kullanım İzni

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1 Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	25
Tablo 4.1 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	27
Tablo 4.2 Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanımlayıcı Özellikleri.....	29
Tablo 4.3 Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Tanımlayıcı Bulguları.....	30
Tablo 4.4 Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeğinin Normal Dağılımına İlişkin Bulgular.....	31
Tablo 4.5 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Puan Dağılımları.....	32
Tablo 4.6 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Türü, Hastalık Süresi ve Günlük Yaşam Aktivitesi Değişkenlerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Puan Dağılımı.....	36
Tablo 4.7 Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Tanımlayıcı Bulguları.....	37
Tablo 4.8 Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Normal Dağılımına İlişkin Bulgular.	38
Tablo 4.9 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Yükü Puan Dağılımları	39
Tablo 4.10 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Türü, Hastalık Süresi ve Günlük Yaşam Aktivitesi Değişkenlerine Göre Bakım Yükü Puan Dağılımı.....	40
Tablo 4.11 Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Yükü Puan Dağılımı	42
Tablo 4.12 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitesi ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ile Bakım Yükü Arasındaki İlişki.....	44

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KHÖBY.....	Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi
GYA.....	Günlük Yaşam Aktiviteleri
CCI.....	Kronik Hastalıklar Komisyonu (Commission on Chronic Illness)
IEA.....	Uluslararası Epidemiyoloji Derneğinin
NCHS.....	ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi
NCCDPHP.....	ABD Ulusal Kronik Hastalıkları Önleme ve Sağlığı Geliştirme Merkezi
KOAH.....	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları
WHO.....	Dünya Sağlık Örgütü
BOH.....	Bulaşıcı Olmayan Hastalık
GBD.....	Global Burden of Disease
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
STEPS.....	Sürveyans için STEP wise Yaklaşımı

1. GİRİŞ

Demografik ve epidemiyolojik değişiklikler, hızlı kentleşme, modernleşme, küreselleşme ve risk faktörlerinde ve yaşam tarzlarında eşlik eden değişiklikler, kronik hastalıkların artmasına yol açmıştır (Suzman vd 2015). Kronik hastalıklar, dünyadaki ölüm sebeplerinin en önünde yer almakta ve sağlık için yapılan harcamalar en çok kronik hastalıkların iyileştirilmesine aktarılmaktadır. Mortalitenin azaltılması için kronik hastalıkların iyi yönetilmesi önemlidir, ancak hastalar genellikle tıbbi bakıma katılmamakta ve katılmaya da yönelmemektedirler. Hastalık idaresinde rol alan hastalar, daha iyi öz bakım tutumu sunmakta ve daha memnun edici sağlık çıktıları elde etmektedir. Kronik hastalığa sahip olan kimselerde tedaviye aktif katılımı önemlidir; hastaların tedavi gerekliliklerine uymaları, mevcut sağlık durumlarının farkında olmaları, günlük alışkanlıklarında değişikliğe açık olmaları ve etkin bir rolde olmaları gerekir (Koşar ve Besen 2015).

Kronik hastalıklarla mücadelede; tüm basamaklarda verilen koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin temelinde, tedavi ve bakım yönetimi, ortak bir yaklaşım ve eşgüdüm gerektirir (Hançerlioğlu vd 2018). Kronik hastalık tanılı bireylerin var olan veya sonradan gelişebilecek sorunlarının çözülmesinde, hastalıkları ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlamaları büyük önem taşımaktadır. Kronik hastalık tanısı nedeniyle daha önce hastanede tedavi gören bireyler, tedaviye ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlayamama gibi sebeplerle sık sık hastaneye yatmaktadırlar (Ünsar vd 2006). Bu uyum sağlama durumu ancak hastaların öz bakımlarının artırılması ile, öz bakımlarının artırılması da; öz bakımlarını yönetebilmeleri ile mümkündür (Hançerlioğlu vd 2018). Kronik hastalıklarda öz bakım tutumları incelendiğinde; tedavinin adımlarını takip etme, uygun beslenme şekli geliştirme, hastalığa göre hayatını düzenleyebilmeyi kapsar. Öz bakım yeterliliği yüksek olan kimse, öz bakım ihtiyaçlarını uygun bir şekilde karşılayabilecek, kendi sıhhatinin sorumluluğunu alabilecek ve kendinden başka birine ihtiyaç duymaksızın günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'ni karşılayabilecektir (Bahar ve Parlar 2007).

Öz yönetim kronik hastalığa yönelik sorumluluk alıp, daha profesyonelce tutuma ve ona faydalı olacak sağlık davranışlarına ihtiyaç duymaktadır (Ryan ve Sawin 2009). Öz yönetimin geliştirilmesi için hasta ve ailesine sunulması gereken destek, hasta ve ailesine hastalık yönetimi becerisini kazandırma, öz bakımın sürdürülmesinde gerekli durumlarda kaynak sağlama, karar verme sürecinde hem hasta bireyi hem de aileyi ve bakım verenleri destekleme, problem çözme becerisi kazandırma ve stresli durumlara baş etme, toplumsal kaynaklara yönlendirme ve sürecin düzenli olarak tanınması gibi biyo-psiko-sosyal yaklaşımları içermektedir (Epping-Jordan vd 2004, Moroz 2007, Zwar vd 2006). Öz yönetim desteği kronik hastalıkların yönetiminin merkezinde yer almaktadır. Ayrıca öz yönetim desteği bakımdan daha iyi sonuçlar elde etmek için oldukça önemli olup, uzun verimli yararları için hasta ve profesyoneller arasında sürekli bir etkileşim ve iş birliği gerektirmektedir (Epping-Jordan vd 2004, Moroz 2007).

Kronik hastalık yönetiminin en önemli bileşenlerinden biri kendi kendine bakımdır. Öz bakım, insanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumak, psikososyal ihtiyaçlarını karşılamak ve hastalık sonrasında sağlıklarını sürdürmek amacıyla, kendileri ve aileleri için gerçekleştirdikleri öğrenilmiş ve bilinçli eylemleri içermektedir. Bu eylemler sağlık bakımı, tedavilere bağlı kalmak ve kişinin kendi vücuduna veya kendi ruhuna özen göstermesi şeklinde olabilir. Ebrahimi Belil ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcılar, düzenli tanı testleri yaparak, reçeteli ilaçları alarak ve ilaçlarını kendi sağlık durumlarına göre ayarlayarak, semptomları düzenli olarak değerlendirerek, düzenli doktor ziyaretleri yaparak ve kendi ruh sağlıklarına dikkat ederek problemlerin üstesinden geldiklerini göstermişlerdir (Ebrahimi Belil vd 2018).

Kronik hastalığı olan bireyler öz bakım, semptom yönetimi, hastalık yönetimi tedaviye uyum, sağlık hizmetine başvuru ve hastaneye yatış başta olmak üzere pek çok konuda aile bireylerinin desteğine ve bakımına gereksinim duymaktadır (Bidwell vd 2015, Kar ve Zengin 2020). Bakım verme bireyin kendisi adına eylemleri yapamayan başka bir kişi adına bütünsellik içinde yaptığı ruhsal, fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal yardımdır (Hermanns ve Mastel-Smith 2012). Kronik hastalıklar, hastanın semptomları, ruh hali ve duygusal ve fiziksel destek gereksinimlerinin meydana getirdiği etkiler nedeniyle aile üyeleri üzerinde bir yük oluşturur (Goldberg vd 2011).

Bakım vermenin aile bireylerine yönelik olumsuz etkisini tanımlamaya çalışan araştırmacılar "yük" ifadesini ortaya koymuşlardır. Literatürde "yük" bakım verenin sahip olduğu, bir başkasının ihtiyaçlarıyla ilgilenmenin sonucunda psikolojik problemler, fizyolojik sorunlar, maddi sorunlar, kişiler arası ilişkilerde sorunlar, aile arası ilişkilerin yıpranması ve başkasına bağımlı olma durumunun yarattığı stres gibi negatif yönlü öznel ve nesnel veriler olarak nitelendirilmektedir (Uğur 2006). Kronik hastalıkların yönetimi, hastalığa sahip bireyin öz yönetim becerisi kazanması amacıyla farklı eğitim öğretim

yöntemleriyle desteklenmesi gibi hastalığın tedavisinin yanı sıra pek çok yaklaşım gerektirmektedir (Haskett 2006, Beaglehole vd 2008).

İyi bir hastalık yönetimine sahip olan hastalarda hastalık semptomlarında azalma, acil servislere girişler ve hospitalizasyon oranlarında düşme, rahatsızlıkların bedensel ve ruhsal sonuçlarında azalma, bakım gereksiniminde azalma ve yaşam kalitesinde yükselme görülmektedir (Haskett 2006, Demirağ 2009). Hastanın kendi öz bakımı ve hastalık yönetiminde etkin olması, bakım verenin hasta için alacağı ek sorumlulukları azaltacaktır. Hasta için daha az sorumluluk alan bakım veren daha az bakım yükü yaşayacağı düşünülmektedir.

Bu sonuçtan yola çıkarak öz bakım yönetimi yüksek olan hastalara bakım verenlerin daha az yük yaşayacağı öngörülmektedir.

1.1. Amaç

Bu çalışmanın amacı; kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Kronik Hastalıklar

2.1.1. Kronik hastalık tanımı ve önemi

Kronik hastalıklar, normal fizyolojik işlevlerde yavaş ve ilerleyici bir bozulmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın büyük bir bölümünü kapsayan, sürekli tıbbi tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır (Akdemir ve Birol 2005). Bir başka tanımlamaya bakacak olursak kronik hastalıklar; uzun süren, bulaşıcı olmayan, kendiliğinden gerilemesi ve bütünüyle iyileşme ihtimali olmayan, fonksiyon kaybı ve sakatlığa sebep olabilen hastalıklardır (Demirağ 2009). Kronik Hastalıklar Komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) kronik hastalıkları “Genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa sebep olan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve kalıtsal faktörlerin payı olan, çoğunlukla non-enfeksiyöz yapıdaki hastalıklardır” şeklinde tanımlamışlardır (Bilir ve Subaşı 2006). Kronik hastalıklar “tam olarak tedavi olamayan ve kurtuluş göstermeyen, süreğen durumlar” olarak da nitelendirilmektedir. Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet günümüzde tüm toplumları etkileyen en önde gelen bulaşıcı olmayan hastalıkları oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2013).

Uluslararası Epidemiyoloji Derneğinin (IEA) tanımına göre ise; kronik “bir sağlık sorununun haftalar, aylar ya da yıllar boyu varlığını sürdürmesi” anlamına gelmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin (NCHS) tanımına göre de bu süre üç ayın üzerine çıkmış ise kronik adını almaktadır (Porta vd 2014). ABD Ulusal Kronik Hastalıkları Önleme ve Sağlığı Geliştirme Merkezi (NCCDPHP) tanımına göre “bir yıldan daha uzun süren, sürekli tıbbi gözetim gerektiren ve/veya günlük aktiviteleri kısıtlayan sağlık sorunları” kronik hastalık olarak nitelendirilmektedir (NCCDPHP 2020). Bu tanımların ışığında kronik hastalıkların özellikleri daha ayrıntılı olarak şu şekilde sıralanmaktadır (Huard 2018):

- Uzun süreli fiziksel, psikolojik veya bilişsel bir patolojinin bulunması,
- Sürenin aylar kadar uzun olması,

- Aşağıdaki günlük hayatı etkileyen üç durumdan en az birisinin bulunması
 - Günlük aktivitelere, sosyal olaylara katılımda fonksiyonel bir sınırlılık,
 - İlaç tedavisine, cihaz desteğine, teknolojiye veya kişi yardımına bağımlılık,
 - Psikososyal bakım veya desteğe, gözetim veya özel korunmaya ihtiyaç.

Bu özellikleri taşımaları nedeniyle kronik hastalık kategorisinde yer alan başlıca sağlık sorunlarının, kalp hastalıkları, tip-2 diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA), kanserler, inme, obezite, hipertansiyon, epilepsi, artrit, alzheimer, psoriasis, lupus, diş çürükleri ve çoklu sağlık sorunları şeklinde sıralanabileceği görülmektedir ancak; gerek görülme sıklıkları gerekse ölüme neden olmaları açısından bazıları ön plana çıkmaktadır (Hayran 2019).

Kronik hastalıklar arasında Dünya Sağlık Örgütü tarafından beş büyükler olarak adlandırılan iskemik kalp hastalıkları, tip-2 diyabet, KOA, kanser ve stroke halk sağlığı açısından bulaşıcı olmayan hastalıklar kategorisinin en önemlileridir (WHO 2011). Yılda 17.9 milyon insanın öldüğü kardiyovasküler hastalıklar kronik hastalığa bağlı ölümlerin büyük bölümünü oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıkları sırasıyla kanserler (9.0 milyon), solunum hastalıkları (3.9 milyon) ve diyabet (1.6 milyon) izlemektedir. Bu dört hastalık grubu, kronik hastalığa bağlı ölümlerin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır (WHO 2018).

Kronik/bulaşıcı olmayan hastalıklar sadece ölümlülük yönünden değil oluşturdukları hastalık yükü ve yaşam kalitesini bozmaları nedeniyle de toplumlar için önemli sorunlardır. Örneğin 2018 yılında yayımlanan küresel hastalık yükü çalışmasına göre 1990-2017 yılları arasında bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükü miktarında %41,3 azalma olmuş iken BOH (bulaşıcı olmayan hastalık) yükünde %40,1 artış olmuştur. 2017 yılında küresel düzeyde en çok hastalık yükü oluşturan beş hastalıktan üçü BOH'dur (iskemik kalp hastalığı, KOA ve stroke) (GBD 2017).

Kronik hastalıkların genel özellikleri şunlardır (Akdemir ve Birol 2005, Karadakovan ve Aslan 2011);

- Hastalığın meydana gelmesinde pek çok faktör etkili olabilir, bireyin bu faktörlere maruz kalma düzeyi ve zamanı patolojinin meydana gelmesinde önemlidir ve faktöre maruz kalma ile patolojinin var olması arasında geçen zaman çok fazla olabilir,
- Kronik hastalıklar diğer kronik hastalıklara neden olabilir,
- Bazen iyileşme döngüleri olsa da yinelenmeler hastalığı daha fazla güçleştirebilir.
- Hasta rahatsızlık belirtilerini bilerek yaşamaya mecbur durumda olduğundan kronik boyutların ve tıbbi problemlerin yönetimi dışında bedensel ve toplumsal problemlerle de baş etmesi gerekebilir,

- Hastalığın farklı aşamaları olabileceğinden, her aşamanın ayrı bedensel, ruhsal ve toplumsal problemleri ve başka iyileşme şekilleri olabilir,
- Kronik hastalıkla mücadele sıklıkla tıbbi problemlerle mücadele etmeyi gerektirir, tedavi planına bağlılık mücadelede başarılı olunmasında oldukça önemli bir yere sahiptir,
- Kronik hastalıkların hasta ve tüm ailesini pek çok yönden olumsuz etkilemektedir,
- Kronik hastalıklar tanı, tedavi ve rehabilitasyon için maddi kaynak kullanımında artışa neden olur,
- Kronik hastalıklar nedeniyle hastalar bazı şartları kabullenme ve hastalığa özgün bir hayat şekli oluşturmaya mecbur kalmaktadır.

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de kronik hastalıklar

Dünyada her yıl 41 milyon insan kronik hastalıklar yani Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Kronik hastalıklar Dünyadaki tüm ölümlerin %71’inden sorumludur. Yaş olarak bakıldığında her yıl, 30 ila 69 yaşları arasında 15 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin %85’inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO 2018). Öte yandan önceleri gelişmiş zengin ülkelerin sorunu gibi algılanan kronik hastalıkların aslında küresel bir sorun olduğu, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülke toplumları için de ciddi halk sağlığı sorunları arasında yer aldığı dikkati çekmektedir (Hayran 2019).

Kronik/bulaşıcı olmayan hastalıklar genellikle çoklu sağlık sorunları (mutimorbidite) şeklinde görülmeleridir. Yani aynı kişide birden çok kronik/bulaşıcı olmayan hastalık bir arada bulunabilmektedir. Örneğin çoklu sağlık sorunları İngiliz nüfusunun %25’inin, 65 yaş üzeri nüfusun ise üçte ikisinin sorunudur (Barnett vd 2012). İskoçya’da yapılan bir çalışma sonuçlarına göre 65-74 yaş grubunda çoklu sağlık sorunu görülme sıklığı %59 bulunmuştur. Bu oran yaşla birlikte artmakta, 75 yaş üzeri nüfusta %76’ya ulaşmaktadır (McLean vd 2014). Avusturalya devletinin resmi istatistiklerine göre ise 45 yaş üzeri nüfusun %40’ında çoklu sağlık sorunu bulunmakta, aynı oran 65-74 yaşlar arasında %50’ye, 85 üzeri yaşlarda ise %70’e çıkmaktadır (AIHW 2015).

Türkiye’de yükselen gelişmişlik seviyesi ile beraber hastalık dağılımları da farklılaşmaktadır. Günümüzden 20-30 yıl öncesinde bulaşıcı hastalıklar Türkiye’de başlıca sağlık sorunu olarak öncelikler arasında iken, bugün farklı hastalık grupları öncelik kazanmıştır. Farklılaşan yaşam tarzı, beslenme davranışları, stres ve çevresel etkenler bazı hastalıkların hastalanma ve ölüm oranlarını arttırmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007).

Ülkemizde de nüfusun yaşlanmasıyla ilişkili olarak, hastalık yükü zamanla yükselmekte ve bu hastalıkların arasında ilk sıralarda kronik hastalıklar yer almaktadır (Mollahaliloğlu vd 2007). Ulusal raporlarda, ülkemizde gerçekleşen ölümlerin %71'inin kronik hastalıklar sebebiyle meydana gelmekte (Erkoç ve Yardım 2011) ve mortalite oranı en yüksek olan on hastalıktan yedisini kronik hastalıklar oluşturmaktadır (Başara vd 2006). Son zamanlarda kronik hastalıkların artması, kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetimi uygulamalarının önemini ortaya koymaktadır (Davis vd 1999, Cranston 2006).

Türkiye İstatistik Kurumu 2019 verilerine göre ülkemizde 15 yaş üstünde kardiovasküler hastalık sıklığı %7.2, inme sıklığı %0.8, KOAH sıklığı %7.1 olarak bildirilmiştir (Şahan vd 2020, Karaoğlu 2020). Yine ülkemizde 2017 yılı Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, STEPS çalışmasında, 15 yaş ve üzeri katılımcı bildirimine göre yüksek kan şekeri ya da diyabet sıklığı genel olarak %9.1 olarak belirlenmiştir (Üner vd 2018). Türkiye'de 2018 yılı tahminlerine göre erkeklerde 118 882 ve kadınlarda 91 655 olmak üzere toplam 210 537 yeni kanser olgusu ortaya çıkmıştır (Eser ve Özdemir 2020).

2.1.3. Kronik hastalıkların risk faktörleri

Kronik hastalıklar farklı başlıklar altında ele alınmış olmasına rağmen genel olarak risk faktörleri ortaktır. Bu risk faktörleri sağlığın belirleyicileri olan altı kategoride incelenebilmektedir. Bu risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, ırk ve etnik köken gibi sağlığın biyolojik belirleyicileri, stres, depresyon, anksiyete, mental sağlık durumu gibi psikolojik belirleyiciler; çalışma ortamı ve yaşam alanı gibi çevresel belirleyiciler; sağlık hizmetlerine erişim sağlık politikaları, ayrımcılık, sosyal damgalanma, sosyal izolasyon, gelir ve çalışma durumu, sigara ve alkol gibi maddelere yönelik sosyal pazarlama gibi sosyo-kültürel belirleyiciler; tütün kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel aktivite, beslenme, alternatif ve geleneksel uygulamalar gibi davranışsal belirleyiciler, sağlık hizmetlerinin ve sağlık sisteminin kapasitesi, sağlık hizmetlerine erişim, koruyucu ve önleyici hizmetlerin eksikliği, hasta ve sağlık personeli ilişkileri gibi sağlık sistemine ait belirleyiciler sayılabilir (Clark 2015).

Kronik hastalıkların oluşumunda pek çok risk faktörü etkili olmakla birlikte başlıca dört önemli risk faktörünün rolü olduğunu bilinmektedir (WHO 2018, NCCDPHP 2020). Bunlar:

- Tütün kullanımı,
- Fiziksel hareketsizlik,
- Alkol kullanımı,

- Sağlıksız beslenme.

Hastalıkların önlenmesi ve kontrolü amacıyla yapılan tüm eylemler, bu risk etkenlerinin denetlenmesi ve sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi amaçlı çalışmalardan oluşmaktadır (NCCDPHP 2020). Bütün risk faktörleri maddi, kamusal ve siyasal kesimden, cinsiyet ve davranışlardan etkilenmektedir. Her ne kadar teoride önerilerde bulunmak kolay olsa da, bu önlemlerin yaşama geçirilmesi zor olmaktadır (Yardım 2011).

Sigara son yıllarda önemli ölçüde azalmış olsa da, Amerikalıların yaklaşık %20 hala sigara içmektedir. Sigara içme oranları sosyo-ekonomik gruplar arasında belirgin bir şekilde farklıdır ve ekonomik açıdan dezavantajlı insanlar arasında daha yüksektir (Garrett vd 2011).

Küresel olarak, düşük gelirli ülkelerde sigaradan kaynaklanan ölümlerin önemli ölçüde artması beklenmektedir. Yirminci yüzyılda, tütün kullanımından dünya çapında yaklaşık 100 milyon insanı ölmüştür. Yirmi birinci yüzyılda, bir milyar daha fazla kişinin öleceği ve on kat artış yaşanacağı tahmin edilmektedir. Yine tahminlere göre 2030 yılına kadar, tütüne atfedilen ölümlerin %80'den fazlası düşük gelirli ülkelerde olacağı ön görülmektedir (WHO 2012).

Schmidt'in 2016'da kronik hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme üzerine yazdığı yazıda öncelikli olarak, eğer bir risk faktörü değiştirilebilirse, o zaman birçok hastalık, morbidite ve mortalitenin önlenabilir olduğunu belirtmiş ve şöyle devam etmiştir: Bu nedenle hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme politikaları, değiştirilebilir risk faktörlerinin etkisinin azaltılabileceği çözüm yolları arar. Risk faktörlerinin gelişmesine neden olan etmenlerin analiz edilmesiyle, kişiyi bir dizi farklı eylemi keşfetmeye teşvik edebilir. Açık bir başlangıç noktası, bireysel davranışa veya yaşam tarzına odaklanmaktır, çünkü bir bireyin yaptığı (veya yapamadığı) davranışlar tipik olarak kronik hastalıkta önemli rol oynar (Schmidt 2016).

Bilir'in 2006'da belirttiği gibi; beslenme hataları, sedanter yaşam ve sigara kullanımı gibi olumsuz davranışlarının düzeltilmesi kronik hastalıkların yönetiminde oldukça önemlidir. Bu gibi yüksek risklerin azaltılması ile kalp hastalıkları, diyabet, obezite, bazı kanser türleri ve kronik akciğer hastalıkları gibi mortalite oranı yüksek kronik hastalıklardan korunma sağlanır. Bunlara ek olarak, bu gibi yüksek riskleri azaltmak için yaşam tarzını farklılaştırmak oldukça zor olmaktadır. Ayrıca bu tutumlar bireylerin davranış kalıplarını, kültür ve gelenekleri ile alakalı durumlar olduğundan dönüştürülmesi zordur. Dünyada kronik hastalıklardan birincil düzeyde korunmak için birçok kamusal eylem planları vardır ve bu eylem planları olumlu sağlık çıktıları sağlamaktadır (Bilir 2006).

Kronik hastalıkların risk faktörleri ile baş etme, ancak ülke çapında siyasal ve geniş kapsamlı programlar sayesinde olumlu sonuç verir. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele halkın tüm kesimini içerecek şekilde yapılmalıdır. Sağlıklı beslenme, bedensel aktivitenin artırılması, dumana maruziyetin azaltılması vs. benzerlikteki çalışmalarda bütün iş kollarının aktif rol alması şarttır. Tam ve bütün bir iyilik halinin korunması ve ilerletilmesine yönelik eylemlerde tüm iş kollarının katılımı ve görevi olmalıdır. Risk etkenlerinin denetim altında olması ve başka basit düzenlemelerle hospitalizasyon, pahalı dahili ve harici müdahale isteyen hastalıkların seyrekleşmesi, bu rahatsızlıklardan dolayı yaşanabilecek işgücü kayıplarının ve mortalitenin de düşmesi ile sağlık boyutunun ve finansal giderlerin iyileşmesinde payı olacaktır (Yardım 2011).

Bu kapsamda ülkemizde yürütülen en kapsamlı çalışmalardan biri; Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 çalışmalarıdır. Eylem planı, en çok mortalite ve hastalık yüküne sebep olan bulaşıcı olmayan hastalıkların (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik kalp hastalıkları ve diyabetin) ve karma davranışsal risk faktörlerinin oranının (tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımı) düşürülmesi yönünde ülke çapında amaçlara erişmeye yönelik tüm kesimlerde eş zamanlı ve uyumlu hareket edilmesi hususunda tüm sektörlerle birlikte çalışmak için strateji planını içerir. Ulusal olarak korunması mümkün olan, bulaşıcı olmayan hastalıkların sebep olduğu erken ölümlerin önlenmesi için tütün ve sigara tüketimini, sağlıksız beslenmenin, bedensel aktivite eksikliğini ve alkol tüketimini azaltmaya dair kanıt temelli girişimlerin pratiğe dökülmesi konusunda yapılan ve geçerli olan programlar şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017):

- Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017),
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020),
- Ulusal Tütün Programı (2015-2018),
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017),
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021),
- Türkiye Diyabet Programı (2015-2020),
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017),
- Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020),
- Ulusal Kanser Programı (2013-2018).

Kronik/bulaşıcı olmayan hastalıklar gerek mortalite oranları gerekse ülkeye verdikleri sıkıntılar açısından en başta gelen halk sağlığı sorunlarının başında yer almaktadır. Evde bakım hizmetlerinden başlayarak iyi işleyen, koordine edilmiş ve etkili

bir sevk ağını gerektiren, adapte edilmiş bir servis düzenin, bulaşıcı olmayan/kronik hastalık idaresi için en doğru çıkış yolu olduğu anlaşılmaktadır (Hayran 2019).

2.1.4. Kronik hastalıklarda halk sağlığı hemşireliğinin rolü

Dünyanın ve ülkelerin değişen sağlık gereksinimlerinde halk sağlığı çalışanlarının değişime yön vermede önemli etkisi vardır. Bunlar arasında öncelikli olarak topluma getirdiği yük bakımından, kronik hastalıklara yer verilmesi uygun olmaktadır (Bilir, 2006). Hemşire, kronik hastalıkların bakım ve yönetiminde mesleki önderlik rolüyle sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesidir. Kronik hastalıklı bireyin gereksinimlerine yönelik danışmanlık, rehabilitasyon ve bireyselleştirilmiş eğitimler uygulayarak kronik hastalıkların yönetimini desteklemede etkili rol oynamaktadır (Zuhur ve Özpancar 2017).

Kronik hastalıklarda halk sağlığı hemşiresinin rolünü birincil, ikincil, üçüncül koruma şeklinde ele alabiliriz. Birincil korunmada amaç; genel toplumu korumak ve sağlıklı bireye sunulan hizmetler yoluyla bireylerin hastalıktan korunmasını sağlamaktır. Kronik hastalıkların çoğunda başlıca risk faktörlerinin ortadan kaldırılması kronik hastalıklardan korunma yolunda önemli bir adımdır. Bu risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasında halk sağlığı çalışanlarına büyük görev düşmektedir (Bilir 2006). Örneğin; hipertansiyon hastalığı teşhisi konulan veya hasta olma ihtimali fazla olan bireye, birçok tetkik ve tahlil işlemleri yapılarak hastalığın gücü düşürülmekte ayrıca; hipertansiyon tanısı alması geciktirilmekte veya tamamen korunmaktadır. İkinci korunma hastalıkların erken tanısı ile sağlanmaktadır. Aniden ortaya çıkan hastalıklarda erken tanı uygulamalarının kısıtlılığına karşı kronik hastalıkların kontrolünde erken tanılama oldukça önemli bir yere sahiptir. Kronik hastalıkların büyük bölümünde kontrol programlarının zemininde erken tanı uygulamaları vardır. Kardiyovasküler rahatsızlıklarda, kronik akciğer hastalığında ve bazı kanser türleri ve diyabette yararlı erken tanı girişimleri uygulanmaktadır (Bilir 2006). Örneğin; hipertansiyon tanısı alan bir bireyin bir süre sonra tansiyon hastalığından bağımsız olarak pnömoni olması nedeniyle hastaneye yatırılıp tedavi edilmesi ve hemşirelik hizmetlerinden yararlanması durumu ve ayrıca; bu sırada tansiyon ilaçlarının yeniden düzenlenip, taburculuk sonrası evde bakımı konusunda danışmanlık ve eğitim desteği sunulması durumu sekonder bakımı ve korumayı kapsar.

Hastalıklardan üçüncül aşamada korunma, klinik semptomları oluşmuş olan hastaların var olan en başarılı biçimde tedavi almalarını ifade eder. Üçüncül düzeyde koruma aslında hastalıktan değil, hastalığın getirdiği veya getirebileceği istenmeyen durumları engellemeyi amaçlar. Bu yaklaşımla yapılan uygulamalar hastaların

rehabilitasyonunu ifade eder. Bir başka deyişle hastaların kronik hastalıkları ile uyum içinde yaşamayı öğrenmesini kapsar.

Örneğin, hipertansiyon hastasının ilaç kullanımı düzensizliği sonucu ani bir hipertansiyon atağının ardından inme geçirip, hastanede tedavi edildikten ve durumu stabil olduktan sonra rehabilitasyona alınması, hastanın bağımsızlık kazanması, komplikasyonların önlenmesi ve mevcut sağlık durumunun daha iyiye götürülmeye çalışılması yönünde danışmanlık ve bakım hizmetleri verilmesi halinde üçüncü düzey bakım ve (tersiyer) koruma sağlanmış olur.

Halk sağlığı hemşiresi kronik hastalık yönetimindeki rolünde holistik bakış açısını koruyarak, bireyi, aile ve toplumla bir bütün ve biyopsikososyal bir varlık olarak değerlendirmelidir.

Kronik hastalıkların sebepleri doğrultusunda yapılan çalışmaların sonuçları doğrultusunda önleyici eylemler düzenlenmelidir. Bu taramalar sonucunda yakalanan hastalıklara karşı verilecek hizmetlerin düzenlenmesi, gerekli insan kaynağının oluşturulması konularında halk sağlığı alanında çalışanların daha çok ilgilenmesi gerekli olan alanlardan biridir (Bilir 2006).

Halk sağlığı hemşiresinin kronik hastalığı olan bireylere sunduğu psikososyal eğitimler ve tıbbi grup eğitimlerine, ailelerin ve hastaların birlikte katılımı, hastanın yaşam kalitesini iyileştirir, bakım verenin yükünü hafifletir, tedavi uyumunu artırır ve hastanın hastalıkla başa çıkma becerilerini artırır. Profesyonel olarak verilen destek aile ilişkilerini iyileştirerek hem hasta hem de bakım verenin anksiyetesini azaltır (Goldberg vd 2011).

2.2. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi

2.2.1. Tanımı

Öz bakım, bireylerin yaşamlarını, sağlıklarını ve iyi olma durumlarını sürdürebilmeleri için başlattıkları ve gerçekleştirdikleri etkinlikler ve kendi sağlığına sürekli katılımıdır (Velioğlu 1999). Öz yönetim ise bireyin bir görevi uygun şekilde yönetmesi için gözlemlene, kararlar alma, gerçekçi tepkiler verme süreci olarak tanımlanmaktadır (Clark ve Gong 2000).

Sağlık sorunu yaşayan bireyler öz bakımlarını yerine getirmede yetersizlik yaşayabilirler. Öz bakım zamanla yükselen, temas, iletişim ve kültür yoluyla alışılan bir eylemdir. Bireyin yaşamı, sağlığı ve iyiliğini sürdürmek için sağlık faaliyetlerini gerçekleştirilmesi ya da yerine getirilmesi öz bakım olarak nitelendirilirken bu faaliyetleri gerçekleştirme becerisi öz bakım gücü olarak nitelendirilmektedir. Bireyler sağlığı ile ilgili

üzerine düşenleri yerine getiremediğinde öz bakım eksikliğinden söz edilir. Sonuç olarak birey kendi sağlığını korumak, devam ettirmek ve geliştirmekte yetersizlik yaşamaktadır. (Özkan ve Durna 2006).

Orem öz bakımı; bireyde sürekli, denetimli, etkin ve amaçlı eylemlerin meydana gelmesiyle benliğine uyguladığı bakım anlamında nitelendirilmiştir. Bir bireyin öz bakım ihtiyaçlarını giderebilmesi için yeterli öz bakım gücünü elde etmesi gerekmektedir. Öz bakım gücü; yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek sağlık faaliyetlerini başlatma ya da gerçekleştirme yetisidir (Orem 2001, Avdal vd 2010).

Son zamanlarda kronik hastalıkların yaygınlaşması beraberinde kronik hastalık yönetimi gittikçe daha önemli hale gelmektedir (Zuhur ve Özpancar 2017). Kronik hastalıkların yönetiminde başarı hastaların öz bakım ve öz yönetimlerinin yeterli olması ile olası hale gelir. Öz bakım ve öz yönetim kavramları yapılan aktiviteler, süreç ve elde edilen çıktı açısından birbirinden ayrılan kavramlardır. Öz bakım, günlük yaşam aktivitelerini ve informal sağlık bakım tutumlarını içerirken, öz yönetim bireyin kronik hastalığına özgü görev alıp, hastalığına göre uzmanlık desteğini kullanmasını da kapsamaktadır (Kurt 2020).

Bireyin bir kronik hastalıkla mücadele etmesi ve bir hastalığa adaptasyonu, geçmişteki aile ilişkileri, gelişimsel geçmişi, kendine olan algısı, kişiler arası ilişkileri, bireyselliği, öz saygısı ve kayıp ile baş etmeye etki eden yaşam deneyimlerinden etkilenmektedir (Hançerlioğlu vd 2018).

Kronik hastalıkların yönetimi, hastanın öz yönetim becerisi kazanması hastalığın tedavisinden daha fazlasını kapsar (Haskett 2006). Etkili bir hastalık yönetimiyle hastalık semptomlarının, acil başvurularının ve hospitalizasyonların düşürülmesi, hastalığın bedensel ve ruhsal etkilerinin sınırlandırılması, muhtaçlığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlanabilmektedir (Haskett 2006, Demirağ 2009).

Öz yönetim bireyin, hastalık belirtilerini ve tedavisini, fizyolojik ve psikolojik sağlık sonuçlarını yönetebilmesi, kronik hastalıkla ilişkili sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini yapabilmesidir. İyi bir öz bakım yönetimi, mortaliteyi azaltır, yaşam kalitesini artırır ve sağlık bakımı harcamalarını azaltır (Koşar ve Besen 2015). Kronik hastalık öz yönetimi, sağlık personeli ile iş birliği içinde olma, önemli rolleri sürdürmeye çalışma, etkili baş etme yöntemlerinin kullanılması, etkili problem çözme becerinin uygulanması, yardım arama ve kabul etme biçiminde öz yönetim davranış ve becerilerini gerektirmektedir. Diğer yandan kötü öz bakım yönetimi, yetersiz kronik hastalık çıktıları ve sağlık bakımından gereksiz yararlanılmasına sebep olur. Hastalığa özgü kötü öz yönetimi, sağlık hizmetlerini erteleme, önemli rolleri bırakma, etkili olmayan baş etme yöntemlerinin kullanılması, problem çözmede başarılı olamama, anksiyeteyi kontrol

altına alamama, destek sistemlerini belirleyememe şeklinde davranışları içerir (Koşar ve Besen 2015).

2.2.2. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimini etkileyen faktörler

Öz bakım yönetimi üzerinde bireysel, aile ve topluluk düzeyindeki davranışlar önemli yer tutmaktadır. Davranış, genetik, sosyal koşullar, sağlık bakımı ve çevresel maruziyet sağlığın önemli belirleyicilerindedir. Genel sağlığa davranışın katkısı yaklaşık %40 olmakla birlikte kalanını sağlığın diğer belirleyicileri olan sağlık bakımı, genetik, stres, sosyal koşullar ve çevre paylaşmaktadır. Bu nedenle, bireysel, aile ve toplum düzeylerinde öz bakımı iyileştirmenin sağlık üzerinde büyük bir etki yaratabileceği açıktır (Dzau vd 2017).

Öz bakım yönetimi genellikle bireysel düzeyde bir davranış olarak düşünülmesine rağmen öz bakım yönetiminin gelişimi birey, aile ve toplum düzeyinde gerçekleşmektedir. Örneğin diyet ve egzersiz bireysel düzeyde, sosyal destek, ilaç tedavisini uyumu kolaylaştırma, semptom izleme aile düzeyinde, sağlıklı gıdaya erişilebilirlik, açık alanlar, güvenli ortamlar ise toplumsal düzeyde öz bakım yaklaşımlarını desteklemektedir (Riegel vd 2017).

Amerikan Kalp Birliği'nin 2017 de yayınladığı kardiyovasküler hastalıklar ve inmeden korunma ve öz bakım yönetimi adlı rehberinde; öz bakımı etkileyen faktörleri şöyle sıralamıştır (Riegel vd 2017):

- Öz bakımı etkin bir şekilde gerçekleştirmek için bilgi, beceri, güven ve motivasyon gereklidir.
- Öz bakımı engelleyen bireysel engeller arasında depresyon, zayıf öz yeterlik, bilişsel durum ve kronik hastalığa farklı zamanlarda eşlik eden hastalıklar sayılabilir.
- Sosyal destek eksikliği en önemli ailesel faktörlerden biridir.
- Toplum düzeyinde sağlık hizmetlerinin erişimin olmaması ya da sınırlı olması öz bakımı etkileyen önemli faktörlerdendir.

Sigurðardottir'ın 2004 yılında İzlanda'da, diyabette öz bakım: öz bakımı etkileyen faktörler modeli çalışmasında; bilgi ve fiziksel becerinin öz yeterlilik ile pozitif yönlü bir ilişki içinde olup yüksek öz bakım gelişiminde etkili olduğu, bu yüksek öz bakımında esnek öz bakım ile ilişkili olduğunu savunmuş ve diyabet öz bakım çıktıları olarak HbA1c seviyelerinin düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Duygusal yönlerin ise öz etkililik ile negatif yönlü bir ilişkide olup, öz bakım ihmaline neden olduğunu savunmuştur (Sigurðardóttir 2005).

Özkan ve Durna'nın (2006) insüline bağımlı 102 diyabet hastası ile yaptıkları çalışmada 41-50 yaş grubunda olan, lise mezunlarının, çalışma durumu memur

olanların, Bağ-kur'a tabi olanların ve tanı süresi 0-5 yıl süresi arasında olanların, diyabet eğitime sahip olanların, hipoglisemi geçirenlerin, insülin pompası kullananların, kendi glukoz takibini yapan ve metabolik kontrol değerleri normal seyredenlerin öz bakım gücünün gelişmiş olduğunu belirtmişlerdir (Özkan ve Durna 2006).

Chang ve Lee'nin 2014 yılında Kore'de 306 tane yaşlı hipertansiyon hastası üzerinde yaptığı araştırmada; öz bakımı %57 oranında etkileyen faktörlerin sırasıyla güçlendirme, sosyal destek, depresyon ve algılanan sağlık ciddiyeti olduğu sonucuna varılmıştır. Güçlendirme kriterinin içeriği ise; sağlıklı davranışla ilgili kontrol duygusu, öz yeterlik, problem çözme becerileri, psikososyal başa çıkma, destek, motivasyon ve karar verme becerisini kapsayan özelliktedir (Chang ve Lee, 2014).

Kaya'nın 2019 yılında yapmış olduğu "Dahili polikliniklere müracat eden kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu" isimli çalışmasında meslek, çalışma durumu, sigara içme ve ameliyat olma durumunun öz bakım yönetimini etkilediği bildirilmiştir (Kaya 2019). Sü'nün 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada kemoterapi uygulanan kanser hastalarında eğitim, medeni durum, yaşanan yer, tedavi ile ilgili açıklama yapılma durumu gibi değişkenlerin öz bakımı yönetimi üzerinde etkisinin olduğu ifade edilmiştir (Sü 2015). Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında öz bakımı etkileyen faktörlerin cinsiyet ve kronik hastalık tipi olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada kadın hastaların erkek hastalardan, solunum hastalığı olanların diyabet hastalarından daha iyi bir öz bakım yönetimine sahip olduğu bulunmuştur (Doğan vd 2018).

Kronik hastalıkların yaşam boyu bakım ve takip gerektirmesi nedeniyle bu hastalıkların yönetiminde öz bakım önemli rol oynamaktadır. Hemşire öz bakım için yeterli biliş düzeyi, yeti ve alışkanlık farklılığı geliştirme sürecinde hastayla iş birliği durumunda çabalamakta ve kişilerin yaşam kalitesini yükseltmede, artırmada, ilaca bağımlılığını engellemede önemli göreve sahiptir (İstek ve Karakurt 2018).

Durante ve arkadaşlarının 505 kalp yetmezliği hastası ve bakım verenleri ile gerçekleştirdiği çalışmada bakım verenlerin öz bakıma yaptığı katkının bakım yükünü artırmadığı, fakat bakım verenin öz bakıma katkısının yüksek olduğu durumlarda ölüm oranı, hastaneye yatış ve acil başvurularının azaldığı bildirilmiştir (Durante vd 2019).

2.3. Bakım Verme ve Bakım Yükü

2.3.1. Bakım verme

Bakım; Hemşirelik Terimleri Sözlüğü'ne göre; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, bireyin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü 2015).

Bakım verme bireyin kendisi adına eylemleri yapamayan başka bir kişi adına bütünsellik içinde yaptığı ruhsal fiziksel zihinsel, duygusal ve sosyal yardımdır (Hermanns ve Mastel-Smith 2012). Bakım verenin görevleri arasında; banyo ettirme, giyinmesine ve kıyafet değişimine yardım, tuvalet gereksinimine yardım, öğünlerini hazırlama, beslenmesini sağlama, hareket etmesine yardım, egzersiz ya da fizik tedavi, ulaşım, doktor kontrollerine eşlik etme, zihinsel uyaran verme, hastalık yönetimi, alışverişini yapma, bakım alan bireyi kontrol etme, bakım alanın haklarını savunma, bakım alanın güvenliğini sağlama, rahatını sağlama, hemşirelik bakımı almasını sağlama, ev işlerini yapma, tıbbi araç gereç kullanmasına yardım etme, bakım alanın tüm gereksinimlerine katılma, güvenli çevrenin sağlanması, yaşam sonu bakım ve kararlar gibi pek çok yardım çeşidi yer almaktadır (Hermanns ve Mastel-Smith 2012).

Bakım verme formal ya da informal olmak üzere çoğunlukla iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım profesyonel bakımı içermektedir. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakım hizmetleri veren çalışanlar aracılığıyla sunulan bakımdır (Allender ve Spradley 2001, Gözüm ve Tan 2003). Evde formal bakım verenler çoğunlukla hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapistler ve evde bakım destekçileridir (Fadıloğlu 2013). İnfomal bakım verme; bakıma alan hasta bireye yardım etme rolünü üstlenen, temel gereksinimlerini karşılayan, tıbbi bakımını ve doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden, ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri ve arkadaşlar tarafından verilen bakımdır (Özyeşil vd 2014).

2.3.2. Bakım yükü tanımı

Bakım yükü; yaşlı, kronik hastalığı olan, yeterliliği zayıf olan aile üyesi ya da bir yakınına bakım hizmeti veren kimsenin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak nitelendirilebilir (Liu vd 2020). Ayrıca bakım yükü, bakım vermenin sonucu olarak fiziksel, ruhsal, ekonomik ve sosyal alanlarda yaşanan çok kapsamlı bir tepkidir (Toseland vd 2001, Lidell 2002, Liu vd 2020). Bakım yükü objektif ve subjektif olarak ikiye ayrılmaktadır (Erdem 2005, Liu vd 2020). Objektif bakım yükü;

bakım verenin ve ailenin hayatındaki değişim ve kısıtlanmaları içermekte olup, bakım verme sebebiyle yorgunluk yaşaması, aile düzenlerinin kısıtlanması, bakım verenin bedensel hastalığı gibi fiziksel problemler ve sıkıntılarla ilgilidir (İnci 2008). Subjektif bakım verme güçlüğü; bakım verenin bu rol ile alakalı tutum ve duyguları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb.) olarak tanımlanmaktadır (Kasuya vd 2000, Mignor 2000, Lidell 2002, Erdem 2005). Somut olması nedeniyle objektif güçlük rahatlıkla belirlenmesinin yanında, bireyin subjektif güçlük belirtilerinin farkedilmesi zordur (İnci 2014).

İnformal bakım verenler, bir taraftan sevdikleri bireyi yavaş yavaş kaybederken ve bunun üzüntüsünü yaşarken, diğer yandan üstlendikleri bakım sorumluluğunun sonuçları altında ezilmekte, yaşadığı fiziksel ve duygusal etkiler “yük” olarak tanımlanan sonucun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Uğur vd 2012).

2.3.3. Bakım vermenin sonuçları

Bakım verme güçlüğü; kronik hastalığı olan, yaşlı, yeti zayıflığı olan bir başkasına ya da aile üyesine bakım veren bireyin gerilmesi, sıkışması, zorlanması, yük altına girmesi ya da baskı altında hissetmesi olarak nitelendirilebilir. Bakım verme zorluğu, bakım verme ile alakalı olarak, bedensel, ruhsal, duygusal, ekonomik ve sosyal sorunlar olmak üzere çok kapsamlı tepkilerdir (Eifert vd 2015).

Bakım verme nedeniyle bireylerde iştahta değişim, hazımsızlık, düzensiz yemek yeme davranışı, baş ağrısı gibi rahatsızlıklar artabilmektedir. Ayrıca kronik yorgunluk, vücut ağırlığında azalma ya da artış, kas ağrısı, uyku düzensizliği, konsantrasyon zorluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık, bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma ortaya çıkabilir. Bakım verenlerin vermeyenlere göre daha çok sağlık hizmeti kullanımı, hastalık, semptomlar, kardiovasküler sorun gibi bedensel sağlıkta objektif açıdan değişiklikler yaşadıkları belirlenmiştir (İnci 2008, Fekete vd 2017).

Emosyonel alanda; uykusuzluk, huzursuzluk, özgüvende düşüş, depresyon, sosyal izolasyon, ilaç ve alkol tüketiminde artış ve sorun çözmede zorluklar yaşanmaktadır. En sık ortaya çıkan semptomlar; anksiyete ve streste artma olmasıdır. Birey, bakımdan doğan gerginlik hissini tüm yaşamına yayabilir. Stres ya da sınırlandırılmış duygularını açıkça dile getiremeyenler daha çok depresyon semptomu gösterebilir. Var olan sıkıntıların konuşulması, bakım verme ile alakalı zorlayıcı tutumları ve anksiyeteyi düşürmede önemlidir (Schure vd 2006, Kasuya 2000). Bakım verenler kendi yaşamlarına yönelik kontrollerini yitirdikleri fikri ve güç kaybı, beklentilerine yeterli cevabı verememek sebebiyle suçluluk hissi yaşayabilirler (Kasuya 2000). Kızgınlık,

hayal kırıklığı, hastaya ve aile üyeleri karşı dürüst olmama nedeniyle suçluluk; eğer hasta ile birlikte yaşıyorsa mahremiyetin yitirilmesi, zorlanma, kendini ayıplama, yardımsızlık, keder, umutsuzluk yaşanan diğer duygusal sıkıntılar yer almaktadır (Toseland 2001, Van Den Heuvel 2002, Schure vd 2006, Del-Pino Casado vd 2019).

Bakım verme, kişilerarası ve sosyal sorunlara neden olmaktadır. Bakım verenler yaşamlarını çoğunlukla sevdiklerinin ihtiyaçlarına göre planlayabilir veya aile üyelerinden de benzer düzenlemeler yapmaları beklenebilir (Kasuya 2000). Aile, sosyal etkinliklerinde veya arkadaş ilişkilerinde fedakarlık yapan bakım sağlayanın; dinlendirici, eğlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmaktadır. Bu gibi nedenlerle kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme, sosyal destekte azalma ve izolasyon yaşama gibi olumsuz durumlar yaşayabilmektedir (Kasuya 2000, Van Den Heuvel 2002, Schure vd 2006, Del-Pino-Casado vd 2018).

Evde bakım sağlamanın ekonomik yönü, bakım verenlerin zorlanmasında önemli role sahiptir (Allender ve Spradley 2001). Ekonomik sıkıntılar için de en çok yaşananlar, sağlık sigortası tarafından karşılanmayan ödemelerin ek yük getirmesi, çalışma sürelerinin düşürülmesi veya bakım verenin işten ayrılmak zorunda kalmasıdır (Meng 2012, Shrestha vd 2018).

2.3.4. Bakım yükünü etkileyen faktörler

Yapılan çalışmalarda bakım yükünün ciddi düzeylere varabilen bedensel hastalıklara, anksiyete, depresyon, tükenmişlik, sosyal izolasyon gibi problemlere sebep olduğu belirtilmektedir. Araştırmalarda bakım yükünü etkileyen faktörler olarak bakım alan bireylere ait özellikler ve bakım verenlere ait özellikler diye gruplandırılabilir.

Bakım yükünü etkileyen hastaya ait özellikler arasında hastanın yaşı, eğitim düzeyi, cinsiyeti, bağımlılık düzeyi, hastalık süresi, fonksiyonel durumu ve fizyolojik semptomlar gibi faktörler sayılabilir. Bakım verenlere ait özellikler arasında ise bakım verenin cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, yaşı, sosyal destek düzeyi, gelir düzeyi, bakım verme süresi ve sağlık güvencesinin olup olmaması gibi faktörler bakım yükünü etkilemektedir (Dökmen 2012, Çayır vd 2013, Limnili vd 2013, Watanabe vd 2015, Mohammed vd 2015, Aşiret vd 2016).

Yıldırım ve arkadaşları (2013) inmeli hastaya Bakım verenlerle yaptıkları çalışmada bakım verenin yaşının, sosyal güvencesinin, bakım verme konusunda eğitim almaya gönüllük durumunun ve karşılaşılan sıkıntılarla başa çıkma yöntemlerinin bakım yükü üzerinde etkili olduğunu bildirmişlerdir (Yıldırım vd 2013).

Mollaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında inmeli hastaya bakım verenin eğitim durumu, sağlık sorunu, hasta ile yakınlık derecesi ve bakım alan hastanın günlük yaşam

aktivitelerinde bağımlılık düzeyi bakım yükünü etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir (Mollaoğlu vd 2011).

Selçuk ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) kronik hastalığı olan yaşlılara bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesi, medeni durumu, hastanın bağımlılık düzeyi, bakım verme süresi ve hastanın yaşı bakım yükünü etkileyen önemli değişkenler olarak bulunmuştur (Selçuk ve Avcı 2016).

Zaybak ve ark çalışmasında (2012) ise yatağa bağımlı hastaya bakım verenlerin sağlık algısının, çalışma durumunun, mesleğinin ve bakım alan hastanın bağımlılık düzeyinin bakım yükünü etkilediği bildirilmiştir (Zaybak vd 2012).

Altay ve arkadaşlarının (2018) Alzheimer hastalarına bakım verenlerle gerçekleştirdiği çalışmada bakım verenin cinsiyetinin, çalışma durumunun ve bakım verme süresinin bakım verme yükünü etkilediği bildirilmiştir (Altay vd 2018).

2.3.5. Bakım yükünü önlemede halk sağlığı hemşiresinin rolü

Holistik sağlık yaklaşımında sağlık bakımı sadece hastalara değil, bakım verenleri de kapsayacak şekilde olmalıdır (Tuna ve Olgun 2010). Bakım verene sunulan kaliteli hemşirelik bakımı hastanın aldığı bakımın kalitesini ve sonuçlarını iyileştirirken, bakım verenin de yükünü azaltarak sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Sonuç olarak hem hastanın hem bakım verenin yaşam kalitesini artmaktadır (Visser-Meily vd 2005).

Bakım vermek, bakım veren bireyi sosyal olarak izole eden ve sınırlayan uzun ve yıpratıcı bir dönemdir. Bu dönem hem bakım alan hem de bakım veren birey açısından başarılı ilişkilerin kurulduğu, yaşamın anlamlandırıldığı, sevgi ve samimiyetin arttığı bir dönem olarak yaşanabilir. Bakım vereninin fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olması, verilen bakımın da kalitesini yükseltir. İşlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullanan bakım verenlerde, problem odaklı ve duygusal odaklı baş etme yöntemlerini kullanımı hususunda yardım verilmelidir. Bakım verenlerin, hasta bakımında kendini yetersiz bulduğu durumlarda evde bakım hizmetlerine başvurmaya teşvik edilmelidir (Erkuran ve Altay 2020).

Türken Gel ve Tokur Kesgin 2017'de Düzce Devlet hastanesinde, informal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri adlı çalışmasına göre; hemşireler, hasta ailesinin ve kendisinin yaşayabilecekleri zorlukları en doğru ölçebilecek bireylerdir. Holistik bakım açısından ele alarak bakım verenin ve hastanın sorunlarının ortaya konması ve etkilerinin azaltılmasını destekleyebilirler. Hemşirelerin, bakım verenlere uygun girişimleri planlayabilmesi, girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi ve destek sağlayabilmesi, için öncelikle bakım verenlerde yaşanan bakım yükünü

değerlendirmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin bakım verenin yaşadığı sıkıntıların farkında olarak, desteklemesi ve bakım verme görevlerini tanımlaması, değişen duruma adapte olma yeteneğini belirlemesi ve geliştirmesi; verilen bakımın kalitesini ve etkisini artırarak, ailedeki tüm üyelerin yaşam kalitesini ve sağlığını yükseltmektedir (Türken Gel vd 2017).

2.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasında ilişki vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Ekim 2018 ile Eylül 2019 tarihleri arasında Burdur İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Burdur Devlet Hastanesi'nin dahili birimlerinde yatan kronik hastalığı olan hasta bireyler ve bakım veren aile üyeleri ile gerçekleştirilmiştir. 2010 yılında 320 hasta yatak kapasitesine erişen Burdur Devlet Hastanesi, 18 adet dahili, 12 adet cerrahi branşta olmak üzere 6 ameliyathane ve 1. 2. ve 3. düzey, 4 adet yoğun bakım ünitesi, 1 adet palyatif bakım ünitesi bulunan bir yapıdadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Burdur Devlet Hastanesi dahili birimlerinde, araştırmanın planlandığı Ekim 2018 ile Eylül 2019 tarihleri arasında yatan kronik hastalığı olan hasta bireyler ve bakım veren aile üyeleri araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireyler ve bakım verenler olmak üzere iki grup bulunmaktadır. Her bir grupta eşit sayıda olmak üzere örnekleme kaç bireyin alınması gerektiği G-Power 3.1.9.4 paket programında korelasyon testi (Correlations: Two Independent Pearson r's) ile analiz edilmiştir. Etki büyüklüğü 0.3 orta düzeyde, yanılma düzeyi 0.05, çalışmanın gücü 0.80 olacak şekilde hesaplama yapılmış olup 178 hasta ve 178 bakım veren bireyin örnekleme alınması gerektiği belirlenmiştir. Örneklemden kayıplar olabileceği göz önüne alınarak, örnekleme dahil edilme ölçütlerini

karşılaman ve araştırmaya katılmayı kabul eden 235 hasta ve bakım veren birey örnekleme alınmıştır.

Hastaların örnekleme dahil edilmeleri için aşağıdaki ölçütler göz önüne alınmıştır.

- Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olmak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- En az 6 ay önce kronik hastalık tanısı almış olmak,
- Soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olmak,
- İşitmeyle ilgili problemi olmamak,
- Türkçe anlayıp, konuşabilmek.

Bakım verenler için örnekleme dahil edilmeleri için aşağıdaki ölçütler göz önüne alınmıştır.

- Araştırmaya katılmaya kabul ediyor olmak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- En az 6 aydır bakım veriyor olmak,
- Primer bakım veren olmak,
- Hastanın 1. ve 2. derece yakını olmak,
- Soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olmak,
- İşitmeyle ilgili problemi olmamak,
- Türkçe anlayıp, konuşabilmek.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Hastaya Ait Tanıtıcı Bilgi Formu, Barthel İndeksi ve Bakım Verene Ait Tanıtıcı Bilgi Formunda yer alan değişkenler bu çalışmanın bağımsız değişkenleri olarak belirlenmiştir. Kronik Hastalıklarda Öz bakım yönetimi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları hastaya ait veri toplama araçları ve bakım verene ait veri toplama araçları olmak üzere iki başlık halinde sunulmuştur. Hastaya ait veri toplama araçları; Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu, Barthel İndeksi ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'dir. Bakım veren bireye ait veri toplama araçları ise; Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Verme Yüğü Ölçeği'dir.

3.5.1. Hastaya bireyi tanıtıcı bilgi formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda hastanın kişisel bilgilerini içeren 7 soru ve sağlık durumunu içeren 2 soru olmak üzere toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, çocuk sayısı, var olan kronik hastalık türü, hastalık süresi gibi sorular vardır.

3.5.2. Barthel İndeksi (EK-2)

Günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla çeşitli araçlar kullanılmaktadır. Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Katz İndeksi ve Barthel İndeksi bunlardan bazılarıdır. Barthel ve Mahoney tarafından 1965 yılında geliştirilen ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Küçükdeveci vd 2000). Çalışmanın içeriği yemek yeme, banyo, günlük bakım, giyinme, defekasyon, miksiyon, tuvalete gidiş, yataktan kalkma, dolaşma, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerini, fiziksel özürülük açısından 10 madde şeklinde sorgulamaktadır. İndeksten 0 ile 100 aralığında bir puan elde edilebilmektedir. 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan bağımsızlığı ifade eder (Barthel ve Mahoney 2002). İndeksin puan aralığı 0-20 puan tam bağımlı, 21-61 puan-ileri derecede bağımlı, 62-90 puan orta derecede bağımlı, 91-99 puan hafif düzeyde bağımlı, 100 puan tam bağımsız olarak nitelendirilmiştir.

3.5.3. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (EK-3)

Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği, Jones tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin iki alt boyutu bulunmaktadır. Öz koruma alt boyutunu 2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34 maddeleri ve sosyal koruma alt boyutunu 1, 3-5, 7, 9, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24 ve 35 maddeleri oluşturmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi 5 (Kesinlikle Katılıyorum) ve 1 (Hiç Katılmıyorum) şeklinde 5'li Likert formdan geliştirilmiştir. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'ndeki 3, 15, 19 ve 28. sorular olumsuz soru formunda olup değerlendirmede dönüştürme yapılması gerekmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça öz bakım yönetimi artmaktadır. Ölçek 15-20 dakika içerisinde bireysel ya da bir grup ortamında uygulanabilmektedir. Ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0.75, öz koruma alt boyutu için 0.78, sosyal koruma alt boyutu için 0.78'dir (Jones 2003). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Hançerlioğlu ve Aykar tarafından 2018 tarihinde yapılmış olup, Cronbach alfa iç tutarlılık

katsayısı 0.85'tir (Hançerlioğlu ve Aykar 2018). Bu çalışmada ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0.86, öz koruma alt boyutu için 0.83, sosyal koruma alt boyutu için 0.78'dir.

3.5.4. Bakım verene ait tanıtıcı bilgi formu (EK-4)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, ocuk sayısı, kronik hastalığı olma durumu, hasta ile yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama durumu, bakım verme süresi, hastanın bakımına yardım eden birisinin olması durumu gibi değişkenler yer almaktadır.

3.5.5. Bakım Verme Yükü leği (EK-5)

Bakım verme yükünün (Burden Interview) llmesinde Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen Bakım Verme Yükü leği kullanılmıştır. Bakım ihtiyacı olan hastaya veya yaşlıya bakım verenlerin sahip oldukları stresi ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından soru sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeden oluşur (Zarit ve Zarit 1990). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan elde edilebilmektedir. Ölçekte var olan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, var olan sıkıntının yüksek olduğunu belirtmektedir.

Bakım Verme Yükü leği 2008 yılında İnci ve Erdem tarafından Türkçe'ye uyarlanma çalışması yapılmıştır (İnci ve Erdem 2008). Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısının 0.95, test-tekrar test değermezlik katsayısının 0.90 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.90'dır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından örnekleme seçim kriterlerine uyan hastalar ve bakım verenleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplama formları uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kronik hastalığı olan birey ve bakım verenlere araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Her hasta ve bakım verenin sözel onamları alındıktan sonra, uygun ortam sağlanarak bireysel görüşme yapıldı. Araştırmacı tarafından geliştirilen hasta bireyi tanıtıcı bilgi formu, Barthel indeksi ve Kronik

Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği, kronik hastalığı olan bireye uygulanırken; araştırmacı tarafından geliştirilen bakım veren bireyi tanıtıcı anket formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği, bakım veren aile bireyine yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılmıştır.

Çalışmada kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca değer, minimum, maksimum, sayı ve yüzdeler) verilmiştir. Çalışmada kullanılan Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin normallik varsayımını sağlayıp sağlamadığına “Kolmogorov-Smirnov” testi ile bakılmıştır. Her iki ölçeğin puanları normal dağılıma uygun olmadığından ($p < 0.05$), grup karşılaştırmalarında non-parametrik testler kullanılmıştır. İki grup arasındaki farklılıklar “Mann Whitney U testi” ile üç ve daha fazla grup karşılaştırması ise “Kruskal Wallis Testi” ile analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki “Spearman Korelasyon Katsayısı” ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Etik Konular

Araştırmanın yapılabilmesi için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 26/07/2018 tarih ve 60116787-020/50513 sayılı izin alınmıştır (EK-6). Çalışmanın yapılabilmesi için Burdur ili Kamu Hastaneleri Birliği’nden 9/10/2018 tarihli ve 23286918/806.02.02 sayılı izin alınmıştır (EK-7). Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçeklerin Türkçe uyarlamasını yapan yazarlardan e-mail yolu ile gerekli izinler alınmıştır (EK-8, EK-9). Araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlere araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi ve sözel onamları alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları Burdur Devlet Hastanesi'ne Eylül 2018- Ekim 2019 tarihleri arasında Kronik hastalık tanısı ile başvuran hastalar ve onlara bakım verenlerle sınırlı olduğu için sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir.

3.10. Araştırmanın Süresi

Araştırma konusunun belirlenmesi amacıyla 2017 yılında hazırlık çalışmalarına ve alanyazın incelemelerine başlanmıştır. 2018 yılının Mayıs-Ağustos aylarında araştırma konusu belirlenmiştir. Araştırma 2018 yılının Eylül ayında tez önerisi olarak tez ön komitesine sunulmuştur.

Araştırmanın kurum izinleri Ekim 2018 tarihinde tamamlanıp, Ekim 2018 ile Ekim 2019 tarihleri arasında tüm veriler toplanmış. Verilerin bilgisayara aktarılması, analizi ve tabloların oluşturulması Ekim 2020 ve verilerin yorumlanması Kasım 2020, tez raporunun hazırlanması Aralık 2021, tez raporunun sunumu Şubat 2021 tarihine kadar tamamlanmıştır. Araştırmanın zaman çizelgesi Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1 Araştırmanın zaman çizelgesi

Aşamalar	Tarih
Araştırma konusunun belirlenmesi	Mayıs 2018- Ağustos 2018
Literatür tarama	Mayıs 2018- Ocak 2021
Tez Önerisi Hazırlığı	Haziran 2018- Ağustos 2018
Etik kurul başvuru ve onayı	Temmuz- 2018
Tez Önerisi Sunumu	Eylül 2018
Kurum İzinleri	Ekim 2018
Verilerin toplanması	Ekim 2018- Ekim 2019
Verilerin bilgisayara aktarılması	Kasım 2019
Verilerin analizi ve tabloların oluşturulması	Aralık 2019- Ekim 2020
Verilerin yorumlanması	Kasım 2020
Tez raporunun hazırlanması	Aralık 2020
Tez raporunun sunulması	Şubat 2021

4. BULGULAR

Bu çalışmada bulgular kronik hastalığı olan bireylerin ve bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özellikleri, kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi, kronik hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü, kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitesi, kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve bakım yükü arasındaki ilişki olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir.

4.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde kronik hastalığı olan bireylerin ve bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Yaş	64 yaş ve altı	77	32.8
	65 yaş ve üstü	158	67.2
Cinsiyet	Kadın	129	54.9
	Erkek	106	45.1
Eğitim durumu	Okur-yazar değil/okur yazar	60	25.5
	İlkokul	120	51.1
	Ortaokul ve üzeri	55	23.4
Medeni durumu	Evli	158	67.2
	Bekar	77	32.8
Çalışma durumu	Çalışan	33	14.0
	Çalışmayan	202	86.0
Sosyal güvencesi	Var	231	98.3
	Yok	4	1.7
Çocuk sayısı	2 ve daha az	95	40.4
	3 ve daha fazla çocuk	140	59.6
Kronik hastalık türü	Kalp damar hastalığı	62	26.4
	İnme	33	14.0
	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	27	11.5
	Diyabetes mellitus	70	29.8
	Diğer	43	18.3
Hastalık süresi (yıl)	(Ortalama \pm standart sapma)	11.52	8.90
Hastalık süresi	10 yıl ve altı	104	44.3
	10 yıldan fazla	131	55.7
Günlük yaşam aktivitesi (Barthel İndeksi)	Tam bağımlı	22	9.4
	İleri derecede bağımlı	42	17.9
	Orta derecede Bağımlı	100	42.5
	Hafif derecede bağımlı	71	30.2
Toplam		235	100.0

Tablo 4.1'de kronik hastalığı olan bireylerin tanımlayıcı özellikleri görülmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin %32.8'i 64 yaş ve altı %67.2'si 65 ve üzeri yaş grubundadır. Hastaların %54.9'u kadın, %45.1'i erkektir. Eğitim durumları incelendiğinde %25.5'inin okur yazar olmadığı ya da sadece okur yazar olduğu, %51.1'inin ilkokul, %23.4'ünün ise ortaokul ve üzeri mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %67.2'sinin evli, %32.8'inin bekar olduğu bulunmuştur. Hastaların %14.0'ı çalışmakta, %86.0'ı çalışmamaktadır. Çalışmayan grup emekli ve ev hanımlarından oluşmaktaydı. Hastaların %98.3'ünün sosyal güvencesi olduğu ve %59.6'sının 3 ya da daha fazla çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ile ilgili tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde %26.4'ünde kalp damar hastalığı, %14.0'ında inme, %11.5'inde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %29.8'inde diyabetes mellitus bulunmaktaydı. Hastaların %44.3'ünün 10 yıldan daha az süredir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri Barthel İndeksi ile değerlendirilmiş olup, %9.4'ünün tam bağımlı, %17.9'unun ileri derecede bağımlı, %42.5'inin orta derecede bağımlı ve %30.2'sinin hafif derecede bağımlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler		Sayı	%
Yaş	40 yaş altı	27	11.5
	40 ve 64 yaş arası	133	56.6
	65 yaş üzeri	75	31.9
Cinsiyet	Kadın	151	64.3
	Erkek	84	35.7
Eğitim durumu	Eğitimi yok	21	8.9
	İlkokul	113	48.1
	Ortaokul ve üzeri	101	43.0
Medeni durumu	Evli	208	88.5
	Bekar	27	11.5
Çalışma durumu	Çalışan	72	30.6
	Emekli	66	28.1
	Ev hanımı	97	41.3
Sosyal güvencesi	Var	213	90.6
	Yok	22	9.4
Çocuk sayısı	2 ve daha az	153	65.1
	3 çocuk	53	22.6
	4 ve daha fazla çocuk	29	12.3
Kronik hastalık	Var	160	68.1
	Yok	75	31.9
Hasta ile yakınlık derecesi	Oğlu	40	17.0
	Kızı	58	24.7
	Gelini	13	5.5
	Damadı	3	1.3
	Torun	4	1.7
	Eşi	117	49.8
Hasta ile aynı evde yaşama durumu	Evvet	178	75.7
	Hayır	57	24.3
Bakım verme süresi	0-6 ay	193	82.1
	7-12 ay	33	14.0
	1 yıldan fazla	9	3.8
Hasta bakımına yardım eden birisinin varlığı	Var	128	54.5
	Yok	107	45.5
Toplam		235	100.0

Tablo 4.2'de bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin %11.5'inin 40 yaş ve altı, %56.6'sının 40-64 yaş arası ve %31.9'unun 65 yaş ve üzeri grupta olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin %64.3'ü kadın, %35.7'si erkektir. Eğitim durumları incelendiğinde; %8.9'unun eğitiminin olmadığı, %48.1'inin ilkokul, %43.0'inin ortaokul ve üzeri mezunu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %88.5'i evli, %11.5'i bekadır. Bakım verenlerin çalışma durumuna bakıldığında; %30.6'sı çalışmakta olup, %28.1'i emekli ve %41.3'ü ev hanımıdır. Bakım verenlerin %90.6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %65.1'inin iki ve daha az çocuğu olduğu, %68.1'inin kronik hastalığı olduğu saptandı. Bakım verenlerin %49.8'inin hastanın eşi olduğu, %75.7'sinin hasta ile aynı evde yaşadığı, %82.1'inin bakım verme süresinin 0-6 ay arasında olduğu ve %54.5'inin evinde hasta bakımına yardım eden biri/birilerinin olduğu saptandı.

4.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi

Tablo 4.3 Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Tanımlayıcı Bulguları

	Öz koruma	Sosyal koruma	Toplam KHÖBY
Ortalama	67.99	46.38	114.38
Standart sapma	12.60	10.33	19.48
Varyans	158.78	106.63	377.42
Medyan	70	47	117
Minimum	32	19	52
Maksimum	90	68	154
Dağılım aralığı	58	49	102
Çeyrekler arası aralık	15	15	25
Cronbach alfa	0.83	0.78	0.86

KHÖBY ölçeğinin tanımlayıcı bulguları Tablo 4.3'de görülmektedir. Öz koruma alt boyutunun ortalaması 67.99 ± 12.60 (min.32-max.90), sosyal koruma alt boyutunun ortalaması 46.38 ± 10.33 (min.19-max.68), toplam KHÖBY ölçeğinin ortalaması 114.38 ± 19.48 'dir (min.52-max.154). İç tutarlılık katsayısı olan Cronbach alfa değerleri öz koruma alt boyutu için 0.83, sosyal koruma alt boyutu için 0.78, toplam KHÖBY için 0.86 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.4 Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Normal Dağılımına İlişkin Bulgular

	Öz koruma	Sosyal koruma	Toplam KHÖBY
Çarpıklık	-0.766	-0.355	-0.752
Çarpıklık standart hatası	0.159	0.159	0.159
Diklik	0.291	-0.338	0.591
Diklik standart hatası	0.316	0.316	0.316
Kolmogorov-Smirnov	0.107	0.072	0.079
df	235	235	235
p	0.001	0.005	0.001

KHÖBY Ölçeğinin normal dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.4'de verilmiştir. Öz koruma, sosyal koruma ve toplam KHÖBY Ölçeği'nin normal dağılım istatistikleri incelendiğinde; öz koruma alt boyutunun çarpıklık katsayısı 4.82 (-0.766/0.159), diklik katsayısı 0.88 (0.291/0.316); sosyal koruma alt boyutunun çarpıklık katsayısı 2.23 (-0.355/0.159), diklik katsayısı 1.07 (-0.355/-0.316), toplam KHÖBY Ölçeği'nin çarpıklık katsayısı 4.73 (-0.752/0.159), diklik katsayısı ise 1.88 (0.591/-0.316) olarak bulunmuştur. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda öz koruma, Sosyal Koruma ve toplam KHÖBY Ölçeği'nin normal dağılım göstermediği görülmektedir ($p < 0.01$).

Tablo 4.5 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Puan Dağılımları

Değişkenler		Öz Koruma		Sosyal Koruma		KHÖBY Toplam	
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)
Yaş	64 yaş ve altı	71.53±12.75	74 (33-90)	45.68±11.4	46(19-65)	117.21±20.26	123 (52-154)
	65 yaş ve üstü	66.27±12.2	68(32-90)	46.73±9.78	48(21-68)	113.01±18.92	115 (53-154)
Mann Whitney U			4283.500		5800.000		5167.000
p			0.000		0.563		0.061
Cinsiyet	Kadın	67.31±12.77	69 (36-89)	46.99±10.31	49(22-68)	114.3±19.59	117 (68-154)
	Erkek	68.83±12.41	71 (32-90)	45.65±10.34	46(19-67)	114.48±19.32	116 (52-154)
Mann Whitney U			6337.000		6311.000		6778.500
p			0.335		0.310		0.910
Eğitim durumu	Eğitimi yok ¹	65.78±12.27	68 (37-87)	46.82±10.34	48.5 (27-67)	112.6±19.83	113 (72-147)
	İlkokul ²	67.81±11.96	69.5 (32-90)	47.07±10.32	48.5 (21-68)	114.88±18.54	117 (53-154)
	Ortaokul ve üzeri ³	70.82±13.96	73 (33-90)	44.44±10.26	45 (68-37)	115.25±21.07	87 (48.5-154)
Kruskall Wallis			7.462		2.555		.773
p			0.024*		0.279		0.679
Toplam		67.99±12.60	70 (32-90)	46.39±10.33	47 (19-68)	114.38±19.43	117 (52-154)

*İleri analiz sonucu gruplar arasındaki farklılıklar 1-3. 2-3

Tablo 4.5 Kronik hastalığı olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin puan dağılımları (devamı)

Değişkenler		Öz Koruma		Sosyal Koruma		KHÖBY Toplam	
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)
Medeni durumu	Evli	68.87±11.34	70 (32-90)	45.96±10.04	47 (21-67)	114.83±17.88	116 (53-154)
	Bekar	66.19±14.78	68 (33-90)	47.27±10.9	49 (19-68)	113.47±22.37	119 (52-148)
	Mann Whitney U		5657.500		5543.000		5971.500
	p		0.384		0.269		0.820
Çalışma durumu	Çalışan	71.09±15.27	76 (33-88)	42.85±9.40	45 (19-57)	113.94±22.32	122 (52-140)
	Çalışmayan	67.49±12.08	69 (32-90)	46.97±10.38	48.5 (21-68)	114.46±18.97	117 (53-154)
	Mann Whitney U		2374.000		2571.500		3130.500
	p		0.008		0.035		0.576
Sosyal güvencesi	Var	68.29±12.43	70 (32-90)	46.4±10.36	47 (19-68)	114.69±19.34	117 (52-154)
	Yok	50.75±11.87	49.5 (38-66)	45.75±9.36	49 (32-53)	96.5±17.97	94.5 (78-119)
	Mann Whitney U		132.500		448.500		214.000
	p		0.014		0.920		0.066
Çocuk sayısı	2 ve daha az	68.2±13.67	71 (32-90)	44.43±10.95	45 (19-68)	112.63±20.68	116 (52-149)
	3 ve daha fazla	67.86±11.87	69.5 (36-90)	47.71±9.7	49 (22-67)	115.57±18.51	117.5(68-154)
	Mann Whitney U		6161.500		5465.000		6296.500
	p		0.339		0.020		0.489
Toplam		67.99±12.60	70 (32-90)	46.39±10.33	47 (19-68)	114.38±19.43	117 (52-154)

Tablo 4.5'te Kronik hastalığı olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre KHÖBY puan dağılımları görülmektedir. Hastaların yaş grupları arasında öz koruma puanı ortanca değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken ($p < 0.001$), sosyal koruma ve KHÖBY puan ortancaları açısından farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Yaşı 64 yaş ve altında olan hastaların öz koruma puan ortalaması (71.53 ± 12.75) ve ortancası yaşı 65 yaş ve üzeri olan hastaların öz koruma puan ortalamasından (66.27 ± 12.2) ve ortancasından daha yüksektir.

Tabloda görüldüğü gibi hastaların cinsiyetleri arasında KHÖBY alt boyutları ve genel KHÖBY puan ortancaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$).

Eğitim durumuna göre KHÖBY puan ortanca dağılımları incelendiğinde; sadece öz koruma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde eğitimi olmayan grup ile ilkökul mezunu olan grup arasında anlamlı farklılık olmadığı ($U = 3290.500$, $p > 0.05$); hem eğitimi olmayan grup ile ortaokul ve üzeri mezunu olan grup arasında ($U = 1184.000$, $p = 0.009$), hem de ilkökul mezunu olan grup ile ortaokul ve üzeri mezunu olan grup arasında ($U = 2632.500$, $p = 0.032$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Farklılık yaratan grubun ortaokul ve üzeri mezunu olan grup olduğu düşünülmektedir. Ortaokul ve üzeri mezunu olan hastaların eğitimi olmayan ve ilkökul mezunu olan hastalara göre öz koruma düzeyleri daha yüksektir (Tablo 4.5).

Kronik hastalığı olan bireylerin medeni durumuna göre KHÖBY puan ortanca dağılımları incelendiğinde; evli ve bekar olan hastaların genel KHÖBY ve alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların çalışma durumlarına göre KHÖBY puan ortanca dağılımları incelendiğinde; çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar (emekli, ev hanımı, çalışmayan) arasında öz koruma ve sosyal koruma puan ortancaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken toplam KHÖBY puan ortancası açısından bir farklılık bulunmamıştır. Çalışan hastaların öz koruma puanı ortancası ve ortalaması çalışmayanlardan yüksek, sosyal koruma puanı ortanca ve ortalaması ise daha düşüktür (Tablo 4.5).

Sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre KHÖBY puan ortancası dağılımları incelendiğinde; öz koruma alt boyut puan ortancası açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Sosyal güvencesi olan hastaların öz koruma ortancası sosyal güvencesi olmayan hastalara göre daha yüksektir (Tablo 4.5).

Çocuk sayısına göre KHÖBY puan ortancaları incelendiğinde; sosyal koruma alt boyutu puan ortancası açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Çocuk sayısı 3 ve daha fazlası olanların, 2 ve daha az olanlara göre sosyal koruma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Türü, Hastalık Süresi ve Günlük Yaşam Aktivitesi Değişkenlerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Puan Dağılımı

Değişkenler		Öz Koruma		Sosyal Koruma		KHÖBY Toplam	
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)
Kronik hastalık türü	Kalp damar hast.	70.02±12.41	72 (38-90)	45.76±8.37	45 (26-68)	115.77±15.62	117 (75-149)
	İnme	63.27±13.97	64 (32-89)	45.39±11.12	47 (21-65)	108.67±22.69	114 (53-154)
	KOAH	67.52±11.3	69 (37-82)	50.56±10.72	50 (31-66)	118.07±19.35	119 (77-148)
	Diabetüs mellitüs	69.44±11.1	70 (39-90)	46.17±10.25	47 (23-67)	115.61±18.46	119,5 (68-147)
	Diğer	66.65±14.2	69 (33-90)	45.79±11.9	48 (19-67)	112.44±22.82	111 (52-154)
Mann Whitney U			8.526		5.606		4.294
p değeri			0.074		0.231		0.368
Hastalık süresi (yıl)	10 yıl ve altı	65.88±14.01	68 (32-90)	45.2±11.03	47 (19-68)	111.08±21.75	113 (52-154)
	10 yıldan fazla	69.68±11.13	71 (36-90)	47,33±9,67	49 (22-67)	117,01±17.00	119 (68-151)
Mann Whitney U			5664.500		6058.500		5652.500
p			0.027		0.145		0.025
Barthel indeksi	Tam bağımlı ¹	52±13.02	46 (32-74)	40.91±11.24	43 (21-57)	92.91±23.09	86,5 (53-129)
	İleri derecede bağımlı ²	66.12±10.42	66,5 (41-89)	48.95±9.46	48,5 (28-68)	115.07±15.2	116 (86-148)
	Orta Derecede Bağımlı ³	70.68±10.55	70,5 (38-90)	49.78±8.43	50 (31-67)	120.46±16.05	121,5 (75-154)
	Hafif Derecede Bağımlı ⁴	70.28±12.67	73 (33-90)	41.79±10.69	42 (19-60)	112.07±19.96	116 (52-149)
Kruskall Wallis			34.834		29.295		26.607
p			0.001*		0.001*		0.001*
Toplam		67.99±12.60	70 (32-90)	46.39±10.33	47 (19-68)	114.38±19.43	117 (52-154)

*İleri analiz sonucu gruplar arasındaki farklılıklar. Öz koruma alt boyutunda (1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4), Sosyal koruma alt boyutunda (1-2, 1-3, 2-4, 3,4), KHÖBY toplam (1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 3-4)

Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalık türü, hastalık süresi ve günlük yaşam aktivitesi değişkenlerine göre KHÖBY puan ortancaları Tablo 4.6'da görülmektedir.

Kronik hastalık türüne göre KHÖBY puan ortancaları incelendiğinde; öz koruma, sosyal koruma ve KHÖBY toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Hastalık süresi 10 yıl ve altı, 10 yıldan daha fazla olmak üzere iki grup olarak incelenmiştir. Hastalık süresi 10 yıldan fazla olan hastaların öz koruma ve KHÖBY ortancası hastalık süresi 10 yıl ve daha az olanlardan yüksektir. Gruplar arasında öz koruma ve genel KHÖBY ortancaları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Günlük yaşam aktivitesine (Barthel indeksi) göre KHÖBY ortancaları incelendiğinde; bağımlılık düzeyleri arasında öz koruma, sosyal koruma ve KHÖBY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.001$). Günlük yaşam aktivitesi tam bağımlı olanların öz koruma, sosyal koruma ve KHÖBY puanları ileri, orta ve hafif bağımlı olanlara göre daha düşüktür (Tablo 4.6).

4.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü

Tablo 4.7 Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Tanımlayıcı Bulguları

	Bakım yüğü
Ortalama	31.74
Standart sapma	14.95
Varyans	223.50
Medyan	30
Minimum	2
Maksimum	81
Dağılım aralığı	79
Çeyrekler arası aralık	22
Cronbach alfa	0.90

Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin tanımlayıcı bulguları Tablo 4.7'de görülmektedir. Ölçeğin ortalaması 31.74 ± 14.95 'dir (min.2-max.81). İç tutarlılık katsayısı olan Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8 Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Normal Dağılımına İlişkin Bulgular

	Bakım yüğü
Çarpıklık	0.656
Çarpıklık standart hata	0.159
Diklik standart hata	0.037
Diklik standart hata	0.316
Kolmogorov-Smirnov	0.098
df	235
p	0.001

Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin normal dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.8'de verilmiştir. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin çarpıklık katsayısı 4.12 (0.656/0.159), diklik katsayısı ise 0.12 (0.037/-0.316) olarak bulunmuştur. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin normal dağılım göstermediği görülmektedir ($p < 0.01$).

Tablo 4.9 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Yükü Puan Dağılımları

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$		Test değeri	p değeri
Yaşı				
64 yaş ve altı	32.26±15.02	30 (9-75)	U=5922.500*	0.743
65 yaş ve üstü	31.48±14.96	30 (2-81)		
Cinsiyeti				
Kadın	31.04±15.46	28 (2-75)	U=6218.500*	0.233
Erkek	32.58±14.34	33 (3-81)		
Eğitim durumu				
Eğitimi yok	32.42±15.43	30 (10-71)		
İlkokul	32.12±15.54	30.5 (2-81)	K-W=.187**	0.911
Ortaokul ve üzeri	30.16±13.16	31 (3-59)		
Medeni durumu				
Evli	32.23±14.7	31.5 (3-81)		
Bekar	30.71±15.5	27 (2-68)	U=5628.000*	0.352
Çalışma durumu				
Çalışan	27.61±12.66	24 (3-55)	U=2809.000*	0.148
Çalışmayan	32.41±15.22	31 (2-81)		
Sosyal güvencesi				
Var	31.75±15.04	30 (2-81)	U=443.000*	0.888
Yok	31.00±10.03	26.5 (25-46)		
Çocuk sayısı				
2 ve daha az	33.91±15.62	33 (9-81)		
3 ve daha fazla	30.26±14.36	27 (2-75)	U=5760.500*	0.082
Toplam	31.74±14.95	30 (2-81)		

*Mann Whitney U testi ** Kruskal Wallis testi

Tablo 4.9 'da kronik hastalığı olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım yükü puan ortancaları görülmektedir. Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım yükü puan ortancası incelendiğinde; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi ve çocuk sayısı değişkenlerinde gruplar arasında bakım yükü puan ortancası yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.10 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Türü, Hastalık Süresi ve Günlük Yaşam Aktivitesi Değişkenlerine Göre Bakım Yükü Puan Dağılımları

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)	Test değeri	p değeri
Kronik hastalık türü				
Kalp damar hast. ¹	26.19±11.91	25.5 (2-55)		
İnme ²	44.03±15.81	45 (12-75)		
KOAH ³	35.93±16.06	37 (12-63)	K-W=29.728	.000*
Diabet ⁴	30.00±13.56	29 (3-71)		
Diğer ⁵	30.49±14.33	24 (8-81)		
Hastalık süresi (yıl)				
10 yıl ve altı	32.99±16.17	30.5 (10-81)		
10 yıldan fazla	30.74±13.89	30 (2-71)	U=6413.500	.441
Günlük yaşam aktivitesi				
Tam bağımlı ¹	41.82±15.48	40.5 (8-68)		
İleri derecede bağımlı ²	35.19±17.15	32 (2-81)	K-W=20.889	.000**
Orta Derecede Bağımlı ³	31.49±12.98	30 (10-75)		
Hafif Derecede Bağımlı ⁴	26.92±14.22	21 (3-71)		
Toplam	31.74±14.95	30 (2-81)		

*Hastalık türüne göre ileri analiz sonucu gruplar arasındaki farklılıklar 1-2, 1-3, 2-4,2-5)

**Günlük yaşam aktivitesine göre ileri analiz sonucu gruplar arasındaki farklılıklar (1-3, 1-4, 2-4, 3-4)

Tablo 4.10'da kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalık türü, hastalık süresi ve günlük yaşam aktivitesi değişkenlerine göre bakım yükü puan dağılımları görülmektedir. Hastaların sahip olduğu kronik hastalık türlerine bakım veren bireyin bakım yükü puan ortancası açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p=0.01$). Kalp damar hastalığı olan bireye bakım veren aile bireyinin bakım yükü ortalaması 26.19 ± 11.91 , inmeli hastaya bakım verenlerin 44.03 ± 15.81 , KOAH hastasına bakım verenlerin 35.93 ± 16.06 ve diabetüs mellitüs hastasına bakım verenlerin yükü 30.00 ± 13.56 olarak belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde kalp damar hastasına bakım verenlerin hem inmeli hastaya bakım verenler hem de KOAH hastasına bakım verenlerle bakım yükü açısından anlamlı farklılık olduğu, inmeli hastaya bakım verenlerin ise, hem diabetüs mellitüs hastasına hem de diğer kronik hastalığa sahip hastaya bakım verenlerin bakım yükü arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.

Hastalık süresine göre bakım yükü puan ortancaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Günlük yaşam aktivitesine (Barthel indeksi) göre bakım yükü puan ortancaları incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.001$). Yapılan ileri analizde hafif derecede bağımlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü diğer üç grupta karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tam bağımlı olanlarla hem orta derecede bağımlı olanlar hem de hafif derecede bağımlı olanlar arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.11 Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Yükü Puan Dağılımları

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)	Test değeri	p değeri
Yaş				
40 yaş altı	33.33±17.65	29 (2-71)	K-W=2.013	.365
40 ve 64 yaş arası	32.39±14.39	32 (8-75)		
65 yaş üzeri	30±14.95	28 (3-81)		
Cinsiyet				
Kadın	34.03±16	33 (3-81)	U=4912.000	.004
Erkek	27.62±11.86	25 (2-75)		
Eğitim durumu				
Eğitimi yok	37.86±14.79	42 (15-64)	K-W=6.296	.178
İlkokul	31.48±15.72	29 (3-81)		
Ortaokul	35.95±17.63	32.5 (15-71)		
Lise	27.74±12.6	28 (2-68)		
Üniversite	30.33±12.69	30 (9-64)		
Medeni durumu				
Evli	31.62±14.37	30 (3-81)	U=2768.000	.904
Bekar	32.67±19.18	29 (2-68)		
Çalışma durumu				
Çalışan	28.93±13.20	26 (2-64)	K-W=12.800	.002
Emekli	28.50±14.13	26 (9-81)		
Ev hanımı	36.02±15.79	35 (8-71)		
Sosyal güvencesi				
Var	31.95±14.81	30 (8-81)	U=2186.500	.606
Yok	29.64±16.45	31 (2-68)		
Çocuk sayısı				
2 ve daha az	31.41±14.54	30 (2-81)	K-W=3.357	.187
3 çocuk	34.83±17.13	31 (3-75)		
4 ve daha fazla	27.79±11.88	24 (12-58)		
Toplam	31.74±14.95	30 (2-81)		

Tablo 4.11 Bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım yükü puan dağılımı (devamı)

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-max)	Test değeri	p değeri
Kronik hastalık				
Var	31.96±14.67	30.5 (3-81)	U=5765.000	.628
Yok	31.27±15.62	29 (2-75)		
Hasta ile yakınlık derecesi				
Oğlu ¹	26.48±11.86	24 (2-75)	K-W=13.369	.020
Kızı ²	32.62±15.02	30.5 (8-64)		
Gelini ³	38.92±20.61	41 (14-71)		
Damadı ⁴	13.33±6.66	10 (9-21)		
Torun ⁵	43.50±21.36	45 (16-68)		
Eşi ⁶	32.37±14.38	24 (2-75)		
Hasta ile aynı evde yaşama durumu				
Evet	32.96±15.57	31 (2-81)	U=4224.500	.057
Hayır	27.93±12.18	27 (8-71)		
Bakım verme süresi				
0-6 ay	32.3±15.1	30 (2-81)	K-W=2.006	.367
7-12 ay	28.15±13.21	28 (8-56)		
1 yıldan fazla	32.78±17.57	29 (14-61)		
Hasta bakımına yardım eden birisinin varlığı				
Var	30.19±14.36	27 (8-71)	U=5866.500	.059
Yok	33.59±15.49	33 (2-81)		
Toplam	31.74±14.95	30 (2-81)		

* İleri analiz sonucu gruplar arasındaki farklılıklar (1-2, 1-4, 1-6, 2-4, 3-4, 4-6).

Bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım yükü puan dağılımları Tablo 4.11'de görülmektedir. Bakım verenlerin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, kronik hastalığı olma durumu, hasta ile aynı evde yaşama durumu, bakım verme süresi ve hastanın bakımına yardım eden birisinin varlığı

değişkenlerine göre bakım yükü puan ortancası dağılımları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım yükü puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kadınların bakım yükü puan ortancası erkeklere göre daha yüksektir (Tablo 4.11).

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre bakım yükü puan ortancaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Ev hanımlarının bakım yükü puan ortancası emekliler ve çalışanlara göre daha yüksektir. Bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında çalışan bakım verenlerin bakım yükü ortalaması 28.93 ± 13.20 , emekli olan bakım verenlerin 28.50 ± 14.13 , ev hanımı olan bakım verenlerin 36.02 ± 15.79 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Bakım verenin hasta ile yakınlık derecesine göre bakım yükü puan ortancaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Torunun bakım yükü puanının, diğer bakım veren aile üyelerine göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan ileri analizde oğulların ile kızlar, oğullar ile damatlar, oğullar ile eşler, kızlar ile damatlar, gelinler ile damatlar, damatlar ile eşlerin bakım yükü aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Oğullar ve damatların bakım yükü kızlar, gelinler, torunlar ve eşlere göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.11).

4.4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Günlük Yaşam Aktivitesi ile Bakım Yükü Arasındaki İlişki

Tablo 4.12 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitesi ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ile Bakım Yükü Arasındaki İlişki

Değişkenler	Bakım yükü r	Öz Koruma r	Sosyal Koruma r	Toplam r
Öz Koruma	-,009			
Sosyal Koruma	,134*	,366**		
KHÖBY	0.074	0.819**	0.811**	
Barthel İndeksi	-,291**	,358**	-,085	0.167*

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

Tablo 4.12'de Kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitesi ve kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ile bakım yükü arasındaki ilişki görülmektedir. Bakım verme yükü ölçeği ve KHÖBY ölçeği puanları normal dağılmadığı için aralarındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir.

Hastanın günlük yaşam aktivitesi ile KHBY z koruma alt boyutu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki ($p < 0.001$), genel KHBY puanı ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastanın günlük yaşam aktivitesi ile bakım veren bireyin bakım yükü arasında negatif yönlü ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.001$) (Tablo 4.12).

Hastanın z koruma, sosyal koruma ve genel KHBY puanları ile bakım veren bireyin bakım yükü puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında öz koruma ve genel KHBY ile ilişki bulunmazken ($p > 0.05$) sosyal koruma ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 4.12).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, kronik hastalığı olan bireyin öz bakım yönetimi ve bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma kapsamında 235 kronik hastalığı olan birey ve bakım veren aile üyesi ile görüşülmüş ve verileri toplanmıştır. Bu bölümde kronik hastalığı olan bireylerin ve bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özellikleri, kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi, kronik hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitesi, kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve bakım yükü arasındaki ilişki literatür bilgisi doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Kronik hastalığı olan bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde %67.2'sinin 65 yaş ve üstü olduğu, % 32.8'inin 64 yaş ve altı olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %54.9'unun kadın, %51.1'inin ilkokul mezunu ve yalnızca % 23.4'ünün ortaokul ve üzeri eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların %67.2'sinin evli, %86'sının çalışmadığı ve %98.3'ünün sosyal güvencesi olduğu bulunmuştur. Ayrıca katılımcılardan %59.6'sinin 3 ve daha fazla çocuğu bulunmaktaydı.

Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin hastalık tanıları en çok %29.8 ile diyabet, %26.4 ile kalp ve damar hastalıkları, %18.3 ile diğer (kronik böbrek yetmezliği, astım, alzheimer, demans vs.), %14 ile inme, %11.5 ile KOAH takip etmekteydi. Benzer şekilde kronik hastalıklarla yapılan çalışmalarda en sık görülen kronik hastalığın diyabet olduğu belirlenmiştir. Iovino ve arkadaşlarının 340 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada hastalık türünün dağılımı sırasıyla diyabet, kalp yetmezliği ve KOAH olarak bildirilmiştir (Iovino vd 2020). Hem Doğan ve arkadaşlarının hem de Özdelikara ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalık olarak en fazla diyabet bulunmakta, onu hipertansiyon ve KOAH izlemektedir (Doğan vd 2019, Özdelikara vd

2020). Türkiye’de 15 yaş üstünde yüksek kan şekeri ya da diyabet sıklığı genel olarak %9.1, kardiovasküler hastalık sıklığı %7.2, inme sıklığı %0.8, KOAH sıklığı %7.1 olarak bildirilmiştir (Üner vd 2018, Şahan vd 2020, Karaoğlu 2020). Araştırma örnekleminde yer alan kronik hastaların hastalık türleri dağılımının Türkiye verileri ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Hastaların %44.3’ünün hastalık süresi 10 yıldan azdı. Çalışmamızdaki hastaların günlük yaşam aktivitesi Barthel indeksi ile değerlendirilmiştir. Hastaların %9.4’ü tam bağımlı, %17.9’u ileri derecede bağımlıdır. Hastaların %42.5’i orta derecede, %30.2’si hafif derecede bağımlı olduğu da göz önüne alınarak araştırma grubunun günlük yaşam aktiviteleri açısından bağımlılık düzeyinin düşük olduğu söylenebilir.

Bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde çoğunluğunun %56.6 ile 40-64 yaş aralığında olduğu, %31.9’unun 65 yaş ve üzeri, % 11.5’ inin de 40 yaş ve altında olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %64.3’ü kadındır. Taşdelen ve Ateş’in 2012’de yaptıkları “Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi” adlı çalışmalarında da her beş bakım verenden dördünün kadın olduğunu saptamışlardır (Taşdelen ve Ateş 2012). Literatürde Durante ve arkadaşlarının 2019’da yayınladığı 505 hasta ve bakım vereni üzerinde yapılmış bir başka çalışmada ise; bakım verenlerin yarısından fazlasının kadınlardan oluştuğu belirtilmiştir (Durante vd 2019). Alanyazında aile üyelerine verilen bakımın çoğunluğunun kadınlar tarafından gerçekleştirildiği bilinmektedir (Selçuk ve Avcı 2016, Iovino vd 2020).

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin yarıya yakını ilkokul mezunu, çoğunluğunun evli, %41.3’ünün ev hanımı olduğu ve tamamına yakınının sosyal güvenceye sahip olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamıza katılan bakım veren bireylerin %68.1’inin kronik hastalığı bulunmaktadır. Bakım veren aile üyelerinin hasta ile yakınlık derecesi %49.8 oranında eşi, %24.7 oranında kızı, %17 oranında oğlu ve oranları azalan sırasıyla gelini, torunu ve damadı şeklinde olduğu görülmüştür. Hasta ve bakım verenlerin %70.8’i aynı evde yaşamaktadır. Bakım verenin hasta ile aynı evi paylaşması Iovino ve arkadaşlarının çalışmasında %54.71, Kalıncara ve Kalaycı’nın çalışmasında %75.7, Şirzai ve arkadaşlarının çalışmasında %75.5 olarak bildirilmiştir. (Şirzai vd 2015, Kalıncara ve Kalaycı 2017, Iovino vd 2020). Iovino ve arkadaşlarının çalışması İtalya’da diğer iki çalışma Türkiye’de yapılmıştır. Araştırma sonuçları Türk toplumunda gereksinimi olan hastanın bakım verenle aynı evi paylaşmasının kültürel olarak kabul gören bir davranış olduğunu düşündürmektedir.

Bakım veren bireye hasta bakımında kendisine yardımcı olan birinin olup olmadığı sorulduğunda %54.5’i “var” şeklinde yanıt vermiştir. Hasta bakımına yardım

eden biri ya da birilerinin varlığı, bakım verenin dinlenmesi, sorumlulukları paylaşması, erken dönemde bakım güçlüğü'nün önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

5.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetiminin İncelenmesi

Kronik hastalıkların seyrini tedavi ve bakım belirlemektedir. Tedavi başarısında en önemli belirleyicilerden biri bireyin öz bakım yönetimidir. Bu nedenle bu araştırmada hastaların öz bakım yönetimleri incelenmiştir. Genel KHÖBY ölçeğinin ortalaması 114.38 ± 19.48 , öz koruma alt boyutunun ortalaması 67.99 ± 12.60 , sosyal koruma alt boyutunun ortalaması 46.38 ± 10.33 'tür. Genel ölçekten en düşük 35 en yüksek 175 puan alınabileceği göz önüne alındığında bu ortalamanın yüksek olduğu ve araştırma kapsamına alınan kronik hastaların öz bakım yönetiminin iyi olduğu söylenebilir. Ülkemizde daha önce aynı konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde, kronik hastalığı olan bireylerin öz koruma, sosyal koruma ve genel öz bakım yönetiminin yüksek olduğu belirlenmiştir (Doğan vd 2018, Kaya 2019, Özdelikara vd 2020). Benzer şekilde Iovino ve arkadaşlarının diabet, kalp yetmezliği ve KOAH hastaları ile yapmış oldukları çalışmada da hastaların öz bakım izlemi, öz bakımı sürdürme ve öz bakım yönetimi düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Iovino vd 2020). Araştırma bulguları literatürde bu konu ile yapılmış çalışmalarla benzer sonuçlara sahiptir. Sonuç olarak araştırma kapsamına alınan hastaların kendi öz bakımlarına önem verdiğini, kendi bakımlarına aktif olarak katıldıklarını ve sorumluluk aldıklarını göstermektedir.

Kronik hastalığı olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre KHÖBY puan ortancası incelendiğinde; hastaların yaş grupları arasında öz koruma puan ortancası açısından anlamlı bir farklılık bulunurken ($p < 0.001$), sosyal koruma ve genel KHÖBY puan ortancası açısından farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$). Yaşı 64 yaş ve altında olan hastaların öz koruma puan ortancası, yaşı 65 yaş ve üzeri olan hastaların öz koruma puan ortancasından daha yüksektir. Yaşı 64 yaş ve altında olan hastaların öz koruma puan ortancası (71.53 ± 12.75), yaşı 65 yaş ve üzeri olan hastaların öz koruma puan ortancasından (66.27 ± 12.2) daha yüksektir. Özdelikara ve arkadaşları çalışmalarında kronik hastalığı olan 60 yaş ve üzeri grubun öz koruma puanınının, 20-39 yaş ve 40-59 yaş gruplarına göre daha düşük olmasına rağmen, yaşın hastalık öz bakım yönetimini etkilemediğini bildirmişlerdir (Özdelikara vd 2020). Iovino ve arkadaşlarının çalışmasında yaşın öz bakımı sürdürmede etkili, öz bakım yönetiminde ise etkili olmadığı bulunmuştur (Iovino vd 2020). İtalya'da kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bir çalışmada yaş arttıkça hastaların daha kötü öz bakım sürdürme davranışına sahip olduğu bulunmuştur (Cocchieri vd 2015). Bizim çalışmamızın bulguları Cocchieri ve arkadaşlarının bulguları

ile benzerdir. Yaş arttıkça hastanın bağımlılık durumu ve fonksiyonel yetersizliği artmakta, bilişsel durumunda, sağlığı ile ilgili problemleri algılamada, problem çözme becerisinde, karar alma ve uygulama durumlarında zayıflama olabilmektedir (Karadeniz Mumcu 2016, Soylu ve Pala 2018, Stein vd 2019). Ayrıca yaş arttıkça kronik hastalığa farklı sağlık sorunları eşlik etmekte ve birey aynı anda birden fazla sağlık sorunu ile baş etmek zorunda kalmaktadır (Barnette vd 2012). Birey yaşlandıkça meydana gelen bu değişimler nedeniyle öz bakım yönetiminin azaldığı düşünülmektedir.

Hastaların cinsiyetleri arasında KHÖBY alt boyutları ve genel KHÖBY puan ortancaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Özkan Tuncay ve arkadaşlarının diyabetes mellitus hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmada cinsiyetin öz bakımı yönetimini eklediğini ve erkeklerin öz bakım yönetiminin kadınlardan daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (Özkan Tuncay ve Avcı 2020). Bunun yanı sıra cinsiyetin öz bakım davranışı ve yönetimini etkilemediğini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. Wang ve arkadaşlarının 192 KOAH hastası ile yaptıkları çalışmada hastanın cinsiyetinin öz bakım davranışını etkilemediğini bulmuşlardır (Wang vd 2012). Özdelikara ve arkadaşları kronik hastalığı olan bireyin cinsiyetinin öz koruma, sosyal koruma ve genel öz bakım yönetimi üzerinde etkisinin olmadığını bildirmişlerdir (Özdelikara vd 2020). Fabrizi ve arkadaşları diabetüs mellitüs hastaları ile yaptığı çalışmada cinsiyetin öz bakımı sürdürme, öz bakım izleme ve öz bakım yönetiminde etkili bir faktör olmadığını belirlemişlerdir (Fabrizi vd 2020). Çalışma sonuçları her üç çalışmaların sonuçları ile benzerdir.

Eğitim durumuna göre KHÖBY puan ortancası dağılımları incelendiğinde; sadece öz koruma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde eğitimi olmayan grup ile ilkökul mezunu olan grup arasında anlamlı farklılık olmadığı; farklılık yaratan grubun ortaokul ve üzeri mezunu olan grup olduğu bulunmuştur. Ortaokul ve üzeri mezunu olan hastaların eğitimi olmayan ve ilkökul mezunu olan hastalara göre öz koruma düzeyleri daha yüksektir. Sü'nün kemoterapi tedavisi alan 239 kanser hastaları ile yaptığı çalışmada hastalarının eğitimi arttıkça öz bakım yönetimin arttığını bildirmişlerdir (Sü 2015). Aynı şekilde Özkan Tuncay ve Avcı eğitim düzeyi arttıkça öz bakım yönetiminin de arttığını ifade etmişlerdir (Özkan Tuncay ve Avcı 2020). Özdelikara ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada; eğitim durumu değişkenine bakıldığında, okuryazar olmayan hastaların KHÖBY toplam ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Özdelikara vd 2020). Wang ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyinin öz bakım davranışları üzerinde etkili olmadığı bildirilmiştir (Wang vd. 2012). Bizim çalışmamızın sonuçları Sü'nün çalışması ve Özkan Tuncay ve Avcı'nın çalışma sonuçları ile benzer, Özdelikara ve arkadaşları ile Wang ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarından farklıdır. Eğitim düzeyi yüksek olan birey kendi

sağlığı ile ilgili sorumluluk alma, sağlık sorunları için yardım arama ve alma, hastalığının yönetimi konusunda karar alma konusunda daha bağımsız davranışlar gösterebilirler. Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek olan hastaların öz bakım yönetimi daha yüksek olabilir.

Kronik hastalığı olan bireylerin medeni durumuna göre KHÖBY puan ortancası incelendiğinde; evli olanların öz koruma, bekar olanların sosyal koruma ve genel öz bakım yönetimi ortancası daha yüksek olmasına rağmen, gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu konuda literatürde farklı araştırma bulguları bulunmaktadır. Sü'nün kanser hastaları ile yaptığı çalışmada bekar olanların öz yönetiminin daha yüksek olduğu bildirilirken, Özdelikara ve arkadaşlarının 2020 yılında yapmış oldukları "Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi" isimli çalışmalarında; evli olan hastaların sosyal koruma, öz koruma ve genel KHÖBY puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Sü 2015, Özdelikara vd 2020). Literatürde evli hastaların sosyal ve bireysel destek etkenlerinin bekarlara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Karadut vd 2013, Sayan ve Erci 2001). Evli hastaların sorumluluk sahibi olmaları ve sosyal destek mekanizmalarını daha etkili şekilde kullanabilmeleri öz bakım yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirmelerine katkı sağlamaktadır (Özdelikara vd 2020). Özkan Tuncay ve Avcı'nın çalışmasında diyabetes mellitus hastalarının medeni durumunun öz bakım yönetimine etkisinin olmadığı bulunmuştur (Özkan Tuncay ve Avcı 2020). Bizim çalışma bulguları Özkan Tuncay ve Avcı'nın çalışması ile benzerdir.

Hastaların çalışma durumlarına göre KHÖBY puan ortancası incelendiğinde; çalışan hastaların öz koruma puan ortancası çalışmayanlardan yüksek, sosyal koruma puan ortancası ise daha düşüktür. Gruplar genel öz bakım yönetimi açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Çalışan hastalar kendi sağlıkları ile daha fazla öz koruma kullanırken, çalışmayan hastalar daha fazla sosyal koruma kullanmaktadır. Çalışmayan hastaların sosyal koruma kullanması ailesini hastalığın etkilerinden korumak için daha fazla çaba sarf ettiğini göstermektedir. Sü'nün 2015'te yaptığı "Kemoterapi uygulanan hastalarda bilgi düzeyi ile öz bakım yönetimi ilişkisi" adlı çalışmasında da öz bakım gücünün çalışanlarda çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Sü 2015). Bizim çalışmamızın tersine Kaya'nın 2019'da yaptığı "Dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu" adlı çalışmada herhangi bir işte çalışmayanların sosyal koruma ve öz bakım yönetimi puan ortalamasının çalışanların puan ortalamasından daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Kaya 2019). Özkan Tuncay ve Avcı'nın çalışmasında çalışan hastaların öz bakım yönetimini daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (Özkan Tuncay ve Avcı 2020). Bizim çalışma sonuçlarımız Sü (2015) ile Özkan Tuncay ve Avcı'nın (2020) çalışma sonuçları ile benzerdir.

Sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre KHÖBY puan ortancası incelendiğinde; öz koruma puan ortancası açısından aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan hastaların, öz koruma düzeyleri sosyal güvencesi olmayan hastalara göre daha yüksektir. Hastanın sosyal güvenceye sahip olması, hastalığı ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşadığında tedavi giderlerini düşünmeden, gereksinim duyduğu sağlık hizmetini zamanında almasını sağlamaktadır. Gereksinimi olan sağlık hizmetini alan hasta, aldığı hizmet sırasında sağlık personeli tarafından hastalığı ile ilgili bilgi alarak, hastalığını daha iyi yönetme konusunda becerisini geliştirme şansını yakalayabilir.

Çocuk sayısına göre KHÖBY puan ortancası incelendiğinde; sosyal koruma puan ortancası açısından anlamlı fark varken, öz koruma puan ortancası açısından anlamlı fark yoktur. Çocuk sayısı 3 ve daha fazlası olanların, 2 ve daha az olanlara göre sosyal koruma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Çocuk sayısının fazla olması öz korumayı etkilemezken sosyal koruma düzeyini etkilemektedir. Çocuk sayısının fazla olması hastanın çocuklarla özel paylaşımının azalması, çocukların hastanın sorunlarına karşı duyarlılığının azalması sonucu hasta birey hastalığının etkilerinden çevresindeki bireyleri korumak için daha fazla çaba harcıyor olabilir.

Hastaların kronik hastalık türü ile KHÖBY puan ortancası incelendiğinde; öz koruma, sosyal koruma ve KHÖBY toplam puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Özdelikara ve arkadaşları çalışmalarında kronik kalp yetmezliği olan hastaların KHÖBY toplam ölçek puanlarının kanser, diabetüs mellitüs, KOAH ve hipertansiyon hastalarına göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Özdelikara vd 2020). Doğan ve arkadaşları 2018 yılında "Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi ve öz bakım yönetimi" ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise; solunum sistemi hastalığı olan bireylerin KHÖBY genel puanlarının diyabetik hastaların KHÖBY genel puanlarına göre daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (Doğan vd 2018). Iovino ve arkadaşları kalp yetmezliği ve KOAH'a göre diabet hastalığının öz bakım yönetimini olumsuz etkilediği sonucuna varmışlardır (Iovino vd 2020). Çalışma bulguları alanyazındaki araştırma bulguları ile benzer olmayıp, hastalık türünün öz bakım yönetiminde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hastalık süresi 10 yıl ve altı, 10 yıldan daha fazla olmak üzere iki grup olarak incelenmiştir. Hastalık süresi 10 yıldan fazla olan hastaların öz koruma ve KHÖBY toplam puan ortancası; hastalık süresi 10 yıl ve daha az olanlardan yüksektir. Gruplar arasında öz koruma ve genel KHÖBY puan ortancası açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır. Özdelikara ve arkadaşlarının 2020 yılında yapmış oldukları "Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi" isimli çalışmalarında çıkan sonuç ise bizim bulgularımızla benzememektedir. Onların çalışmasında hastalık

süresi 10 yıldan az olanların genel öz bakım yönetimi ve öz koruma alt boyut puan ortalamaları hastalık süresi 10 yıl ve daha fazla olanlardan yüksek olmasına karşın gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Özdelikara vd 2020). Özkan Tuncay ve Avcı'nın çalışmasında bizim çalışma sonuçlarına benzer şekilde hastaların hastalık süresi uzun olanların öz bakım yönetiminin daha iyi olduğu belirlenmiştir (Özkan Tuncay ve Avcı 2020). Öz bakım yönetimi zamanla gelişebilir ve değiştirilebilir. Hastalık süresinin uzun olması; hastaların hastalığın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip etme, tedaviye uyum sağlama ve yaşam tarzını değiştirme ve hastalıkla yaşamayı öğrenme gibi öz bakım yönetimi becerileri edinmelerine katkıda bulunmuş olabilir.

Günlük yaşam aktivitesine (Barthel indeksi) göre KHÖBY puan ortancası incelendiğinde; bağımlılık düzeyleri arasında öz koruma, sosyal koruma ve KHÖBY toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Günlük yaşam aktivitesi tam bağımlı olanların öz koruma, sosyal koruma ve KHÖBY toplam puanları ileri, orta ve hafif bağımlı olanlara göre daha düşüktür. Kaya'nın 2019'da yaptığı "Dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu" adlı çalışmasında günlük yaşam aktiviteleri yarı bağımlı olan bireylerin sosyal koruma alt ölçek puanı, bağımlı ve bağımsız olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Kaya 2019). Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olması hastanın öz bakım yönetimini olumlu olarak etkilemektedir. Bağımsız olan hasta kendi bakımında daha fazla sorumluluk almakta ve kendi hastalığına ilişkin bakımını daha iyi yönetebilmektedir.

5.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün İncelenmesi

Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin ortalaması 31.74 ± 14.95 'dir (min.2-max.81). Bakım verme yükü ölçeğinden en az 0 en fazla 88 alınabileceği göz önüne alındığında bu çalışmada bakım verenlerin orta düzeyde bakım yükü yaşadığı görülmektedir. Çalışmalarda kronik hastalığı olan hastaya bakım verenlerin yükü ortalama 32.61 ± 14.83 (Özkan Tuncay vd 2015), KOAH hastasına bakım verenlerin bakım yükü ortalama 39.64 ± 15.07 (Tel vd 2012), inmeli hastaya bakım verenlerin yükü ortalama 33.02 ± 15.92 (Mollaoğlu vd 2011) olarak belirlenmiştir. Bizim çalışma bulgularımız Türkiye'de kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerin bakım yükü ortalamaları ile benzer çıkmıştır. Bunun sebebi ülkemizde hastanın aile bireyinden bakım alması kültürel ve dini olarak kabul görmesi, bakım verenlerin kendini bakım vermeye daha fazla hazır hissetmeleri olabilir.

Kronik hastalığı olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım yükü puan ortancası incelediğimizde; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi ve çocuk sayısı değişkenlerindeki gruplar arasında bakım yükü puan ortancası yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı.

Hastaların sahip olduğu kronik hastalık türlerine göre bakım veren bireyin bakım yükü puan ortancaları açısından anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farklılığın kalp damar hastasına bakım verenlerin bakım yükünün, diğer hastalara bakım verenlerin yükünden az olması ve inmeli hastaya bakım verenlerin bakım yükünün ise diğer tüm hastalara bakım verenlerden yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Selçuk ve Avcı'nın 2016'da yaptığı "Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler" adlı çalışmalarında da inme tanısı alan yaşlıların bakım yükü ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Selçuk ve Avcı 2016). İnmeli hastanın günlük yaşam aktivitesi yönünden diğer hastalara göre daha fazla bağımlı olmasının ve daha fazla bakım gereksiniminin olmasının bakım veren üzerinde yükü artırdığı düşünülmektedir. Hastalık süresine göre bakım yükü puan ortancası incelendiğinde; anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Günlük yaşam aktivitesine (Barthel indeksi) göre bakım yükü puan ortancası incelendiğinde; gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan ileri analizde hafif derecede bağımlı hastaya bakım verenlerin bakım yüküyle, diğer üç grup (ileri derece bağımlı, orta derece bağımlı ve tam bağımlı) karşılaştırıldığında anlamlı farklılık oluşturacak şekilde düşük olduğu belirlenmişti. Ayrıca tam bağımlı olanlarla hem orta derecede bağımlı olan hastalar, hem de hafif derecede bağımlı olan hastalar arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır. Benzer sonuçlar Taşdelen ve Ateş'in, 2012'de yaptığı; "Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi" adlı çalışmalarında da elde edilmiştir. Araştırmacılar 177 hasta ve primer bakım vereni üzerinde yaptıkları çalışmada, günlük yaşam aktivitesi bağımlılık durumu ile bakım verenlerin yükü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Taşdelen ve Ateş 2012). Yapılan çalışmalarda hastanın beslenme, boşaltım, hareket etme, giyinme, yürüme gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlı olması bakım verenlerin bakım yükünü artırdığı bildirilmektedir (Mollaoğlu vd 2011, Tel vd 2012, Gürol ve Çapık 2014, Selçuk ve Avcı 2016, Bekdemir ve İlhan 2019). Bağımlı hastaya bakım veren hasta bakımına daha fazla zaman ayırmak zorunda kalmakta ve daha fazla sorumluluk almak zorunda kalmaktadır. Kendi yaşamının yanı sıra hastanın bakımı nedeniyle üstlendiği ek sorumluluklar bakım verenin fiziksel ve ruhsal açıdan zorluk yaşamasına yol açarak bakım yükünü artırmaktadır (Mollaoğlu vd 2011, Zaybak vd 2012, Zhu ve Jiang 2018).

Bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım yükü puan ortancalarını incelediğimizde; bakım verenlerin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, çocuk sayısı kronik hastalığı olma durumu, hasta ile aynı evde yaşama durumu, bakım verme süresi ve hastanın bakımına yardım eden birisinin varlığı değişkenlerine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım yükü puan ortancaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kadınların bakım yükü puan ortancası erkeklere göre daha yüksektir. Erkuran ve Altay'ın 2020'de "Alzheimer'lı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisi" isimli çalışmalarında da görüldüğü üzere; kadınların bakım yükü ölçek puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Erkuran ve Altay 2020). Bakım yükünün incelendiği çalışmalarda kadın bakım verenlerin bakım yükünün erkeklerden daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Kim vd 2012, Çetinkaya ve Karadakovan 2012, Yeşil vd 2016, Bekdemir ve İlhan 2019). Kadının eş, anne, ev ve yemek işi ve çalışma rollerine bakım verme rolünün eklenmesi ve tüm rollerini yerine getirirken zorlanmaktadır (Shamsaei vd 2015, Yeşil vd 2016).

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre bakım yükü puan ortancaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Ev hanımlarının bakım yükü puan ortancası emekliler ve çalışanlara göre daha yüksektir. Mollaoğlu ve arkadaşlarının 2011 yılında inmeli hastaya bakım verenlerin bakım yükü üzerinde yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan bakım verenlerde çalışanların bakım yükünün çalışmayan bakım verenden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Mollaoğlu vd 2011). Selçuk ve Avcı'nın 2016'da gerçekleştirdiği çalışmada, bakım verenlerin %88'inin çalışmadığını belirlemiştir. Çalışmayan bakım verenlerin bakım yükü puanları çalışan bakım verenlere göre daha yüksektir (Selçuk ve Avcı 2016). Zaybak ve arkadaşlarının 2012'de yaptıkları çalışmada, çalışmayan bakım veren bireylerin çalışan bireylere göre daha fazla yük altında oldukları belirlendi (Zaybak vd 2012). Bekdemir ve İlhan'ın 2019 yılında yaptıkları "Yatağa bağımlı hastaların bakıcılarında bakıcı yükünün yordayıcıları" adlı çalışmalarında, çalışmayan bakım verenlerin bakım yükünün, çalışan bakım verenlerden daha fazla olduğunu belirlemişlerdir (Bekdemir ve İlhan 2019). Bizim araştırmamızın bulguları literatürde bu konu ile yapılmış çalışmalarla benzer sonuçlara sahiptir. Çalışmadığı için ev içinde bakım sorumluluğunun tamamen bakım verene bırakılması, bakım konusunda aile bireylerinden daha az destek görmesi, ekonomik açıdan bağımsız olmamaları ve gün içinde hasta ile çok uzun süre geçirmek zorunda olmaları nedeniyle ev hanımlarının bakım yükünün çalışan ve emekli bakım verenlerden daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Bakım verenin hasta ile yakınlık derecesine göre bakım yükü puan ortancalarının incelendiğinde; anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde anlamlılığın oğullar ve damatlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Oğullar ve damatların bakım yükü;

kızlar, gelinler, torunlar ve eşlere göre daha düşük bulunmuştur. Tel ve arkadaşlarının Sivas'ta 218 KOAH hastasının bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; hastaların bakım vericilerinin çoğunun eşi veya çocuğu olduğunu saptamışlardır. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunun geniş aile yapısında yaşadıkları (%64.2) ve hasta ile aynı evde yaşadıkları sonucu da kültürel yapımıza uyumlu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca çalışmada bakım verenin zorlanmasının hasta ile yakınlık derecesinden çok bakım verme sürelerinin uzunluğu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tel vd 2011). Mollaoğlu ve arkadaşlarının 2011'de inmeli hastaların bakım verenleri ile yaptıkları çalışmalarında 130 bakım verenin %39.2'sinin çocuğu % 20.8'inin anne- babası ve % 20 'sininde eşi, gene %20'sinin kardeşi olduğu belirlenmiş. En yüksek bakım yükünü kardeşin (42.23 ± 13.68) yaşadığı olmak üzere sırasıyla; çocuk (31.55 ± 16.92), eş (31.08 ± 13.72), ve anne- babanın (28.78 ± 15.30) yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Mollaoğlu vd 2011). Çetinkaya ve Karakovan'ın 2012'de yaptıkları "Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi" adlı, 305 demanslı hasta ve bakım vereni ile yapılmış çalışmalarında bakım yükü ile hastanın yakınlık derecesi arasında, bakım yükü ölçeği envanterinin, zaman bağımlılık ve sosyal bakım yükü alt gruplarında anlamlı fark saptanmıştır. Araştırmalarına katılan grubun %41.3'ü annesine, %11.5'i babasına, %28.9'u eşine bakım verme durumunda olduğu belirlenmiştir (Çetinkaya ve Karakovan 2012). Selçuk ve Avcı'nın 2016'da yaptığı çalışmada bakım verenin hasta ile olan yakınlık derecesinin eş, çocuk ve ikinci derece akraba (gelin, torun) olarak saptamış bakım yükü olarak anlamlı ilişki bulmuştur. Çalışmalarına göre en çok bakım yükünü ikinci derece akraba (65.68 ± 14.98) daha sonra çocuk (61.75 ± 13.95) ve eş (57.44 ± 14.01) yaşamaktadır (Selçuk ve Avcı 2016). Yaşlının bakımının eşler, kızlar ve gelinler tarafından verilmesi kültürel olarak kabul görmekte ve bu grup bakım verme rolünü benimseyerek yetiştirilmektedir. Torunların ve damatların bakım vermesi genel olarak başka alternatif olmadığına mümkün olmaktadır. Torunlar ve damatlar hastanın bakımını kendi sorumluluğu olarak algılamayıp, ek yük olarak görebilmektedir.

5.4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Günlük Yaşam Aktivitesi ile Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastanın öz koruma, sosyal koruma ve genel KHÖBY puanları ile bakım veren bireyin bakım yükü puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında öz koruma ve genel KHÖBY ile ilişki bulunmazken ($p > 0.05$), sosyal koruma ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Bu bulgu kronik hastalığı olan bireyin sosyal koruma puanı arttıkça bakım

verenin yükünün arttığını göstermektedir. Başka bir deyişle bakım yükü arttıkça hastanın sosyal koruma puanı artmaktadır. Hastanın öz bakım yönetimi ve bakım veren bireyin bakım yükünün ilişkisinin değerlendirildiği çalışma sınırlı sayıdadır. Durante ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışmada öz bakım yönetiminin yüksek olmasının bakım verenin bakım yükünü etkilemediği belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak hastaların klinik skorlamalarının (New York Kalp Birliği Fonksiyon Sınıflaması) orta düzeyde olması şeklinde öne sürmüştür (Durante vd 2019). Iovino ve arkadaşları çalışmalarında kronik hastalığı olan bireylere bakım yükünün hastanın öz bakımını etkilediği fakat öz bakım yönetimini etkilemediğini ortaya koymuşlar (Iovino vd 2020).

Öz koruma ve sosyal koruma farklı fonksiyonlara hizmet etmektedir. Bazı bireyler korunmanın her iki tipini kullanırken daha azı sosyal koruma kullanmaktadır. Düşük sosyal korunma kullanma sosyal ağ içinde daha fazla stres yaşanmasına neden olabilir ve sonuçta kronik hastalığı olan bireye, içinde bulunduğu sosyal ağ tarafından daha az sosyal destek sunulmasına yol açabilir. Ya da aksine sosyal koruma bireyin sosyal ağını stresten uzak tutarak daha uzun süre sosyal desteğin sürdürülmesine yardım edebilir (Jones 2003). Bakım verenin yaşadığı yükün hastanın farkında olması, ya da bakım verenin bu yükü davranışları ile hastaya hissettiriyor olması, hastanın öz bakım yönetiminin iki boyutundan biri olan sosyal korumayı daha fazla kullanmasına sebep olabilir. Her ne kadar ölçekten alınan puanın yüksek olması öz bakım yönetiminin iyi olduğunu gösterse de, ölçek maddelerine baktığımızda hastanın başkalarına yük olmamak için göstermiş olduğu çabayı görmekteyiz. Hastanın hastalığı nedeni ile bakım verene yük olmamak için çaba göstermesi, hassas davranması, sorunlarını paylaşmaması, bir süre sonra hastanın stres düzeyini yükseltebilir ve bakım verenle ilişkisinde sorunlar yaşamasına yol açabilir. Bir miktar koruma birey için yararlı olurken korumanın fazla olması gereksiz enerji harcanmasına neden olur.

Hastanın günlük yaşam aktivitesi ile KHÖBY öz koruma alt boyutu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki ($p < 0.001$), genel KHÖBY puanı ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Ertekin Pınar ve Demirel'in "Huzurevinde Yaşayan Orta Yaş ve Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi" isimli çalışmasında hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı arttıkça öz bakım gücünün de arttığı belirlenmiştir (Ertekin Pınar ve Demirel 2016). Günlük yaşam aktivitelerini bireyin bağımsız bir şekilde gerçekleştirmesi öz güveninin yüksek olduğunu, kendi bakımına katıldığını ve bakımı ile ilgili sorumluluk aldığını göstermektedir. Hastanın günlük yaşam aktivitesi ile bakım veren bireyin bakım yükü arasında negatif yönlü ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.001$). Bu çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu Barthel İndeksi ile değerlendirilmiştir. İndeksten alınan puanın yüksek

olması hastanın bağımsızlığını göstermektedir. Sonuç olarak hastanın bağımlılık durumu arttıkça yani Barthel İndeksinden aldığı puan azaldıkça bakım verenin yükü artmaktadır. Taşdelen ve Ateş'in, 2012'de yaptığı çalışmada, günlük yaşam aktivitesi bağımlılık durumu ile bakım verenlerin yükü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Taşdelen ve Ateş 2012). Mollaoğlu ve arkadaşlarının 2011 yılında "inmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler" isimli çalışmasında hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu arttıkça bakım verenin yükünün arttığı belirtilmiştir (Mollaoğlu vd 2011). Yapılan çalışmalarda hastanın beslenme, boşaltım, hareket etme, giyinme, yürüme gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlı olması bakım verenlerin bakım yükünü artırdığı bildirilmektedir (Tel vd 2012, Gürol ve Çapık 2014, Selçuk ve Avcı 2016, Bekdemir ve İlhan 2019). Bağımlı hastaya bakım veren, hasta bakımına daha fazla zaman ayırmak zorunda kalmakta ve daha fazla sorumluluk almak zorunda kalmaktadır. Kendi yaşamının yanı sıra hastanın bakımı nedeniyle üstlendiği ek sorumluluklar bakım verenin fiziksel ve ruhsal açıdan zorluk yaşamasına yol açarak bakım yükünü artırmaktadır (Mollaoğlu vd 2011, Zaybak vd 2012, Zhu ve Jiang 2018).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalığı olan bireyin öz bakım yönetimi ve bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişkinin incelendiği tanımlayıcı ve ilişki arayıcı özellikteki bu araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir

- Araştırma kapsamına alınan kronik hastaların öz bakım yönetimini iyi düzeydedir.
- 65 ve üzeri yaş grubunda olan hastaların öz koruma puan ortancaları düşüktür.
- Ortaokul ve üzeri eğitim durumu olan hastaların öz koruma düzeyleri diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksektir.
- Çalışan hastaların öz koruma puan ortancası çalışmayanlardan yüksek, sosyal koruma puan ortancası ise daha düşüktür.
- Sosyal güvencesi olan hastaların, öz koruma düzeyleri sosyal güvencesi olmayan hastalara göre daha yüksektir.
- Üç ve daha fazla çocuğu olan hastaların sosyal koruma puan ortancası daha yüksektir.
- Hastalık süresi 10 yıldan fazla olan hastaların öz koruma ve KHÖBY toplam puan ortancası; hastalık süresi 10 yıl ve daha az olanlardan yüksektir.
- Günlük yaşam aktivitesi tam bağımlı olanların öz koruma, sosyal koruma ve KHÖBY toplam puanları ileri, orta ve hafif bağımlı olanlara göre daha düşüktür.
- İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerinin bakım yükü diğer hastalara bakım verenlerin bakım yükünden daha fazladır.
- Hafif derecede bağımlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü; ileri derece bağımlı, orta derece bağımlı ve tam bağımlı olan gruba bakım verenlerden daha düşüktür.
- Kadınların bakım yükü puan ortancası erkeklere göre daha yüksektir.
- Ev hanımlarının bakım yükü puan ortancası, emekliler ve çalışanlara göre daha yüksektir.
- Torunun bakım yükü puanının, diğer bakım veren aile üyelerine göre daha yüksektir.
- Hastanın öz koruma, sosyal koruma ve genel KHÖBY puanları ile bakım veren bireyin bakım yükü puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında; öz koruma ve genel

KHÖBY ile ilişki bulunmazken sosyal koruma ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır.

- Hastanın günlük yaşam aktivitesi ile KHÖBY öz koruma alt boyutu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır.
- Hastanın günlük yaşam aktivitesi ile bakım veren bireyin bakım yükü arasında negatif yönlü ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır.

Bu sonuçlar doğrultusunda

- İleri yaştaki, eğitimi düzeyi düşük olan, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan, hastalık süresi az olan ve bağımlılık durumu yüksek olan hastaların dikkatli bir şekilde izlenmesi ve öz bakım yönetimini arttıracak girişimlerle desteklenmesi,
- İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerinin bakım yükünün diğer gruplardan yüksek olması sebebiyle, inmeli hastaya bakım verenlere hasta bakımı konusunda eğitim verilmesi ve bakım verenlerin inmeli hastaya dönüşümlü olarak bakmasının sağlanması,
- Bağımlı hastaya bakım verenlerin daha fazla yük yaşamaması nedeniyle hastanın bağımsızlığının artırılmasına yönelik girişimler planlanması ve yürütülmesi,
- Kadın bakım verenlerin, ev hanımlarının, torunların bakım yükü diğer gruplardan yüksek olduğu için bu grupların dikkatli izlenmesi ve saptanan sorunların zamanında çözüme ulaştırılması,
- Hastanın hastalığı ile ilgili yaşadıklarını ve duygularını bakım verenle paylaşabilmesi için aile içi iletişim, yardım arama davranışının artırılması, stresle baş etme gibi konularda girişimde bulunulması önerilmektedir.
- Ayrıca araştırmacılar bakım yükünü etkileyen hastanın psikososyal yönü ile ilgili araştırmalar planlayabilir.

KAYNAKLAR

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, **Sistem Ofset**, Ankara, 2005, s.193-200.

Altay B, Erkuran H, Aydın Avcı İ. Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. **JoSHES** 2018; 3(2): 1-8.

Allender JA, Spradley BW. "Clients In Home Health, Hospice and Long Term Setting", Community Health Nursing: Concept and Practice, 5th.edition, **Lippincott Williams and Wilkins**, Philadelphia, 2001, s.739-753.

Aşiret GD, Kapucu S. The effect of reminiscence therapy on cognition, depression, and activities of daily living for patients with Alzheimer disease. **J Geriatr Psychiatry Neurol** 2016; 29(1): 31-37.

Avdal EÜ, Kızılcı S. Diyabet ve öz-bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. **DEUHEFED** 2010; 3(3):164-68.

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

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. **Lancet** 2012; 380: 37-43.

Barthel M, Mahoney K. Agency For Health Care Policy And Research Publication, After Stroke Recovery Patient Guidelines Booklet. **Government Printing Office**, Washington, D.C., 2002, s.23-27.

Başara BB, Dirimeşe V, Özkan E, Varol Ö. "Risk Faktörleri Analizi", Türkiye hastalık yükü çalışması 2004, Eds.N Ünüvar, S Mollahaliloğlu, N Yardım, **T.C. SB, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü**, Ankara, 2006, s.56.

Bayık Temel A, Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, **Türk Dil Kurumu**, Ankara, 2015, s.75.

Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim, S, Kidd M, Haines A, Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: A priority for primary health care. **Lancet** 2008; 372(9642): 940-949.

Bekdemir A, İlhan N. Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. **J Nurs Res** 2019; 27(3): 24.

Bidwell JT, Vellone E, Lyons KS, D'Agostino F, Riegel B, Juárez-Vela R, Hiatt SO, Alvaro R, Lee CS. Determinants of heart failure self-care maintenance and management in patients and caregivers: A dyadic analysis. **Res Nurs Health** 2015; 38(5): 392-402.

Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. **Toplum Hekimliği Bülteni** 2006; 25(3): 56-60.

Bilir N, Subaşı NP. “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü”, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Eds. Güler Ç, Akın L, **Hacettepe Üniversitesi Yayınları**, Ankara, 2006, s.1032–1034.

Biröl L. “Bronş ve Akciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2, **Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın**, İstanbul, 2003, s.357-364.

Chang AK, Lee EJ. Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. **Int J Nurs Pract** 2014; 21(5): 584–591.

Clark MJ. “Chronic Physical Health Problems”, Population and Community Health Nursing, 6th Edition, **Pearson Education**, Boston, 2015, s.791-835.

Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practioners and patients: Are we teaching the wrong things? **Bmj**, 2000; 320(7234): 572-575.

Cocchieri A, Riegel B, D’Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, Vellone E. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. **Eur J Cardiovasc Nur** 2015, 14(2): 126-136.

Cranston JM, Crockett AJ, Moss JR, Pegram RW, Stocks NP. Models of chronic disease management in primary care for patients with mild-to-moderate asthma or COPD: A narrative review. **Med J Australia** 2008; 188(S8): 50-56.

Çayır Y, Avşar ÜZ, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. **Konuralp Tıp Dergisi** 2013; 5(3): 9-12.

Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünü incelenmesi. **Turkish J Geriatr** 2012; 15(2): 171-178.

Davis RM, Wagner EH, Groves J. Managing chronic disease. **Bmj** 1999; 318(7191): 1090-1091.

Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M. Ramos-Morcillo, AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. **PLoS One** 2018; 13(1): e0189874.

Del-Pino-Casado R, Rodríguez Cardosa M, López-Martínez C. Orgeta V. The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. **PloS One** 2019; 14(5): e0217648.

Demirağ SA. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. **Sağlıklı Yaşam Tarzı Derg** 2009; 2: 58–65.

Doğan MD, Çadırlı Ş, Paçaçı M, Arslan Y. Kronik hastalığı olan bireylerin bakıma ilişkin değerlendirmeleri ve öğrenim gereksinimleri. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Derg** 2019; 1(6): 22-28.

Doğan MD, Tosun E, Tek AD. Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz bakım yönetimi. **GUSBD** 2018; 7(3): 33-40.

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

Durante A, Greco A, Annoni AM, Steca P, Alvaro R, Vellone E. Determinants of caregiver burden in heart failure: Does caregiver contribution to heart failure patient self-care increase caregiver burden? **Eur J Cardiovasc Nur** 2019; 18(8): 691-699.

Dzau VJ, McClellan MB, McGinnis JM, Burke SP, Coye MJ, Diaz A, Henney E. Vital directions for health and health care: priorities from a national academy of medicine initiative. **JAMA** 2017; 317(14): 1461-1470.

Ebrahimi BF, Alhani F, Ebadi A, Kazemnejad A. Self-Efficacy of people with chronic conditions: a qualitative directed content analysis. **J Clin Med** 2018; 7(11): 411.

Eifert EK, Adams R, Dudley W, Perko M. Family caregiver identity: A literature review. **Am J Heal Educ** 2015; 46(6): 357-367.

Epping Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. **Qual Saf Health Care** 2004; 13: 299-305.

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

Erkoç Y, Yardım N. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. **T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları**, Ankara, 2011, s.50-119.

Erkuran H, Altay B. Alzheimer’lı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisi. **Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi** 2020; 3(2): 52-58.

Eser S, Özdemir R. “Kanser Olguları”, Türkiye Sağlık Raporu 2020, Eds. Üner S, Okyay P, **Hipokrat Yayınevi**, Ankara, 2020, s.749-776.

Fabrizi D, Rebora P, Luciani M, Di Mauro S, Valsecchi MG, Ausili D. How do self-care maintenance, self-care monitoring, and self-care management affect glycated haemoglobin in adults with type 2 diabetes? a multicentre observational study. **Endocrine** 2020; 69: 542–552.

Fadıloğlu Ç, Ertem G, Aykar FŞ. Evde Sağlık ve Bakım, **Göktuğ Yayıncılık**, Ankara, 2013, s.91-98.

Fekete C, Tough H, Siegrist J, Brinkhof MW. Health impact of objective burden, subjective burden and positive aspects of caregiving: an observational study among caregivers in Switzerland. **Bmj** 2017; 7(12): e017369.

Garrett BE, Dube SR, Trosclair A, Caraballo R, Pechacek TF. Cigarette smoking United States in 1965–2008: Morbidity And Mortality Weekly Report. **Surveillance Summaries** 2011; 60: 109–113.

GBD DALYs and HALE Collaborators. global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. **Lancet** 2018; 392: 1859–1922.

Gel KT, Kesgin MT. İnfomal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2017; 20(4): 267-27

Goldberg A, Rickler KS. The role of family caregivers for people with chronic illness. **Med Health R I** 2011; 94(2): 41.

Gözüm S, Tan M. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları. **Geriatrı** 2003; 6(1): 14 - 21.

Gürol A, Çapık C. Yaşlıya evde bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirildiği bir araştırma. **STED** 2014; 23(2): 65-72.

Hançerlioğlu S, Aykar FŞ. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği. **GUSBD** 2018; 7(1): 175-183.

Haskett T. Chronic illness management: changing the system. **Home Heal Care Manag Pract** 2006; 18: 492-496.

Hayran O. Kronik/Bulaşıcı olmayan hastalıklarda politikalar ve hastalık yönetimi. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg** 2019; 51: 6-9.

Hermanns M, Mastel-Smith B. Caregiving: A qualitative concept analysis. **Qual Rep** 2012; 17: 75.

Huard P. The Management of Chronic Diseases: Organizational Innovation and Efficiency. **WILEY**, USA, 2018, s.176.

İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg** 2008; 11(4): 85-95.

İnci FH. İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerine yönelik destek programının dayanma gücüne etkisi, Doktora Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2014, s.186.

İstek N, Karakurt P. Global bir sağlık sorunu: Tip 2 diyabet ve öz-bakım yönetimi. **JAREN**, 2018; 4(3): 179-180.

Iovino P, Lyons KS, D'Maria M, Vellone E, Ausili D, Lee CS, Riegel B, Matarese M. Patient self-care and caregiver contributions to self-care in multiple chronic conditions: A multilevel modeling analysis. **Int J Nurs Stud** 2020; 6(17):103574.

Jones LC. "Measuring Guarding as a Self-Care Management Process in Chronic İllness: The SCMP-G" Measurement of Nursing Outcomes. **Springer Publishing Company**, New York, 2003, s.150.

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

Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. **Nobel Kitabevi**, Adana, 2011, s.78-79.

Kar S, Zengin N. The relation between self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease and caregiver burden. **Scand J Caring Sci** 2020; 34(3): 754-761.

Karadut P, Aşilar R, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi** 2013; 14(1): 1-9.

Karaoğlu L. "Kronik Solunum Yolu Hastalıkları", Türkiye Sağlık Raporu 2020, Eds. Üner S, Okyay P, **Hipokrat Yayınevi**, Ankara, 2020, s. 779-790.

Kasuya RT, Polgar-Bailey MP, Takeuchi MR. Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. **Postgrad Med** 2000; 108(7):119-123.

Kaya N. Dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu. Yüksek Lisans Tezi, **Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yozgat, 2019, s.104.

Kim H, Chang M, Rose, K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. **J Adv Nurs** 2012; 68(4): 846-855.

Koşar C, Besen DB. Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. **DEUHEFED** 2015; 8(1): 45-51.

Kurt D. Hipertansiyon tanısı alan hastalara verilen öz yönetim desteğinin bilgi düzeyi, tedaviye uyum ve öz bakım yönetimine etkisi. Doktora Tezi, **Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Edirne, 2020, s.160.

Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the Modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. **Scand J Rehab Med** 2000; 32: 87-92.

Lidell E. Family support: a burden to patient and caregiver. **Eur J Cardiovasc Nur** 2002; 1: 149-152.

Limnili G, Özçakar N. Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler. **Türk Aile Hekimleri Dergisi** 2013; 17(1): 13-7.

Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. **Int J Nurs Sci** 2020; 7(4): 438-445.

McLean G, Gunn J, Wyke S, Guthrie B, Watt GC. The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: A cross-sectional study. **Br J Gen Pract** 2014; 64: 440-447.

Meng A. Informal caregiving and the retirement decision. **Ger Econ Rev** 2012; 13(3): 307-330.

Mignor D. Effectiveness of use of home health nurses to decrease burden and depression of elderly caregivers. **J Psychosoc Nurs Men** 2000; 38(7): 34-41.

Mohammed S, George C, Priya SS. Caregiver burden in a community mental health program a cross sectional study. **Kerala Journal of Psychiatry** 2015; 28(1): 26-33.

Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, Aydın S. Türkiye'de Sağlığa Bakış. **Bölük Ofset Matbaacılık**, Ankara, 2007, s.286.

Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. **DEUHYOED** 2011; 4(3): 125-130.

Moroz SAM. Improving chronic illness care: the chronic care model. **Curr Issues Card Rehabil Prev** 2007;15(1): 2-5.

Mumcu HK. Yerinde yaşlanan yaşlıların durumu ve bakım gereksinimleri: Trabzon örneği. **Turkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics** 2016; 2(1):17-23.

Orem DE. Self-care Deficit Theory of Nursing: Concepts and Applications. **Dennis CM Mosby-Year Book Inc.**, USA, 2001, s.99-135.

Özdelikara A, Taştan A, Atasayar BŞ. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. **Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi** 2020; 5(1): 42-49.

Özkan S, Durna Z. İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz bakım gücünün belirlenmesi. **EGEHFD** 2006; 22(2): 121-135.

Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Bakım verenlerin durumluk-sürekli kaygı düzeylerine bakıcı yükünün tahmini düzeyi. **Anadolu Psikiyatri Dergisi** 2014; 15(1): 39-44.

Pınar ŞE, Demirel, G. Huzurevinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi. **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi** 2016; 9(1): 39-52.

Porta M. A Dictionary of Epidemiology. **Oxford University Press**, USA, 2014, s.55-57.

Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, Webber DE. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. **J Am Heart Assoc** 2017; 6(9): e006997.

Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process and outcomes. **Nurs Outlook** 2009; 57(4): 217-225.

Sayan A, Erci B. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışlar ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2001; 4(2): 11-19.

Schmidt H. "Chronic Disease Prevention and Health Promotion", Public Health Ethics: Cases Spanning The Globe, **Springer**, Cham, 2016, s.137-176.

Schure LM, Van Den Heuvel ETP, Stewart RE, Sanderman R, Witte DE LP, Meyboom-De Jong B. Beyond stroke: description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. **Patient Educ Couns** 2006; 62(1): 46-55.

Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. **SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi** 2016; 7(1): 1-9.

Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. **Iranian journal of psychiatry** 2015; 10(4): 239-245.

Shrestha RN, Schofield D, Zeppel MJ, Cunich MM, Tanton R, Kelly SJ, Passey ME. Care and work mod: An Australian microsimulation model projecting the economic impacts of early retirement in informal carers. **Int J Microsimulation** 2018; 11: 78-99.

Sigurðardóttir ÁK. Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. **J Clin Nurs** 2005; 14(3): 301–314.

Soylu C, Pala FC. Problem çözme performansında yaşa bağlı farklılıklar. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2018; 10(3): 290-301.

Stein J, Liegert P, Dorow M, König HH, Riedel-Heller SG. Unmet health care needs in old age and their association with depression results of a population representative survey. **J Affect Disorders** 2019; 245: 998-1006.

Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an ageing world-what do we know? **Lancet** 2015; 385(9967): 484-486.

Sü S. Kemoterapi uygulanan hastalarda bilgi düzeyi ile öz bakım yönetimi ilişkisi. Doktora Tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2015, s.157.

Şahan C, Ünal B, Dinç Horasan G." Kalp Damar Hastalıkları Morbiditesi", Türkiye Sağlık Raporu 2020, Eds. Üner S, Okyay P, **Hipokrat Yayınevi**, Ankara, 2020, s.731-738.

Şirzai H, Delialioğlu SÜ, Sarı İF, Özel S. İnme ve Bakım Verme Yükü. **J PMR Sci** 2015; 18(3): 162-169.

Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. **HEAD** 2012; 9 (3): 22-29.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 21 Hedefte Türkiye sağlıkta gelecek, **Sağlık Bakanlığı Yayın no: 711**, Ankara, 2007, s.197.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. **Sağlık Bakanlığı Yayın No 909**, Ankara, 2013, s.365.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı 2017-2025, **T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1056**, Ankara, 2017, s.86.

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

Toseland RW, Smith G, McCallion P. "Family Caregivers of The Frail Elderly", Handbook Of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations, Eds. Gitterman A, **Columbia University Press**, USA, 2001, s.548-580.

Tuna HM, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. **HUHEMFAD** 2010; 17(1): 41-52.

Tuncay FÖ, Avcı D. Association between self-care management and life satisfaction in patients with diabetes mellitus. **Eur J Integr Med** 2020; 35: 101099.

Tuncay FÖ, Mollaoğlu M, Fertelli TK. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi. **Literatür Sempozyum** 2015; 8: 5-10.

Uğur Ö. Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Doktora Tezi. **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2006, s.223.

Uğur Ö, Fadiloğlu, Z. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. **Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi** 2012; 1(2): 9-15.

Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). **WHO Türkiye Ofisi**, Ankara, 2018, s. 78.

Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz bakım gücü ve etkileyen etmenler. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi** 2006; 1(3): 70-80.

Van Den Heuvel ET, D'Witte LP, Stewart RE, Schure LM, Sanderman R, Meyboom-de Jong B. Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most? **Patient Educ Couns** 2002; 47(4): 291-299.

Veliöğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. **Alaş Ofset**, İstanbul, 1999, s.44.

Visser-Meily A, Van Heugten C, Post M, Schepers V, Lindeman E. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: A critical review. **Patient Educ Couns** 2005; 56(3): 257-267.

Wang KY, Sung PY, Yang ST, Chiang CH, Perng WC. Influence of family caregiver caring behavior on COPD patients self-care behavior in Taiwan. **Respiratory care** 2012; 57(2): 263-272.

Watanabe A, Fukuda M, Suzuki M, Kawaguchi T, Habata T, Akutsu T, Kanda T. Factors decreasing caregiver burden to allow patients with cerebrovascular disease to continue in long-term home care. **J Stroke Cerebrovasc** 2015; 24(2): 424-430.

WEB_1. Australian Institute of Health and Welfare. <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/>. (Son güncelleme tarihi: 04.04. 2014, Alındığı tarih:12.12.2020).

WEB_2. Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> (Son güncelleme tarihi: 01.08.2009, Alındığı tarih:13.12.2020).

WEB_3. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Son güncelleme tarihi: 28.02.2019, Alındığı tarih: 14.12.2020).

WEB_4. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. <http://sdplatform.com/Dergi/463/Kronik-hastaliklar-ve-Saglik-Bakanligi-calismalari.aspx> (Son güncelleme tarihi: 11.05.2011, Alındığı tarih: 13.12.2020).

World Health Organization. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. **WHO**, Geneva, 2012; s.35-40.

Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. **GUSBD** 2016; 5(4): 54-66.

Yildirim S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. **Arch of Neuropsychiatry** 2013; 50(2): 169-174.

Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and The Burden Interview. **Gerontology Center, Pennsylvania State University**, USA, 1990.

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

Zhu W, Jiang Y. A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. **J Stroke Cerebrovasc** 2018; 27(12): 3636–3646.

Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye’de Kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin Kullanımı: sistematik derleme. **HEMAR-G** 2017; 19(2): 57-74.

Zwar N, Harris M, Griffiths R, Roland M, Dennis S, Davies GP, Hasan I. A systematic review of chronic disease management, **Aust Prim Heal Care Res Inst** Sidney, 2006 s.1-67.

ÖZGEÇMİŞ

2008 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan mezun oldu. 2009-2015 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi ve Karaciğer Nakil Ünitesinde yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştı. Ardından 2015 yılında Burdur Devlet Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğinde 4 yıl boyunca klinik hemşiresi olarak çalıştı. 2017 yılında Pamukkale Üniversitesinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisans eğitimine başladı. 2019 yılında Isparta Şehit Yunus Emre Devlet Hastanesinde çalışmaya başladı. 2020 yılında da Ankara Şehir Hastanesi İnme Rehabilitasyon Kliniğine geçiş yaptı ve halen burada görevini sürdürmeye devam etmektedir.

EKLER

EK-1 HASTA BİREYİ TANITICI BİLGİ FORMU

1. Hastanın yaşı.....
2. Hastanın cinsiyeti
 1. Kadın
 2. Erkek
3. Eğitim durumu
 1. Okur-yazar değil
 2. Okur-yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
4. Hastanın medeni durumu
 1. Evli
 2. Hiç evlenmemiş
 3. Dul
 4. Boşanmış/ayrı yaşıyor
5. Çalışma durumu
 1. Çalışan
 2. Çalışmayan
6. Sosyal güvencesi
 1. Var
 2. Yok
7. Çocuk sayısı.....
8. Kronik hastalık türü
 1. Kalp damar hastalığı
 2. İnme (felç)
 3. Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığı (astım gibi)
 4. Diabet (şeker hastalığı)
 5. Diğer (açıklayınız).....
9. Hastalık süresi yılay

EK-2 BARTHEL İNDEKSİ

1. Beslenme:

10=Bağımsız. Her gereci kullanıyor. Normal sürede besleniyor

5=Yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

2. Banyo :

5=Yardımsız

0=Düşük performans

3. Tuvalet:

5=Yüzünü yıkıyor, saçını tarıyor, dişini fırçalıyor, tıraş oluyor

0=Düşük performans

4. Giyinme:

10=Bağımsız: ayakkabısını bağlıyor, kemerini bağlıyor

5=Yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

5. Defekasyon:

10=Kaçırıyor, gerekirse fitil veya lavman yapabiliyor

5=Arada sırada kaçırıyor, fitil için yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

6. İdrar:

10=İnkontinans yok, idrar toplayıcı önlemleri kendisi alabiliyor

5=Arasıra inkontinent, idrar toplamak için yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

7. Tuvalet transferi:

10=Yatakta veya tuvalete gitmekte bağımsız

5=Tuvalete oturmakta dengesiz, hazırlanmakta ve tuvalet malzemelerini kullanmakta Yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

8. Yatak/koltuk transferi:

15=Bağımsız, tekerlekli sandalye kullanıyorsa frenleri kendisi kullanıyor

10=Minimum destek veya supervizyon

5=Oturabiliyor, fakat transfer için max destek gerekli

0=Düşük performans

9. Yürüme:

15=50 adım bağımsız yürüyebilir, destek aygıtları kullanabilir

10=50 adım yürümede yardıma ihtiyacı var. Tekerlekli deambulator kullanabilir.

5=Yürüyemiyorsa tekerlekli sandalyede bağımsız

0=Düşük performans

10. Merdiven çıkma:

10=Bağımsız, destek aygıt kullanabilir

5=Yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

EK-3 ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ

Yönergeler: Bir hastalık hayatınızda birçok değişiklikler yapılmasını gerektirebilir. Bu soruların amacı, farklı insanların hastalıkları ile nasıl başa çıktıklarını öğrenmektir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Her cümle için, düşüncelerinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz

	Hiç Katılmıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		
	1	2	3	4	5
1. Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum	1	2	3	4	5
2. Hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
3. Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor	1	2	3	4	5
4. Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir	1	2	3	4	5
5. Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
6. Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım	1	2	3	4	5
7. Hastalığımın dolaylı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum	1	2	3	4	5
8. Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım	1	2	3	4	5
9. Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi	1	2	3	4	5
10. Bazı Şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor	1	2	3	4	5
11. Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum	1	2	3	4	5
12. Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum	1	2	3	4	5
13. Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum	1	2	3	4	5
14. Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım	1	2	3	4	5
15. Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum	1	2	3	4	5
16. Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim	1	2	3	4	5
17. Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
18. Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor	1	2	3	4	5
19. Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum	1	2	3	4	5
20. Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım	1	2	3	4	5
21. Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın	1	2	3	4	5

22. Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
23. Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim	1	2	3	4	5
24. Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmem istemiyorum	1	2	3	4	5
25. Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim	1	2	3	4	5
26. Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
27. Hastalığımdaki kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim	1	2	3	4	5
28. Hastalığımla ilgili kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var	1	2	3	4	5
29. Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum	1	2	3	4	5
30. Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir	1	2	3	4	5
31. Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımla ilgili kontrol altında tutuyorum	1	2	3	4	5
32. Hastalığımla ilgili kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim	1	2	3	4	5
33. Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor	1	2	3	4	5
34. Sağlığımı dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir	1	2	3	4	5
35. Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum	1	2	3	4	5

EK-4 BAKIM VEREN BİREYİ TANITICI BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz
 3. Kadın
 4. Erkek
3. Eğitim durumunuz nedir?
 1. Okur-yazar değil
 2. Okur-yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
4. Medeni durumunuz nedir?
 1. Evli
 2. Bekar
5. Çalışma durumu
 1. Çalışan
 2. Emekli
 3. Ev hanımı
6. Sosyal güvenceniz var mı?
 1. Var
 2. Yok
7. Çocuk sayısı.....
8. Doktor tanısı almış, sürekli bir hastalığınız var mı?
 1. Var
 2. Yok
9. Bakım verdiğiniz hasta ile yakınlık dereceniz nedir?
 1. Oğlu
 2. Kızı
 3. Gelini
 4. Damadı
 5. Torun
 6. Diğer.....
10. Hasta ile aynı evde mi yaşıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
11. Ne zamandan beri bakım veriyorsunuz
12. Hastanın bakımına sizin dışınızda yardım eden birisi var mı?
 - 1.Evet
 - 2.Hayır

EK-5 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.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınızın nedeni ile özel yaşamınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-6 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/08/2018-E.55765



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/50513
Konu :Başvurunuz hk.

26/07/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

İlgi :06.07.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Kronik Hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki" konulu çalışmanız 24.07.2018 tarih ve 15 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

EK-7 BURDUR KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ İZNI

BURDUR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BURDUR İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK KAYIT BİRİMİ
10/10/2018 11:50 - 23286918-806.02.02-1328



00078478709



TC Sağlık Bakanlığı

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Burdur İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 23286918/806.02.02
Konu :Uygulama İzni (Çiğdem CANDAN)

TUTANAKTIR

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Çiğdem CANDAN'ın "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi ile Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Arasındaki İlişki" konulu anket çalışmasını 01 Eylül 2018- 31 Mayıs 2019 tarihleri arasında Burdur Devlet Hastanesinde yapabilmesine dair başvuruları Müdürlüğümüzce incelemiş çalışmaların sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun tarafımıza sunulması ve Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Burdur Devlet Hastanesinde yapılabilmesi uygun görülmüştür.

İş bu tutanak Klinik Araştırmalar İnceleme Komisyonu tarafından imza altına alınmıştır.09/10/2018

Ufuk AYDENİZ
Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı

Üye

Dr. Sevinç SÜTLÜ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
Üye

Niyaz ÇOBAN
Birim Sorumlusu

Mustafa SANLI
Üye

Dr. Musa Muxan ERK
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı
Başkan

EK-8 BARTHEL ÖLÇEĞİNİ KULLANIM İZİNİ

M Gmail

çiğdem candan <eroglucigdem6@gmail.com>

Barthel ölçeği kullanım izni

Ayşe Küçükdeveci <ayse.kucukdeveci@gmail.com>
Alıcı: çiğdem candan <eroglucigdem6@gmail.com>

10 Eyl 2019 Sal 21:51

Çiğdem Hanım merhaba,
Türkçe adaptasyon ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Modifiye Barthel İndeksi ve refere etmeniz için ilgili makalemiz ektedir. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.
Ayşe Küçükdeveci

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İbni Sina Hastanesi, Kat 4, Samanpazarı, 06230 Ankara
Tel: +90 312 5082850, 5082822
Faks: +90 312 5083935
e-mail: ayse.kucukdeveci@gmail.com

çiğdem candan <eroglucigdem6@gmail.com>, 10 Eyl 2019 Sal, 14:48 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]
MBI.pdf, MBI.Turkish.pdf

EK-9 KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



çiğdem candan <eroglucigdem6@gmail.com>

"Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği" kullanım izni

Sadık Hançerlioğlu <sadik.hancerlioglu@ege.edu.tr>
Alıcı: çiğdem eroğlu <eroglucigdem6@gmail.com>

18 Ağu 2019 Paz 23:33

ölçeği kullanabilirsiniz,
çalışmanızda başarılar dilerim

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: "çiğdem eroğlu" <eroglucigdem6@gmail.com>
Kime: "sadik hancerlioglu" <sadik.hancerlioglu@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 13 Ağustos Salı 2019 12:32:54
Konu: "Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği" kullanım izni

Sayın hocam merhabalar; ben Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda izniniz olursa eğer, sizin ve sayın Aykar'ın güvenilirlik geçerlilik yaptığı "Kronik Hastalıklarda Öz- Bakım Yönetim Ölçeğini" kullanmak istiyorum. Bilgilerinize sunar, iğniz için şimdiden teşekkür ederim. İyi günler dilerim.

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmeniz ve kullanmanız kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir.
Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir.

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

EGE UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message belong to sender alone and may not necessarily reflect the opinions of EGE UNIVERSITY.