T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKLERİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNİN HASTALARIN PSİKOSOSYAL UYUMLARINA ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Damla ÖKSÜZ KARGIN

Çankırı 2021

AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKLERİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNİN HASTALARIN PSİKOSOSYAL UYUMLARINA ETKİSİ

Damla ÖKSÜZ KARGIN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr. Satı DİL

Çankırı 2021

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 188202005 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Damla ÖKSÜZ KARGIN, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Hastaların Psikososyal Uyumlarına Etkisi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi :27.07.2021

Tez Danışmanı:	**Doç.Dr. Satı DİL** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğretim Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğretim Üyesi Pınar ÇİÇEKOĞLU ÖZTÜRK** **Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi**	**……** **İmza**

Yukarıdaki sonucu onaylarım
İmza
Prof. Dr.Özcan ÖZKAN
Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Hastaların Psikososyal Uyumlarına Etkisi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
Tarih
Damla ÖKSÜZ KARGIN

ÖN SÖZ

Tez çalışmasının her aşamasında değerli fikirleri ile yol gösteren, öneri aşamasından yazım aşamasına kadar desteğini, ilgisini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, yoğun çalışma temposuna rağmen hiçbir sorumu yanıtsız bırakmayan ve zamanını benimle paylaşan güler yüzlü her zaman örnek aldığım tez danışmanım Doç.Dr. Satı DİL' e,

Araştırmaya ilişkin verilerin elde edilmesinde büyük katkılarından ötürü başta Prof. Dr. Uğursay KIZILTEPE olmak üzere kalp damar servis ve yoğun bakım ekip arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul eden hasta ve hasta yakınlarına,

Kızları olmaktan gurur duyduğum, hayattaki en büyük şansım olan sevgili annem Zahide ÖKSÜZ ve babam Bektaş ÖKSÜZ' e,

Bu süreçte mutluluğumu paylaşan kardeşlerime,

Çalışma boyunca manevi desteğini esirgemeyen, her türlü yardımıma koşan ve yanımda olan hayat arkadaşım Ahmet KARGIN'a ,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Damla ÖKSÜZ KARGIN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY ..... **iii**
ETİK BEYANNAMESİ ..... **iv**
ÖN SÖZ ..... **v**
KISALTMALAR VE SEMBOLLER ..... **vii**
ÇİZELGELER LİSTESİ ..... **viii**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **ix**
ÖZET ..... **x**
SUMMARY ..... **xi**
1. GİRİŞ **1**
1.1 Çalışmanın Amacı 4
1.2 Problemler 5
1.3 Hipotezler 5
1.4 Sınırlılıklar 6
1.5 Sayıltılar 6
2. GENEL BİLGİLER **7**
2.1 Kalp Hastalıkları 7
2.1.1 Koroner arter hastalıkları (KAH) 7
2.1.2 Kalp kapak hastalıkları 8
2.1.3 Konjenital kalp hastalıkları 9
2.2 Koroner Arter, Kapak ve Konjenital Kalp hastalıkları Cerrahi Tedavisi 10
2.3 Kalp Ameliyatlarında Hemşirenin Rolü 11
2.4 Psikososyal Uyum 12
2.4.1 Açık kalp ameliyatı olan hastaların psikososyal uyumları ve hemşirenin rolleri 15
2.5 Bakım Verme ve Bakım Yükü 15
2.5.1 Açık kalp ameliyatı olan hastaların bakım verenlerinin bakım verme yükü ve hemşirenin rolleri 17
2.6 Psikolojik Sağlamlık 18
2.6.1 Açık kalp ameliyatı olan hastaların bakım verenlerin psikolojik sağlamlıkları ve hemşirenin rolleri 20
3. MATERYAL VE YÖNTEM **22**
3.1 Araştırmanın Evren ve Örneklemi 22
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı 24
3.3 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 24
3.4 Veri Toplama Araçları 25
3.5 Araştırmanın Uygulanması 27
3.6 Akış Şeması 28
3.7 Araştırmanın Etik İlkeleri 29
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi 29
4. BULGULAR **30**
5. TARTIŞMA **49**
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **61**
KAYNAKLAR **63**
EKLER **73**
ÖZGEÇMİŞ **89**

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

BYÖ **:** Bakım Yükü Ölçeği

CDPSÖ **:** Connor –Davıdson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

HPUÖÖ **:** Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği

KABG **:** Koroner Arter Bypass Greft

KAH **:** Koroner Arter Hastalığı

TÜİK **:** Türkiye İstatistik Kurumu

KLP **:** Konsültasyon Liyezon Hemşireliği

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 4.1: Hasta ve Bakım Verenlerinin Sosyodemografik Özellikleri. **29**
Çizelge 4.1.1: Hastaların Sosyodemografik özellikleri. **29**
Çizelge 4.1.2: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri. **30**
Çizelge 4.2: Hasta ve Bakım Verenlerinin HPUÖÖ, CDPSÖ ve BYÖ' ne İlişkin Bulguları. **32**
Çizelge 4.2.1: Hastaların HPUÖÖ Puan Ortalamaları. **32**
Çizelge 4.2.2: Bakım Verenlerin CDPSÖ ve BYÖ Puan ortalamaları. **32**
Çizelge 4.3: Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Ve Bakım Verenlerinin HPUÖÖ, CDPSÖ Ve BYÖ Puan Ortalamaları. **33**
Çizelge 4.3.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HPUÖÖ Puan Ortalamaları. **33**
Çizelge 4.3.2: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre CDPSÖ Puan Ortalamaları. **35**
Çizelge 4.3.3: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BYÖ Puan Ortalamaları. **37**
Çizelge 4.4: Hastaların HPUÖÖ ile Bakım Verenlerin CDPSÖ ve BYÖ Arasındaki Korelasyon Analizi. **39**
Çizelge 4.5: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve CDPSÖ, BYÖ Arasındaki Regresyon Analizi. **42**
Çizelge 4.6: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve CDPSÖ, BVYÖ Arasındaki Regresyon Analizi. **45**

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: G-power Analizi. **22**
Şekil 2: Akış Şeması. **27**

AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKLERİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNİN HASTALARIN PSİKOSOSYAL UYUMLARINA ETKİSİ

ÖZET

ÖKSÜZ KARGIN, Damla. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Hastaların Psikososyal Uyumlarına Etkisi, **(Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2021.**

Araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin hastaların psikososyal uyumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.Araştırmanın evrenini; Haziran 2020 – Aralık 2020 tarihleri arasında açık kalp ameliyatı olan hastalar ile hastaların bakım verenleri; örneklemi ise dahil edilme kritirlerine uyan hasta (n=100) ve bakım verenler (n=100) oluşturmuştur. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ), Zarit Bakım Yükü Ölçeği (BYÖ) ve Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, aritmetik ortalama standart sapma Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testi, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre; hastaların uyumlarının kötü olduğu, bakım verenlerin bakım yüklerinin düşük ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Açık kalp ameliyatı olan hastalarda; düzenli ilaç kullanımı olanların ($p<0.05$), bakım verenleri ile iletişim sıkıntısı yaşayanların ($p<0.05$), hastalığa psikososyal uyumlarının kötü düzeyde olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerde ise; hasta ile iletişim sıkıntısı yaşayanların ($p<0.01$), bakım verme sorumluluğuna katılan başka birinin olmaması ($p<0.01$), bakım verme konusunda yetersiz olanların ($p<0.01$) bakım yüklerinin daha yüksek düzeyde ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların HPUÖÖ ve bakım verenlerin CDPSÖ ve BYÖ puanları arasındaki korelasyon analizinde önemli ilişkiler olduğu, bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeyi attıkça ve bakım yükü puanları azaldıkça, hastaların psikososyal uyum düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak, çalışma açık kalp ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası uyumları üzerinde bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin ve bakım yüklerinin önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Bu bakımdan açık kalp ameliyatı olan hastaların psikososyal uyumlarını arttırmaya yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık uygulamalarına öncelik verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Açık Kalp Ameliyatı, Bakım Yükü, Psikososyal Uyum, Psikolojik Sağlamlık.

THE EFFECT OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE LEVEL AND CARE BURDEN ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT OF RELATIVES OF PATIENTS WHO HAVE HAD CARDIAC SURGERY

SUMMARY

ÖKSÜZ KARGIN , Damla . The Effect Of Psychologıcal Resilience Level And Care Burden On Psychosocıal Adjustment Of Relatives Of Patıents Who Have Had Cardiac Surgery, (Master Thesis), Çankırı, 2021.

The study was carried out to determine the effects of caregivers' burden of care and psychological resilience levels on patients' psychosocial adjustment. The universe of the research has been created by Patients who had open heart surgery between June 2020 and December 2020, and their caregivers; the sample has been created by patients (n=100) and caregivers (n=100) who met the inclusion criteria. Data was collected using Personal Information Form the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Zarit Care Burden Scale (ZCBS), and Psychosocial Adjustment to Illness Self-Report Scale (PAIS-SR). In the evaluation of the data; number, percentage, arithmetic mean standard deviation Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis test, correlation and regression analyzes were used. According to the research findings; It was determined that the adjustment of the patients was poor, the caregiver's care burden was at a light level and their psychological resilience level was at a moderate level. In patients with open heart surgery; It was determined that those with regular drug use ($p<0.05$) and those who had communication difficulties with their caregivers ($p<0.05$) had poor psychosocial adjustment to the disease. In caregivers; Those who have communication difficulties with the patient ($p<0.01$), no one else participating in the caregiving responsibility ($p<0.01$), those who have insufficient knowledge about caregiving ($p<0.01$) have higher care burden and psychological resilience levels were found to be lower. In addition, it was determined that there were significant relationships in the correlation analysis between the PAIS-SR scores of the patients and the CD-RISC and ZCBS scores of the caregivers and as the psychological resilience level of the caregivers increased and the care burden scores decreased, the psychosocial adjustment levels of the patients increased.

In conclusion, the study shows that the psychological resilience levels of caregivers and the burden of care are important factors on the postoperative adjustment of patients who have had open heart surgery. In this regard, priority should be given to preventive and improving health practices aimed at increasing the psychosocial adjustment of patients undergoing open heart surgery.

Key Words: Caregiver Burden, Open Heart Surgery, Patient Relatives, Psychosocial Adjustment, Psychological Resilience,

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 yılı verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar tüm ölüm nedenleri arasında 1. sırada yer almakta ve her yıl 17,9 milyon insan bu nedenle yaşamını kaybetmektedir. Ayrıca tüm küresel ölümlerin %31'ini oluşturan kardiyovasküler hastalıkların 2030 yılına kadar yılda 23 milyondan fazla kişinin ölümüne sebep olacağı bildirilmektedir (DSÖ, 2019) .

Ülkemizde yaşlanan nüfus ve yaşam şekli değişimleri kronik hastalıkları artırmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı verilerine göre; dolaşım sistemi hastalıkları %38,4 ile ölüm nedenlerinin ilk sırasında yer almaktadır. Dolaşım sisteminden kaynaklı ölümlerin %39,7'sinin iskemik kalp hastalıklarından, %8,3'ünün hipertansif hastalıklarından ve %24,4'ünün ise diğer kalp hastalıklarından kaynaklandığı bildirilmiştir (TUİK, 2018). Kardiyovasküler hastalıklar kapsamında genel olarak; koroner arter hastalıkları (KAH), kalp kapak hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları gibi hastalıkları içermektedir (DSÖ, 2018) .

Dünyada ve ülkemizde kalp hastalıklarının tedavisinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Tıbbı ve cerrahi tedavi de kardiyopulmoner bypass alanındaki yeniliklerle birlikte cerrahi tedavinin kalp hastaları için önemli bir tedavi yöntemi haline geldiği bildirilmektedir. Kalp hastalıklarında en çok tercih edilen yöntemler arasında açık kalp ameliyatları önemli bir yer tutmaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2011).

Kalp hastalıkları çoğunlukla orta ve ileri yaşlarda gözlenen kronik bir hastalıktır. Kronik hastalıklar; hasta ve ailesinin günlük yaşamlarında değişiklikler yapmasına neden olabilmektedir. Kalp hastaları da günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon gibi birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Hastalar hastalıklarından dolayı bundan sonraki yaşantısında; sağlıklarına uyumlarında, sosyal ilişkilerinde, cinsel etkinliklerinde, meslekî yaşantılarında ve birçok günlük yaşam aktivitesinde değişim yaşayabilmektedir (Türkmen ve Çam, 2012).

Literatürde açık kalp ameliyatlarının; hastaları fizyolojik etkilerinin yanı sıra bilişsel ve psikolojik olarak etkilerini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada kalp hastalarının en çok, endişe ve ölüm korkusu yaşadıkları ve eşlerinden çocuklarından yeterli desteği görmeyen hastaların hastalığa uyumlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır (Türkmen ve Çam, 2012). Cerrahi girişimler içerisinde ise en fazla travmaya neden olan açık kalp ameliyatlarında preoperatif ve postoperatif dönemdeki invazif (göğüs tüpleri, endotrekeal aspirasyon, mekanik ventilasyon vb.) girişimler hastanın iletişim kuramama, kontrolünü kaybetme korkusu ve anksiyete yaşamasına ve biyopsikososyal uyumunun bozulmasına neden olduğu bildirilmiştir. Bireyin kalbine verdiği anlam ve önem, kalbinin yaşamsal değeri ve operasyon ile yaşamına müdahale edilecek olması duygusu, yaşanan anksiyete düzeyini ve operasyon sonrası baş etme davranışını etkilemektedir (Özorak, 2010). Kardiyak problemi olan hastalarda; bulguların ani ortaya çıkması, kontrol kaybı korkusu, kendilerini çaresiz hissetme ve ölüm riski gibi nedenler ile ameliyat deneyimi birleştiğinde anksiyete, depresyon gibi ruhsal ve psikososyal uyum sorunları ortaya çıkmaktadır (Vilchinsky ve diğ., 2017). Literatürde kalp ameliyatının hastalarda fizyolojik etkilerinin yanı sıra bilişsel ve psikolojik olarak da etkiler ortaya çıkardığı, çoğunlukla 'endişe ve ölüm korkusu' , anksiyete yaşadığı saptanmıştır (Nguyen ve diğ., 2017).

Uyum, dengeyi korumak için geliştirilen olayları kapsayan bir süreçtir ve psikolojik, fizyolojik ve sosyo-kültürel açıdan değerlendirilebilir. Birey yeni bir sorun veya tehdit karşısında kendini etkene yönelik baş etme mekanizmaları ile korur ve bu duruma uyum sağlamaya çalışır (Akdemir ve Birol, 2005). Aileden ve çevreden alınan psikolojik destek, sosyal destek, hastaların tedaviyle ilgili yeterli bilgiye sahip olması, hastaneye yatışın azalması ve gelir durumunun iyi olması psikososyal uyumu kolaylaştırır (Kaçmaz, 2003). Literatürde kardiyak bir olaydan sonra hastaların eşlerinin üzerinde yapılan bir çalışmada; eşlerin endişeli ve depresif olmasının, hastanın psikososyal uyumunu olumsuz etkilediği (Moser ve Dracup, 2004), sosyal desteğinin olması ise psikososyal uyumlarını olumlu etkilediği belirlenmiştir. (Türten, 2011; Çetinkaya, 2019). Bu bakımdan hastalara bakım veren bireylerin hastalar üzerindeki etkisinin önemli olduğu çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur (Kaçmaz, 2003).

Hastaların bütün ihtiyaçlarını karşılayan, destekleyen zorunlu veya gönüllü olarak bakım sorumluluğunu yürüten birincil kişiler bakım verenleridir (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013). Bu sorumluluklar; zor ve stresli deneyim olmakla beraber bakım vericiler duygusal, fiziksel ve sosyal alanlarda yük oluşturduğu bildirilmiştir (Tel ve Ertekin, 2013). Kronik hastalık tanısı almış yakınlarına empatiyle bakım verdiklerinde onları daha iyi anlar ve gereksinimlerini daha rahat karşılar. Bu sayede bakım verenleri tarafından iyi anlaşıldığını hisseden hastaların, iyileşme süreci de olumlu etkilenmektedir. Bakım verenlerin kendi yaşam koşullarına hastaların sorumlulukları da eklendiği için hastalık ve tedavi sürecinde hasta ve bakım verenlerin bir bütün olarak ele alınması önemlidir (Uğurtay, 2019).

Sürekli ve yoğun bir şekilde '*bakım verme'* sorumluluğu alan bireyler üstüne bir de kendi yaşam sorumlukları eklenince '*bakım verme yükü'* ortaya çıkmaktadır (Atagün ve diğ., 2011). Literatürde bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal desteğe sahip olması, baş etme davranışlarının yer aldığı ve sağlık sorunlarının olmaması (Mollaoğlu, Özkan Tuncay ve Kars Fertelli, 2011; Deniz, 2014), ileri yaş, kadın cinsiyet de olma ve daha az sosyal desteğe sahip olmanın bakım verme yükünü olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Durante ve diğ., 2019). KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada, hastaların psikososyal uyumunun kötü düzeyde olmasının bakım verenlerin yaşadığı yükten kaynaklandığı belirlenmiştir (Akman, 2016).

Bakım verenler bakım vermenin kendilerine olan etkileri ile baş etmede öfke, korku, çaresizlik ve suçluluk duygularını yaşayabilmektedirler. Bu duygular kişiden kişiye değişir ve her birey kendi baş etme davranışlarını oluşturur. Her bireyin kendine özgü baş etme davranışları *psikolojik sağlamlıkları* ile ilgilidir (Atagün ve diğ., 2011). Bireyin olumsuz koşullarla baş etme ve bu olaylara uyum sağlayabilme yeteneği psikolojik sağlamlık düzeyidir. Literatürde; yoksulluk, şiddet, stresli yaşam olayları ve hastalık gibi durumlar ile baş etmede daha başarılı olanların psikolojik sağlamlıklarının yüksek olduğu saptanmıştır (Öz ve Yılmaz, 2009). Bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeyi bakım yükünü etkilediği (Mulud ve McCarthy, 2017), bakım verenlerin yaşadığı stres düzeyi arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin azaldığı belirlenmiştir (Yağmur ve Türkmen, 2017).

Hemşireler; cerrahi hastalarının bakım sürecinde ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi gibi temel hemşirelik bakımlarının yanında, hastaların aile ve sosyal çevre ile ilişkilerinin devamlılığının sağlanması için hastaların psikososyal uyumlarını koruyacak terapötik ortamın oluşmasında önemli rollere sahiptir (Erkoç ve diğ., 2011; Hemşirelik Yönetmeliği 2011). Ayrıca bakım verenlerin bakım yükünü ele alarak bakım yüküne sebep olan olumlu ve olumsuz faktörler belirlenmelidir. Bu olumsuz faktörler ortadan kaldırılmalı veya azaltılmalıdır (Hemşirelik Yönetmeliği 2011). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi bağlamında psikiyatri hemşirelerinin açık kalp ameliyatı olan hastaların bakımlarındaki rol ve sorumlulukları önemlidir.

Literatürde açık kalp ameliyatı olmuş hastaların psikososyal uyumlarına; hastaya bakım verenlerin psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükünün etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışma ile hastaların psikososyal uyumunu etkileyen faktörler ve bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeyi ve bakım yükleri ile arasında ilişki olup olmadığı belirlenmiş olacak ve konuyla ilgili literatüre veri tabanı oluşturabilecektir.

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı açık kalp ameliyatı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin hastaların psikososyal uyumlarına etkisini incelemektir.

1.2 Problemler

Açık kalp ameliyatı olan hastaların psikososyal uyumları ile bakım verenlerin bakım yükleri ve psikilojik saağlamlıkları arasında bir ilişki var mıdır?

1.3 Hipotezler

H_{01}: Hastaların psikososyal uyum düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri arasında bir ilişki yoktur.

H_{02}: Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile bakım yükleri arasında bir ilişki yoktur.

H_{03}: Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında bir ilişki yoktur.

H_{04}: Hastaların psikososyal uyum düzeyleri ile bakım verenlerin bakım yükleri arasında bir ilişki yoktur.

H_{05}: Hastaların psikososyal uyum düzeyleri ile bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1: Hastaların psikosoyal uyum düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri ile ilişki vardır.

H_2: Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile bakım yükleri arasında bir ilişki vardır.

H_3: Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile psikolojik sağlamlıkları arasında bir ilişki vardır.

H_4: Hastaların psikososyal uyum düzeyleri ile bakım verenlerinin bakım yükü arasında bir ilişki vardır.

H_5: Hastaların psikososyal uyum düzeyleri ile bakım verenlerinin psikolojik sağlamlık arasında bir ilişki vardır.

1.4 Sınırlılıklar

Araştırmanın uygulama süreci pandemi dönemine denk geldiği için araştırma tek bir merkezde, en çok açık kalp ameliyatı yapılan hastaların bulunduğu Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür. Bu nedenle çalışma sonuçları, Türkiye'deki bütün kalp ameliyatı alan hastalara genellenemez. Ayrıca araştırmanın yapıldığı dönemde pandemiden dolayı hastanelerde uygulanan acil olmayan ameliyatların yapılmaması kararı ve kontrol grubu kullanılmamış olmaması da araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

1.5 Sayıltılar

Araştırma için seçilen veri toplama yöntemlerinin amaca uygun olduğu,
Araştırmaya katılan kalp ameliyatı olan hasta ve bakım verenlerinin çalışmada yer alan anketi ve ölçekleri samimi ve doğru olarak cevapladıkları,
Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu,
Araştırmada kullanılan ölçeklerden; Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin, hastaların hastalığa psikososyal uyum-öz bildirimlerini yansıtacağı, Connor- Davıdson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerini yansıtacağı, Zarit Bakım Yükü Ölçeğinin, bakım verenlerin bakım yüklerini yansıtacağı sayıltılarından hareket edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kalp Hastalıkları

Dünyada ve Türkiye'de tüm ölüm nedenlerinin ilk sırasında kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır (DSÖ, 2019; TÜİK, 2018). Bu hastalıkları kapsayan birçok hastalık grubu vardır. Türkiye genelindeki 26 yıllık TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasında erişkinlerde kalp hastalığı türlerinin dağılımı; koroner kalp hastalığı prevalansını %3,8, hipertansif kalp hastalığı prevalansını %2,2, romatizmal kalp hastalığı prevalansını %0,5 ve diğer kalp hastalıklarının prevalansını %0,3 olarak saptamıştır (TEKHARF, 2017).

Kalp, toraksın merkezinde sternum arkasında içi boş ve kaslı bir yapıya sahip organdır. Kalp iki ventrikül ve iki atrium olmak üzere dört odacığa bölünmüştür. Kalbin büyüklüğü yaşa, cinsiyete göre değişir ve yaklaşık 300 gramdır. Vücudun ihtiyacı olan oksijeni ve besin maddelerini taşımak, salgılanan maddeleri vücudun diğer bölümlerine ulaştırmak, atık maddeleri uzaklaştırmak başlıca görevlerindendir (Uğurlu, Alkan ve Çağlayan, 2019).

Kalp hastalıklarının tedavi yöntemleri arasında medikal ve cerrahi tedavi önemli bir yer tutmaktadır. Kalp hastalıklarında cerrahi tedavi gerektiren hastalıklar arasında; koroner arter hastalığı (KAH), kalp kapak hastalıkları ve konjenital kalp hastalıkları yer almaktadır (Moore ve Martinez, 2015).

2.1.1 Koroner Arter Hastalıkları (KAH)

Kalbe ihtiyacı olan oksijeni sağlayan büyük damarların daralmasından, plak oluşumu ve damarın beslendiği bölgenin kan akımının azalması sonucu oluşan hastalık Koroner Arter Hastalığı (KAH)'dır. Kan akışında meydana gelen sınırlanma sonrası kalp gereken oksijen ve yeterli besinleri alamaz ve kalp krizi meydana gelebilir (Badır, 2011).

Türkiye'de 2011'de yapılan bir çalışmada tanı konulan koroner arter hastalığı sıklığı kadınlarda %2,3 , erkeklerde ise %3,8 olarak bulunmuştur. Ayrıca koroner arter hastalığının en yüksek olduğu şehirler; erkeklerde Ankara, Konya, kadınlarda Samsun, Kastamonu ve Kırıkkale, Kayseri olarak belirlenmiştir (Şencan ve diğ., 2015).

Tedavi maliyetinin yüksek olması, ciddi komplikasyonların görülmesi, mortalite ve morbitenin oranın yüksek olması gibi önemli nedenlerden dolayı toplum sağlığını etkileyen önemli bir hastalıktır. Çocukluk çağından başlayıp yavaş yavaş ilerleyen bir süreçtir. KAH'dan korunmak için riskli bireyler belirlenip önlemler alınmalıdır. Kadınlarda 55, erkeklerde 45 yaş ve üstünde olmak, yakın akrabalarda KAH öyküsünün olması, hipertansiyon, sigara içme, kolestrol düzeylerinin 200 mg/dl üzerinde olması, hareketsiz yaşam, obezite, psikososyal etkenler, diabetes mellitus gibi nedenler KAH'da en önemli risk faktörlerindendir (Badır, 2011; Onat ve diğ., 2017).

2.1.2 Kalp Kapak Hastalıkları

Kalp kapakçıkları, kardiyak döngüde kalbin kasılıp gevşediği sırada oluşturduğu basınç ile birlikte açılıp kapanarak aorta ve pulmoner arterlere kan akımını kontrol ederler. Atriyumları ventriküllerden ayıran kapaklar ise atriyoventriküler kapaklardır. Triküspit kapak 3 kapakçıklı olup sağ atriyumu sağ ventrikülden, mitral kapak 2 kapakçıklı olup sol atriyumu sol ventrikülden ayırır. *Kalp kapaklarında oluşan yetersizlikte* kapakçıklar tam kapanmaz. İleriye doğru akması gereken kan geriye kaçar ve kalbin yükü artar. *Kapak darlığında (stenoz)* ise kapaklar arasındaki açıklık daralır ve damarlara kan göndermesi zorlaşır (Demir Korkmaz, 2011).

Mitral darlık, mitral yetersizlik, triküspit darlık, triküspit yetersizlik, aort darlığı, aort yetersizliği kalbin cerrahi tedavi gerektiren ciddi kapak hastalıklarıdır. (Demir Korkmaz, 2011).

Mitral darlık; mitral kapakçıkların deformitesi ve anatomik bozukluğu sonucu sol atriyumdan sol ventriküle kan akımının engellenmesi olarak adlandırılır. Mitral kapak alanı erişkin bir bireyde 4-6 cm^2 yani 3 parmak kalınlığındadır. Genellikle romatizmal ateşin ilerlemesi sonucu oluşmaktadır. Enfeksiyon tekrarını önlemek amacıyla antibiyotik profilaksisi yapılır. Cerrahide peruktan transluminal

valvüloplasti (kapağın onarılması) veya mitral kapak replasmanı yapılır. İlk görülen bulgu dispnedir (Demir Korkmaz, 2011).

Mitral yetersizlik; kapağın kısalması veya yırtılması sonrasında kapakçıkların sistol esnasında tam kapanmayıp kanın geriye kaçmasıdır. Halsizlik, yorgunluk ve dispne görülen belirtilerdir. Mitral kapak replasmanı veya onarımı tedavisi uygulanır (Demir Korkmaz, 2011).

Triküspit darlığı ; genellikle sağ ventrikül ve sağ atrium arasında bulunan kapağın darlığıdır. Sağ kalp yetersizliğine bağlı juguler ven nabzında azalma , perferik ödem ve hepatomegali görülmektedir. Yorgunluk, dispne, kilo kaybı gibi sağ kalp yetersizliği bulguları ortaya çıkmaktadır (Polat Dünya, Türen ve Enç, 2019).

Triküspit yetmezliği; triküspit alanının triküspit yapraklar ile tam kapanmaması sonucu oluşmaktadır. Ödem, boyun venlerinde dolgunluk, iştahsızlık, dispne, düzensiz nabız belirti ve bulgulardandır (Karadakovan ve Aslan, 2011).

Aort darlığı; aort ve sol ventrikül arasındaki deliğin darlığıdır. Aort kapağı normalde 2,6-3,5 cm^2 dir. Normalde 3 olması gerekirken 1 ya da 2 li kapakçıkların olması, romatizmal endokardit ve kalsifikasyonlar sonucu oluşur. Beyne giden kan akımının azalması sonucu senkop, koroner arterlere giden kan akımının azalması sonucu angına pektoris, sol ventriküle giden kanın azalması sonucu ise dispne görülebir. Aort darlığının en kesin tedavisi cerrahi kapak replasmanıdır (Demir Korkmaz, 2011).

Aort yetersizliği; diyastolde aortun kapanmaması sonucu kanın aortadan sol ventriküle geri kaçmasıdır. Ortopne, çarpıntı, terleme, koroner perfüzyonun bozulması, angına pektoris, boyun ağrısı ve baş dönmesi gibi belirtiler aort yetersizliği olan hastalarda görülebilir ve cerrahi bir acil durumdur (Demir Korkmaz, 2011).

2.1.3 Konjenital Kalp Hastalıkları

Aort diğer organların çalışması için gerekli hayati bir organ olup konjenital olanlar aortun duvar yapısını bozan *Marfan sendromu* gibi hastalıklardır. Marfan sendromu uzun kol ve bacaklar ile karakterize bir bağ dokusu hastalığıdır. Genellikle *aort anevrizması ve diseksiyonu* gelişebilir. Sonradan olan aort hastalıkları içinde en önemlisi anevrizmalardır. Anevrizma aortun herhangi bir segmetinde meydana gelen normal yapısını kaybetmesiyle kendini gösteren bir damar hastalığıdır (Badır ve Demir Korkmaz, 2011).

Diseksiyon ise sistolik basıncın artması kanın medya tabakasının içine girmesiyle oluşur. Bazen de damar içindeki yırtık olmadan da aort diseksiyonu oluşabilir. Eğer 2 hafta içinde meydana gelmiş ise akut, 2 haftadan uzun ise kronik diseksiyondur. Çoğunlukla hipertansiyon sonrası gelişme göstermektedir (Badır ve Demir Korkmaz, 2011).

KAH tedavisinde ilaçla tedavinin yanısıra cerrahi tedavinin de etkin olduğu bildirilmektedir (Badır, 2011; Onat ve diğ., 2017).

2.2 Koroner Arter, Kapak ve Konjenital Kalp hastalıkları Cerrahi Tedavisi

Kalbi besleyen damarlarda tıkanıklık, kapaçıkların bozuklukları, büyük damarların hastalıkları ve kalp yetmezliklerin tedavisini içermektedir. Kalp ameliyatları açık ve kapalı kalp ameliyatı olarak 2 gruba ayrılmaktadır.

*Açık kalp ameliyatı*nda kalp ve akciğerler belli bir süre için durdurularak bir makine yardımıyla vücudun oksijenlenmesi sağlanmaktadır Koroner arter hastalıkları, kapak ve konjenital kalp hastalıklarında sıklılıkla kullanılan bir yöntemdir. (Badır, 2011).

Kardiyovasküler hastalıkların cerrahi tedavisinde; *kroner arter ''bypass'' grefti* iskemik kalp hastalıklarının tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Genellikle yoğun medikal tedaviye dirençli koroner arterlerinde %70'den fazla daralma olan hastalarda görülen hastaların tedavisi için kullanılır.

Koroner arter bypass greft (KABG)'te bacaktan ya da koldan damar alınarak koroner arterlere greft yapılır. Böylece tıkanık olan bölgenin ilerisine kan akımı sağlanmış olur (Badır, 2011). KABG; stabil olamayan ,tıbbi tedavilere cevap vermeyen anjina, koroner girişimlerle tedavi edilemeyen, sol ana koroner arterde %60 lıktan fazla bir tıkanıklık olması, iki ya da daha fazla koroner arter tıkanıklığı ve sol ventrikülün fonksiyon bozukluğu ile endikedir (Badır ve Demir Korkmaz, 2011).

Geleneksel (Konvansiyonel) koroner arter bypass greft ameliyatında ; KABG ameliyatı medyan sternetomi insizyonu ile kardiyopulmoner bypass makinasına bağlanır. Daha sonra vücudun herhangi bir yerinden alınan safen gibi damarlar ile tıkanıklığın ilerisine greftlenir. Çoğu kalp ameliyatında kalp akciğer makinası kullanılmaktadır. Kalp akciğer makinasında kan kalbe ve akciğerlere gitmeden mekanik olarak sağlanır ve bu şekilde duran cansız kalpte grefletleme yapılırken dokuların ve organların oksijenlenmesi sağlanmaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2011).

Çalışan kalp üzerinde de minimal invazif işlemi ile koroner arter bypass greft ameliyatı yapılmaktadır. Aynı şekilde greft önceden hazırlandıktan sonra sternum ve göğüs duvarında insizyon açılarak kalp durdurulmadan bypass işlemi gerçekleştirilir (Badır ve Demir Korkmaz, 2011).

2.3 Kalp Ameliyatlarında Hemşirenin Rolleri

Kalp hastalıkları morbidite ve mortalite oranları en yüksek hastalık grupları arasında yer almaktadır. Bu nedenle morbidite ve mortalitenin düşürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi kalp cerrahi tedavisinin temel amacıdır (İlerigelen, 2010). Kalp hastalıklarında temel amaç preoperatif ve postoperatif dönemde oluşabilecek komplikasyonları önlemek, en aza indirmek ve hastanın tedavisine katkıda bulunmaktır. Bu yüzden kalp ameliyatlarında hemşireler; hastalığın önlenmesinde, tedavi aşamasında ve hastaların bakımında önemli rol almaktadır (Çetinkaya, 2019).

Bu rol ve sorumluluklar arasında;

- Kalp hastalarının bakımı; sağlığının değerlendirilmesi, eğitim, danışmanlık, terapötik iletişim, duygusal olarak destekleme, uyumlarını arttırma, öz bakım sorumluluklarının geliştirilmesi (Türkmen ve Çam, 2012),
- Fiziksel aktivitenin sürdürülmesi, komplikasyonların (fazla sıvı ve tuz tüketimi, uygun olmayan fiziksel aktivite, kötü beslenme) izlenmesi, önlenmesi ve hasta ve bakım verenlerine komplikasyonları erken tanıma gibi konularda eğitimin verilmesi (Özer ve Sezgin, 2015; Kasapoğlu ve Enç, 2017).

- Kalp hastalarının fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak desteklenmesi, anksiyete ve depresyonlarını yöneterek uyumlarının arttırılması (Çetinkaya, 2019) yer almaktadır.

Kalp hastaları farmakolojik ya da cerrahi tedavi, bakım ve rehabilitasyon sürecinde biyopsikososyal olarak bütüncül yaklaşımlara gereksinim duymaktadırlar. Bu süreçte ruh sağlığı ekibinin önemli bir üyesi olan psikiyatri hemşirelerinin de bakım yönetiminde görev/ sorumlulukları bulunmaktadır (Çam, Babacan Gümüş ve Yıldırım, 2014). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) psikiyatri hemşiresini (2007); bilim olarak psikososyal ve nörobiyolojik kuramları, sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, araştırma bulgularını ve hemşirelik rollerini kullanarak hizmet veren ruh sağlığı profesyoneli olarak tanımlamaktadır (Çam, Babacan Gümüş ve Yıldırım, 2014).

Psikiyatri hemşiresinin yönetici, konsültasyon, liyezon, eğitici, klinik, birincil bakım sağlayıcı, araştırıcı, uygulayıcı ve savunucu rolleri bulunmaktadır (Çam, Babacan Gümüş ve Yıldırım, 2014). 2011 yılında yayınlanan " Hemşirelik Yönetmeliği" nde ise ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin görevleri tanımlanmıştır. Konsültasyon-Liyezon rolleri bağlamında psikiyatri hemşiresinin bireyin fiziksel durumu ile ruhsal durumu arasındaki etkileşimi gözleme, hasta ve yakınlarının hastalığa, tedaviye psikolojik uyum sağlamasına, adaptif davranışları yeniden kazanmasına ve baş etme yollarını geliştirmeleri için eğitim ve danışmanlık sağlama gibi konularda planlama ve uygulama sorumluluğu vardır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

Açık kalp ameliyatı olan hastaların postoperatif dönemde iyileşme düzeylerini ve hastalığa psikososyal uyumlarını etkileyen bakım verenlerin bakım yükü ve psikolojik sağlamlıkları gibi birçok faktör bulunmaktadır.

2.4 Psikososyal Uyum

Uyum kavramı Türk Dil Kurumunun (TDK) sözlüğünde toplumsal çevreye ya da bir duruma uyma olarak tanımlanmıştır. Uyum sınırları belli olmayan tartışmaya açık bir kavramdır. Benliğini koruma koşuluyla yeni durumlara çevresel koşullara uygun davranma ya da stresle baş etme yetisi olarak tanımlanmaktadır (Güleç, 2016). İnsan sürekli değişen bir yaşam içerisindedir. Olumlu ya da olumsuz değişen durumlara yanıt verebilir. Sister Calista Roy tarafından geliştirilen Roy Uyum Modeli (RUM) uyum kavramı bireylerin iç ve dış çevredeki veya ortamdaki değişikliklere yanıt verebilme yeteneğidir (Roy, 2009).

Birey yaşamını tehdit eden nedenlere yönelik kendini korumak için yeni durumlara uyum sağlamaya çalışır. Birey, psikolojik bir sorunu olduğunda baş etme mekanizmaları ile kendini korur ve yeni duruma kendini adapte etmeye çalışır (Akdemir ve Birol, 2005). Tedavide uyum hastaların yapması veya yapmaması gerekenleri bilmesi, önerileri uygulaması, verilen ilaçları eksiksiz zamanında kullanması ve sağlığına uygun davranışlarda bulunmasıdır. Hastalar tedaviye uyum sağlamadığı takdirde tedavi etkili olmayacak ve olumsuz sonuçlar ile karşılacaktır (Gökalp, 2017).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ, 2003) göre tedaviye uyumu etkileyen faktörler genel olarak 5 kategoride toplanabilir. Bunlar;

- Sosyodemografik özellikler (Yaş, cinsiyet, ırk, eğitim durumu, meslek vb)
- Hastalık ile ilgili faktörler (Hastalık tipi, şiddeti ve süresi, memnuniyet, bakımın kalitesi vb)
- Tedavi ile ilgili özellikler (İlacın dozu ve tipi, başka ilaç varlığı, ilaç temin etme gücü, tedavide olması gereken diyet, yan etkileri.)
- Kişisel inanışlar ve davranışlarla ilgili özellikler (hasta-doktor-hemşire ilişkisi, hastalığını kavrama durumu, bilgi durumu vb)
- Ekonomik faktörlerdir (gelir durumu, sağlık sigortası durumu, ilaç fiyatları) (DSÖ, 2003; Badur, 2009).

Tedaviye uyumsuzluk dünya çapında bir sorundur. Gelişmiş ülkelerde kronik hastalıklarda tedaviye uyum %50 ortalamaya sahipken gelişmekte olan ülkelerde bu oran düşüş göstermektedir. Uzun süren tedavilere uyumsuz bireylerin tedavileri kötü yönde etkilenmektedir ve sağlık bakım maliyetlerini arttırmaktadır (DSÖ, 2003).

Psikososyal uyum, bireyin sağlığı algılama biçimi, aile ve sosyal çevresi, cinsel hayatı ile psikolojik durumunu içine alan bütün hayatı boyunca uzanan süreçtir (Karataş, 2014). Başarılı psikososyal uyum, bireyin bedensel ve duygusal değişikliklere karşı bir bütünleşme olarak ifade edilebilir. Kötü uyum; fiziksel, duygusal ve sosyal olarak bireyi olumsuz etkileyen, olumsuz kalıcı değişikliklere neden olan durumdur (Özgüven ve Tuncer, 1997).

Uzun süreli takip gerektiren hastalarda uyum önemlidir. Hastalarda uyumu sağlamak için öncelikle hastalığa verdikleri tepkileri, korkularını anlamak gerekir. Hastanın korkularını, endişelerini, planlarını, hastalığıyla ile ilgili ne anladığını anlamak; hatalı olan inançlarını değiştirmek uyumu kolaylaştırabilir. Hastalarda yaşanan sağlıklarını kaybetme ve ölüm korkusu depresyona neden olabilmektedir. Tıbbi tedavisi devam eden hastaların biyolojik boyutunun yanı sıra sosyal ve ruhsal yönlerini ele almak tedavi sürecine katkı sağlar. Ayrıca tedavi planlanırken hastanın çevre koşulları ve yaşam öyküsü de ele alınmalıdır. (Mete, 2008).

Dış görünüşteki değişimler, yeni bir çevreye girmek, aile içinde yaşanan rol kayıpları, fiziksel kayıplar nedeniyle yeterli öz bakımın azalması ve uykusuzluk gibi nedenlerden dolayı psikososyal uyum bozuklukları yaşanmaktadır (Kocaman, 2008). Yapılan çalışmalarda hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim düzeyi, medeni durumu, çocuk sahibi olması, ekonomik durumu, hastalığın süresi, ilaçları düzenli kullanma durumu, yaşadığı kişiler, bakımından sorumlu olduğu kişiler, başka kronik hastalığın varlığı, kontrolleri düzenli yaptırmaları gibi faktörlerin psikososyal uyumlarını etkilediği görülmüştür (Karataş, 2014; Yaylı, 2020; Atila, 2020; Koçak, 2020).

Diyabetli bireylerde yapılan bir çalışmada psikososyal uyumu en çok etkileyen alanların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, psikolojik baskı ve cinsel yaşam alanı olduğu saptanmıştır (Türten Kaymaz ve Akdemir, 2016). Psikososyal uyumu etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada ileri yaş, erkek cinsiyet ve emekli olanların psikolojik uyumlarının daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca gelir getiren bir işte çalışmayanların genel olarak psikolojik uyumlarının kötü olduğu görülmüştür (Zengin, Fırat ve Acar, 2017).

Kalp ve damar sistemi hastalıklarına hem ruhsal durumların hem de psikososyal faktörlerin etkileri vardır. Kardiyovasküler hastalıkların klinik seyri psikolojik nedenli olabilir. Depresyon, umutsuzluk, düşük sosyoekonomik durum, aile ya da arkadaşların olmaması gibi faktörler kardiyovasküler hastalıklarda en çok bildirilen psikososyal faktörlerdir (Albus, 2010; Kocaman Yıldırım ve Öztürk, 2016).

Kalp hastalarının tıbbi tedavi sırasında psikososyal uyumlarını inceleyen bir çalışmada hastalarda depresyon, anksiyete ve stresin arttığı, hastaların psikososyal uyum bozuklukları yaşadıkları belirlenmiştir (Erdal Erşan, Kelleci ve Baysal, 2013). Nyguen ve diğ. (2017)'in yaptıkları çalışmada koroner arter bypass ve kapak cerrahisi uygulanan hastalarda özellikle 6-9 hafta arasında anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

2.4.1 Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Psikososyal Uyumları ve Hemşirenin Rolleri

Kalp hastalıklarında psikiyatrik komplikasyonlar oldukça fazla görülmektedir. Ölüm korkusu, beden imajında bozulma, fiziksel yetersizlik gibi sorunlara neden olmaktadır. Hastalarda görülen bu psikiyatrik bozukluklar uyum problemlerine neden olmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013; Mete, 2008).

Açık kalp ameliyatı olan hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen birçok faktörün olduğu bilinmekte olup bu konuda hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu rol ve sorumluluklar arasında (Özdemir ve Taşçı, 2013; Doğru ve Karadakovan, 2016) ;

- Hastaların kişisel özelliklerine, hastalığa ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyumlarını değerlendirilmesi, değerlendirme sonuçları doğrultusunda uyumu arttırmaya yönelik eğitimlerin planlamalanması,
- Hastaların olumsuz hayat koşullarına , hastalıkla ilgili yaşadıkları güçlüklere karşı etkili baş etme yöntemlerini kullanmasının sağlanması,
- Hastaların öz bakımına katılması, günlük rutinlerini yapması yönünde desteklenmesi,
- Hastaların ailesi ve yakın çevresi ile ilişkinlerinin sürdürülmesi yer almaktadır.

2.5 Bakım Verme ve Bakım Yükü

Türk Dil Kurumuna göre bakım kavramı bakma işi, bir şeyin iyi durumda kalması, gelişmesi için gösterilen emek, bir bireyin giyinme, beslenme gibi gereksinimlerini üstlenme olarak tanımlanır (TDK, 2020). Bakım verme, formal ve informal olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme, meslek gruplarının bir ücret karşılığında sunduğu profesyonel sağlık hizmetidir. İnformal bakım verme ise aile ve yakınlarının ücret almadan hastaya verdikleri bakımdır (Karahan ve Güven, 2002; İnci, 2006).

Bakım verenler için bakım, birçok deneyimi bir arada yaşatan ve sorumluluk gerektiren bir süreçtir. Kişisel gelişim, samimiyet ve sevginin artması, doyum sağlama, yakın ilişkiler kurma gibi olumlu deneyimler sunarken birçok güçlüğün de yaşanmasına neden olabilmektedir (İnci, 2006). Bakım verme deneyimi, hasta ve bakım veren arasında zorunluluk gerektiren bir ilişki haline gelmekte ve bakım verirken fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal konularda zorlanma durumunda yetersizlik, suçluluk, çaresizlik gibi duyguların yaşanmasına ve bakım verenin bir yük algılamasına neden olmaktadır (Atagün ve diğ., 2011).

Yük kavramı ilk olarak Grad ve Sainsbury (1966) tarafından literatüre girmiş olup "Hastanın, kendine bakım veren birey üzerindeki olumsuz sonuçları" şeklinde tanımlanmıştır (Akt. Chou, 2000). Yaşlı, kronik hastalığı veya yetersizliği olan bireylere bakım verenlerin zorlanması *bakım verme yükü* olarak tanımlanabilir (Mollaoğlu, 2011).

Bakım verme yükü öznel ve nesnel yük olarak ölçülebilmektedir. Öznel yük bakım verenin bakım vermeyi nasıl algıladığı ile ilgilidir. Fiziksel, duygusal ve finansal gibi alanlarda hissettiği yükü tanımlamaktadır. Nesnel yük ise hastaların bakımının tamamını içeren süreçte harcadığı fiziksel güç, maddi olanaklar ile yaşamın getirdiği değişikliklerle ortaya çıkan sorunlarla ilgilidir. Öznel yük, bakım verenlerin nesnel yükün getirdiği sıkıntılarla uğraşırken hissettiği duygusal ve psikolojik tepkilerdir (Montgomery, Gonyea ve Hooyman, 1985).

Bu duygusal tepkiler depresyon ve anksiyetinin temelini oluşturabilmektedir. Bakım verme yükünün en belirgin psikolojik belirtileri; anksiyete, yalnızlık ve endişe olduğu bildirilmiştir (Beyans ve Sternberg, 2012; Perpiñá-Galvañ ve diğ., 2019). Alzheimer olan hastalara yapılan bir çalışmalarda bakım verenlerde bakım yükünün artmasının, obsesif- kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, somatizasyon, yeme

bozuklukları ve ölüm üzerine düşünceleri arttırdığı (Dikililer, 2020), yalnızlık düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır (Toker Tekin, 2018).

Bakma işi stresli bir deneyim olduğundan bakım verenler günlük yaşamlarında ve sağlıklarında olumsuz fizyolojik, davranışsal ve psikolojik etkiler yaşarlar (Beyans ve Sternberg, 2012). Kanserli hastalara bakım verenler üzerinde yapılan bir çalışmada; bakım verenlerin en çok yaşadığı sorunların psikolojik, fiziksel, sosyal ve finansal, ev yaşantısındaki değişim ve aile içi ilişkilerde yaşanan sorunlar olduğu belirlenmiştir (Karaarslan, 2013). Bakım verenlerin tüm hayatını hastaya göre planlaması, sosyal izolasyon, kendine zaman ayıramama gibi sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (Duru Aşiret, 2010). Literatürde bakım verme yükünün bakım verenlerin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır (Türkoğlu, 2010; Karahan, 2016).

Literatürde farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarda; kadın cinsiyet, hastayla bakım veren arasındaki ilişki, sosyal desteklerin varlığı, ekonomik durumu,ileri yaş, eğitim durumu, daha az bakım saatinin olması (Etters, Goodall ve Harrison, 2008; Yaşar, 2008; Atagün ve diğ., 2011; Deniz, 2014; Durante ve diğ., 2019), hastada ek hastalıklarının varlığı (Tülüce, 2012) bakım verenlerin bakım yükünü etkileyen faktörler arasında olduğu bildirilmiştir.

2.5.1 Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Bakım Verenlerinin Bakım Verme Yükü ve Hemşirenin Rolleri

Kalp ameliyatı geçiren hastaların en büyük destekçisi yakınlarıdır. Hastanın bakım gereksinimlerini karşılamanın yanında fiziksel destek, maddi destek, alışveriş, ulaşım, ev yönetimi ya da kişisel bakım gibi işlerin yürütülmesi de bakım vermeyi kapsamaktadır (Atagün ve diğ., 2011). Kalp hastalarının bakım verenlerinde en yaygın görülen semptomlardan biri bakım verme yükü olduğu belirlenmiştir (Carleton ve diğ.,2021).

Bakım verenler bakım verme sürecini farklı değerlendirebilmektedirler. Bazı bireyler için bir zorunluluk iken bazı bakım verenlerde doyum verici ve en iyisini yapmak için çabalaması gereken bir durumdur (Yeşil, 2016). Kalp hastalarının bakım verenlerinde bakım vermenin hem olumlu hem olumsuz sonuçları olduğu bildirilmiştir. Olumlu sonuçları arasında hastayla ilişkilerin ve bakım verenin kişisel gelişimini sağladığı, olumsuz sonuçları stres ve bakım yükü olduğu görülmüştür (Kim Oh ve Son, 2020).

Hemşireler; kalp ameliyatı geçiren hastaların bakım kalitesini artmak için bakım verenlerinin yükünü belirlemeli, gereksinimleri ve stresörleri değerlendirmelidir. Bakım sırasında dikkat edilmesi gereken konularda eğitim vermelidir. Hastalara fonksiyonlarını sürdürmeleri için cesaretlendirme gibi konularda danışmanlık yapmalıdır. Bakım verirken kendine de zaman ayırabileceği hatırlatılmalı, dinlenebileceği belirtilmeli ve kendi sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürmesi konusunda cesaretlendirmelidir (Özer, 2010).

Bakım vermenin kronik ve yoğun yapısı bakım verenlerin kendi yaşamlarındaki durumlarla birleşince bakımı yönetmekte başarısız olmakta, çaresizlik, suçluluk, korku gibi duygular yaşamakta ve bu duygular bakım verenlerin psikolojik iyi oluşlarını olumsuz etkilemektedir (Atagün ve diğ., 2011).

2.6 Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlık kavramı genel olarak bireylerin stresli ve zorlu yaşam koşullarına uyum sağlayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte bireyin kişisel gelişimine katkıda bulunan, farkındalık yaratan ve bireyin kendi içinde iç tutarlılığını anlatan yeni bir denge kurmasına izin veren bir değişimdir (Fletcher ve Sarkar, 2013). Sisto ve diğ. (2019) göre bireylerde psikolojik sağlamlığı 5 kategoride açıklamaktadır. Bunlar; olumsuz koşullarda kendini iyileştirme yeteneği, zor koşullarda bireye özgü yanıtlar, olumsuz bir olay karşısında toparlanma süreci, geleceğe dair olumlu düşünceler ve yaşam koşullarına uyum sağlanmasıdır.

Bireylerde psikolojik sağlamlık gelişmesi için bir stres faktörünün olması gerekmektedir. Bireyler stresli ve zor yaşamsal tecrübeler karşısında kendilerini toparlar ve zorlukların üstesinden gelirlerse bireylerin psikolojik sağlamlıkları gelişmektedir (Çam ve Büyükbayram, 2017).

Psikolojik sağlamlık düzeyi her bireyde farklı birçok faktöre bağlı gelişen dinamik bir süreçtir. Ayrıca bireylerin yaşama verdikleri anlamla, birçok olumlu/olumsuz deneyimlerle ve gelecekten beklentilerle değişebilmektedir. Bu değişim aynı aile içinde farklı bireylerde bile farklılık gösterebilmektedir. Bireylerin eğitim durumu, medeni durumu, mesleki çalışma durumu ve bir kronik hastalıklarının olması gibi faktörler psikolojik sağlamlık düzeylerini etkilemektedir (Kahraman, 2019). Literatürde kanser hastalarının bakım verici eşleri incelenmiş olup kadınların, genç yaşta, eğitim düzeyi yüksek ve çocuk sahibi olmayanların psikolojik sağlamlıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Sun, Qin ve Hengudomsub, 2021).

Bakım verenlerde psikolojik sağlamlığı etkileyen olumlu iç faktörler arasında; başa çıkma becerileri, kişilik özellikleri (öz saygı, öz yeterlilik ve kendine güven), iyimser düşünceleri ve manevi inancı yer almaktadır. Bakım verenlerde algılanan yük, stres, depresyon, anksiyete ve fiziksel sağlık durumu olumsuz etkileyen iç faktörlerdir. Aile ve akran desteği, ekonomik koşullar ve ikili iyi iletişim psikolojik sağlamlığa olumlu etki eden dış faktörlerdir. Hastanın sağlık durumu (hastalığın siddeti, hastalığın süresi vb.) ve olumsuz yaşam koşulları olumsuz dış faktörlerdendir (Sun, Qin ve Hengudomsub, 2021).

Bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerini etkileyen koruyucu ve risk faktörleri vardır. Stout ve Kipling'e (2003) göre psikolojik sağlamlıkta risk faktörlerini yağan yağmura, koruyucu faktörleri ise açılan şemsiye benzetmiştir. Koruyucu faktörler, risk faktörlerin olumsuz etkilerine karşı koyma olarak tanımlamaktadır. Benlik saygısı, maneviyat, öz yeterlilik, olumlu etki, olumlu duygular ve dışa dönüklük bireylerde psikolojik sağlamlığı etkileyen koruyucu faktörlerdir (Fletcher ve Sarkar, 2013). Bireylerde sağlık problemlerin varlığı, birey ve ailesindeki diğer bireylerin uyumsuz davranışlarının olması, düşük sosyoekonomik düzey, kaygılı bir kişiliğe sahip olma, stresli olaylarla baş etmede yetersiz olma olumsuz risk faktörlerindendir (Uğurtay, 2019).

2.6.1 Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Bakım Verenlerin Psikolojik Sağlamlıkları ve Hemşirenin Rolleri

Bakım verenlerde psikolojik sağlamlık sağlıkları etkilenmeden ve rutin işleri aksatmadan bakım verme zorluklarının üstesinden gelme yeteneğidir (Dias ve diğ., 2016). Bakım verme işi stres kaynağı olup bakım verenlerde anksiyete veya depresyon gibi duygusal sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bazıları bakım verme işini olumlu bir deneyim olarak algılarken bazıları bu duruma uyum sağlamakta zorluk çekmektedirler. Bir araştırmada böbrek transplantasyonu olan çocuğuna bakım veren annelerde depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek olan annelerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Abacı, 2018). Yapılan başka bir çalışmada algılanan stresin artmasıyla bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (Yağmur ve Türkmen, 2017).

Diğer araştırmalarda psikolojik sağlamlıkları yüksek bakım verenlerin; kararlı, olumlu düşünceye sahip, öz yeterlilik ve becerikli olma gibi özellikler sergilediği (Kobiske ve Bekhet, 2018) ve günlük beslenme alışkanlıkları ve öz bakım becerilerinin iyi düzeyde olduğu Aynı çalışmada ailede başka bir kronik hastalık olmasının da psikolojik sağlamlık düzeyini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Doğan ve diğ., 2020).

Demans hastalarının bakım verenlerinde yapılan çalışmalarda psikolojik sağlamlığın bakım verenlerin yaşam kalitesini arttırdığı ve depresif belirtileri ise azalttığı (Dias ve diğ., 2016) ve psikolojik sağlamlık düzeyleri yüksek olan bakım verenlerin bakım yükünün daha az olduğu belirlenmiştir (Atak ve Özekes, 2019). Alzheimer olan hastalarda yapılan çalışmada bakım verenlerin yüksek yaşam kalitesinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Rosa ve diğ., 2020).

KLP hemşireleri hasta ve bakım verenlerine gerekli psikososyal bakımın verilmesinde aktif rol oynamaktadır. Bakım verenlerin psikolojik sağlamlıklarını arttırmak hastanın hastalığa uyum sürecini hızlandırmaktadır. Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri bakım verenlerin psikolojik sağlamlıklarını etkileyen risk faktörlerini belirleyerek kontrol altına almalı ve diğer yandan koruyucu faktörleri de desteklemelidir. Bireylerin zayıf yönleri geliştirilmeli, güçlü yönleri desteklenmeli, bakım ile ilgili karşılaşacakları sorunlar hakkında eğitim verilmelidir (Öz ve Yılmaz, 2009; Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

Literatürde hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin, hastaların bakımına daha çok katılım sağladığı ve hastaların yaşam kalitesinin yükseldiği, (Türker, 2020), bakım verenlerin bakım vermeye yönelik olumsuz tepkilerini azalttığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilediği (Bektaş Akpınar, 2020) bildirilmiştir.

Açık kalp ameliyatı olan hastaların tedavisi boyunca bakım verenlerinin önemi büyüktür. Bakım verenlerin hastalayla iletişiminin iyi olması, hastanın bakımına daha çok katılması, psikolojik sağlamlıklarının yüksek olması hastanın hastalığa uyumuna ve iyileşmesine katkısı o derece büyük olacaktır. Bu yüzden hastaların, hastalığa uyum sağlaması bakım verenin psikolojik sağlamlığı ve bakım yükü ile yakından ilgilidir.

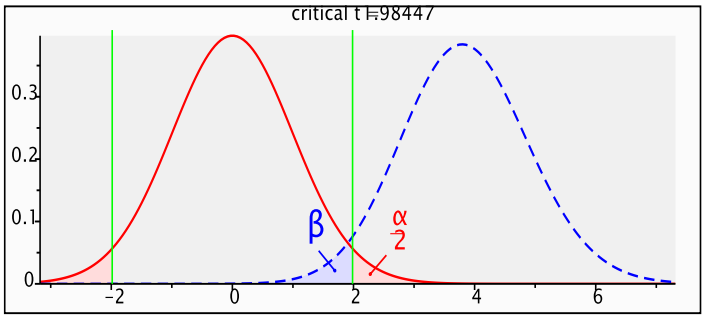
3. MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastalara bakım verenlerinin bakım yükleri ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin hastaların psikososyal uyumlarına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür

3.1 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde açık kalp ameliyatı olan hastalar ve bakım verenleri oluşturmuştur (n=200). Türkiye'nin başkentinde ve başkentin de en çok kalp ameliyatı yapılan kurumlarından birisi olması, tüm sosyoekonomik düzeylerdeki bireylerin başvurabildiği bir devlet hastanesi olması nedeniyle bu hastane seçilmiştir. Örneklemini ise aynı kurumda açık kalp ameliyatı olan hastalar içerisinden dahil edilme kriterlerine uyan, katılım sağlamaya gönüllü ve ölçme araçlarını tam ve eksiksiz dolduran hastalar oluşturmuştur.

Çalışma Covid- 19 pandemisinden önce planlanmış olup örneklem hesabı yapılırken pandemi kapsamındaki hastanelerde uygulanan ameliyat edilme prosüdürlerinde yapılan değişikliklerden dolayı yeterli hasta sayısına ulaşılamadığından çalışma sonrası güç analizi yapılmıştır. Hastalığa Psikososyal-Uyum Öz Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ) toplam ölçek puanı, hasta ve bakım verenleri arasında iletişim sıkıntısı yaşayan ve yaşamayanların ortalama ve standart sapma puanları kullanılarak hesaplanan effect-size değerine göre yapılan güç analizi sonucuna göre çalışmamız %96 oranında güçlüdür.



Şekil 1: G Power Analizi

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis:	Post hoc: Compute achieved power		
Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	1.1766968
	α err prob	=	0.05
	Sample size group 1	=	12
	Sample size group 2	=	88
Output:	Noncentrality parameter δ	=	3.8238120
	Critical t	=	1.9844675
	Df	=	98
	Power (1-β err prob)	=	0.9660835

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür. 1957 yılında temeli atılan hastane binası "300" yatak kapasitesi ile 25.06.1964 tarihinde hizmete açılmıştır. Hastane semt poliklinikleri ve kırk sekiz polikliniği ile Türkiye'nin en büyük ve en çok başvurulan hastanelerinden biridir. Bu çalışma Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kalp Damar Cerrahi Servisinde yürütülmüştür. Kalp damar cerrahisi 1 ameliyathane, 1 yoğun bakım ünitesi ve 1 servisten oluşmaktadır. Kalp damar cerrahi servisi 21 yataklı bir serviste 2 profösör , 3 doçent ,4 uzman, 1 başasistan, 5 asistan doktor, 12 hemşire çalışmaktadır. Açık kalp ameliyatı olan hastalar ilk olarak yoğun bakıma alınarak durumları stabil olduktan sonra servise nakledilmektedir. Hasta ve bakım verenlerinden çalışma verileri hasta ameliyat olduktan ve servise nakli yapıldıktan sonraki 3. günün sonunda toplanmıştır. Hastaların ameliyat sonrası hayati fonksiyonları stabil hale gelmesinin en az 3 günü bulmasından ve bakım verenlerinden hasta servise alındıktan sonra ki ilk 3 gün bakım vermesinden kaynaklı olarak veriler 3. günün sonunda toplanmıştır. Hastaların veri toplama araçlarını kendi odalarında cevaplamaları sağlanmıştır. Bakım verenler ise özel bir odaya alınarak veriler toplanmıştır.Araştırmanın veri toplama süreci Haziran-Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Hastanın açık kalp ameliyatı geçirmiş olması ve bakım verenin de en az 3 gün bakım vermiş olup, bakımından birinci derecede sorumlu olan aile üyesi olması
- Hasta ve bakım verenin 18 yaş ve üzerinde olması
- Çalışmaya katılmakta gönüllü olması
- Okuryazar olması ve Türkçe bilmesi
- Araştırma katılımı ve iletişim kurmayı engelleyecek düzeyde mental bozukluk olmaması durumunda bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Connor-Davıdson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ), Zarit Bakım Yükü Ölçeği (BVYÖ) ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (HPUÖBÖ) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1 Kişisel Bilgi Formu (EK-1):

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen bilgi formunda birincil bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir durumu, kronik fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalık varlığı, hastayla yakınlık derecesi, bakım verdikleri hastayla aynı evde yaşama durumu, bakım verme deneyimlerini (bakım verenlerin bakım verme sürecinde hissedilenler, hastanın gereksinimlerini karşılamada yeterlilik düzeyi, bakım verme sürecinde yardım alma durumu) içeren 12 sorudan ve hasta tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, kronik fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalık olma durumu, ilaç kullanım durumu, iletişim sorunları) içeren 9 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2 Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ) (EK 2):

Connor-Davidson (2003) tarafından geliştirilen ve psikolojik sağlamlığı ölçmek amacıyla kullanılan bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları Karaırmak (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. CDPSÖ, 25 maddeden oluşmaktadır ve 5'li likert tipi bir cevaplama anahtarına sahiptir. *Azim ve Kişisel Yetkinlik, Negatif Olaylara Tolerans* ve *Manevi Eğilim* olarak adlandırılan üç alt boyuttan oluşmaktadır ve madde 1, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 ile *Azim Ve Kişisel Yetkinlik*; madde 4, 6, 7, 8, 13, 14 ile *Negatif Olaylara Tolerans*, madde 2, 3, 9, 20 ile *Manevi Eğilim* incelenerek psikolojik sağlamlık düzeyleri saptanmıştır.

Ölçek; *Azim ve Kişisel Yetkinlik, Negatif Olgulara Tolerans, Manevi Eğilim* olmak üzere üç alt ölçekle değerlendirilmektedir ve ölçekten alınacak toplam minimum puan 0, maksimum puan 100'dür. Puan arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olmayı göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak hesaplandığı bildirilmektedir (Karaırmak, 2007).

Bizim çalışmamızda güvenirlik katsayıları sırası ile *Azim ve Kişisel Yetkinlik* alt boyutu için 0.94; *Negatif Olaylara Tolerans* için 0.84; *Manevi Eğilim* için 0.55 ve tüm ölçek için 0.95 olarak bulunmuştur.

3.4.3 Zarit Bakım Yükü Ölçeği (BYÖ) (EK-3):

Zarit ve arkadaşları tarafından (1980) geliştirilen ve bakım yükünü ölçmek amacıyla kullanılan bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir. BYÖ, 22 maddeden oluşmaktadır ve 5'li likert tipi bir cevaplama anahtarına sahiptir. Herhangi bir alt boyutu bulunmamakta olup toplam puan üzerinden hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 88 olup artan puan bakım yükünde artışı göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Cronbach alfa değeri 0.75 olarak hesaplandığı bildirilmektedir (İnci, 2006).

Bizim çalışmamızda Cronbach Alfa değeri 0,89'dur.

3.4.4 Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ) (EK 4):

Derogatis ve Lopez tarafından (1983) geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçmek amacıyla kullanılan bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Adaylar (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir. HPUÖÖ 7 psikososyal uyum alanında 46 maddeden oluşmaktadır ve 4'lü likert tipi bir cevaplama anahtarına sahiptir. Psikososyal uyum alanları; *Sağlık Bakımına Oryantasyon* (Bölüm 1), *Mesleki Çevre* (Bölüm 2), *Aile Çevresi* (Bölüm 3), Seksüel İlişkiler (Bölüm 4), *Geniş Aile İlişkileri* (Bölüm 5), *Sosyal Çevre* (Bölüm 6) ve *Psikolojik Baskı*'dır (Bölüm 7). Birinci bölüm 8, ikinci bölüm 6, üçüncü bölüm 8, dördüncü bölüm 6, beşinci bölüm 5, altıncı bölüm 6, yedinci bölüm 7 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru için uyum seviyesini 0 ile 3 arasında belirleyen 4 ifade yer almaktadır. Soruya verilen olumlu ifade '0' puan ile olumsuz ifade ise '3' puan ile puanlandırılmaktadır. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi psikososyal uyum, 35-51 arasındaki puanlar orta derecede psikososyal uyum, 51'in üstündeki puanlar kötü uyum şeklinde değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Cronbach alfa değerini 0,94, alt gruplar için sırayla 0.87,0.83,0.78,0.96,0.89,0.92,0.79 olarak hesaplandığı bildirilmektedir (Adaylar, 1995).

Bizim çalışmamızda güvenirlik katsayıları sırası ile *Sağlık Bakımına Uyum* alt boyutu için 0.94; *Mesleki Çevre* için 0.84; *Aile Çevresi* için 0.65; *Seksüel İlişkiler* için 0.79; *Geniş Aile İlişkileri* için 0.72; *Sosyal Çevre* için 0.85; *Psikolojik Baskı* için 0.89 ve tüm ölçek için 0.86 olarak bulunmuştur.

3.5 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ) (EK 2), Zarit Bakım Yükü Ölçeği (BYÖ) (EK-3), Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) (HPUÖÖ) (EK-4) kullanılmıştır. Pandemi nedeniyle araştırma Haziran-Aralık 2020 aralığında örneklemi oluşturan hasta ve bakım verenlerine anket yoluyla uygulanmış olup gerekli hallerde ulaşılması için iletişim bilgileri eklenmiştir.

3.6 Akış Şeması



3.7 Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın, etik kurul onayı **(180/05.03.2020)** (EK-10) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinden ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı olarak gerekli kurum izinleri (EK-8; EK-9) alındıktan sonra açık kalp ameliyatı olmuş kalp damar cerrahi servisinde 24 saat sonrasında hastaya ve bakım verenlerine çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır. Çalışmacı, kalp damar cerrahi servisinde 3 yıllık klinik deneyime sahiptir. Çalışma Covid-19 tedbirleri kapsamında uygun sosyal mesafe sağlanarak uygulanmıştır. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden hasta ve bakım vericilerine veri toplama araçları uygulanmıştır.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22.0 paket programı ile analiz yapılmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanısıra normallik için shapiro wilk testi istatistiksel analizleri yapılmıştır. Veriler normal dağılıma uygunluk göstermediği için nonparametrik testler uygulanmıştır. Ölçekler arası ilişki için korelasyon analizi yapılıp ilişki modellemesi için regresyon analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1 : Hasta ve bakım verenlerin Sosyodemografik özellikleri

Çizelge 4.1.1 : Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri (n=100)

		N	%
YAŞ	**56,95±11,33**		
Cinsiyet	Kadın	49	49,0
	Erkek	51	51,0
Medeni Durum	Evli	79	79,0
	Bekâr	21	21,0
Eğitim Durumu	Okuryazar	24	24,0
	İlkokul/ortaokul	38	38,0
	Lise	28	28,0
	Üniversite	10	10,0
Çalışma Durumu	Evet	28	28,0
	Hayır	72	72,0
Gelir Durumu	Gelir giderden az	48	48,0
	Gelir gidere eşit	48	48,0
	Gelir giderden fazla	4	4,0
Kronik hastalık	Evet	57	57,0
	Hayır	43	43,0
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	60	60,0
	Hayır	40	40,0
İletişim sorunu varlığı	Evet	12	12,0
	Hayır	88	88,0
TOPLAM		**100**	**100**

Çizelge 4.1.1'de araştırmaya katılan hastalara ait sosyodemografik özellikler sunulmuştur. Buna göre hastaların %49'unun kadın, %51'inin erkek ; %79'unun evli, %21'inin bekar; %24'ünün okuma yazma bildiği; %38'inin ortaokul, %28'inin lise, %10'unun üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 56,95±11,33'dür.

Hastaların %28'inin hastalıkları sırasında aktif olarak çalıştığı, %72'sinin iş hayatında olmadığı belirlenmiştir. Gelir durumları sorgulandığında %48'i gelirlerinin giderlerinden az, %48'i gelirlerinin giderlerine eşit ve %4'ü gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların%57’sinin kronik hastalıkları mevcutken, %43’ünün kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. %60’ının düzenli ilaç kullandığı, %40’ının herhangi bir ilaç kullanımının olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalıkları diyabet ve tansiyon başta olmak üzere astım ve alerji gibi hastalıklarının olduğu saptanmıştır.

Hastaların bakım verenleri ile %12’sinin iletişim sıkıntısı yaşadıkları, %88’inin herhangi bir iletişim sıkıntısı yaşamadıkları belirlenmiştir.

Çizelge 4.1.2 : Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri (N=100)

		N	%
YAŞ	**39,36±12,14**		
Cinsiyet	Kadın	60	60,0
	Erkek	40	40,0
Medeni Durum	Evli	78	78,0
	Bekâr	22	22,0
Eğitim Durumu	Okuryazar	20	20,0
	İlkokul/ortaokul	13	13,0
	Lise	24	24,0
	Üniversite	36	36,0
	Lisans üstü	7	7,0
Yakınlık Derecesi	Eşim	33	33,0
	Annem	13	13,0
	Babam	21	21,0
	Kardeşim	10	10,0
	Kayınvalide	5	5,0
	Kayınpeder	2	2,0
	Akraba	16	16,0
Hasta ile aynı evde yaşama	Evet	58	58,0
	Hayır	42	42,0
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Evet	67	67,0
	Hayır	33	33,0
Gelir Durumu	Gelir giderden az	26	26,0
	Gelir gidere eşit	65	65,0
	Gelir giderden fazla	9	9,0
Kronik hastalık	Evet	20	20,0
	Hayır	80	80,0
Hastayla bir iletişim sıkıntısı varlığı	Evet	12	12,0
	Hayır	88	88,0
Bakım verme sorumluluğuna katılan başka birinin varlığı	Evet	61	61,0
	Hayır	39	39,0
Bakım vermeye ilişkin yeterli hissetme durumu	Yeterli	47	47,0
	Kısmen yeterli	40	40,0
	Yetersiz	6	6,0
	Bilmiyorum	7	7,0
TOPLAM		**100**	**100**

Çizelge 4.1.2 de araştırmaya katılan bakım verenlere ait bilgiler incelendiğinde %60'ının kadın, %40'ının erkek olduğu, %78'inin evli, %22'sinin bekâr, %20'sinin ilkokul, %13'ünün ortaokul, %24'ünün lise, %36'sının üniversite ve %7'sinin de lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin yaş ortalamasının 39±12,14 olduğu saptanmıştır.

Bakım verenin yakınlık derecesi incelendiğinde %33'ünün hastanın eşi, %13'ünün annesi, %21'inin babası olduğu, %10'unun kardeşinin, %5'inin kayınvalidesinin, %2'sinin kayınpederinin bakım vereni olduğu belirlenmiştir. %16'sı ise bir akrabasına refakat ettiğini belirtmiş, %58'i hasta ile aynı evde yaşadığını, %42'si ise aynı evde yaşamadığını ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %67'sinin halen gelir getiren bir işte çalıştığı, %26'sı gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %65'i gelirlerinin giderlerine eşit olduğu ve %9'u gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin %20'sinin kronik bir hastalığı olduğu, %80'inin herhangi bir rahatsızlığı olmadığı görülmüştür. %12'si hastası ile iletişim sıkıntısı yaşarken %88'i herhangi bir iletişim sıkıntısı yaşamadığını ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %61'inin hastasına bakım verme sorumluğuna katılan başka birinin olduğu, %39'una ise başka herhangi bir bakım verme sorumluğuna katılan olmadığı belirlenmiştir.

Bakım verenler, bakım vermeye ilişkin kendilerini yeterli hissetme durumlarını %47'si yeterli görmekte, %40'ı kısmen yeterli görmekte, %6'sı yetersiz gördüğünü, %7'si ise kendilerini nasıl hissettiklerini bilmediklerini ifade etmiştir.

Çizelge 4.2: Hasta ve Bakım Verenlerin HPUÖÖ, CDPSÖ ve BYÖ' ne İlişkin Bulguları

Çizelge 4.2.1: Hastaların HPUÖÖ Puan Ortalamaları (N=100)

HPUÖÖ	X ± S.S	Min	Max
1. Sağlık Bakımına Oryantasyon Alt Boyutu	40,88 ± 11,51	13	60
2. Mesleki Çevre Alt Boyutu	13,71 ± 4,76	2	24
3. Aile Çevresi Alt Boyutu	8,94 ± 5,06	0	24
4. Seksüel İlişkiler Alt Boyutu	15,15 ± 4,56	0	18
5. Geniş Aile İlişkileri Alt Boyutu	6,48 ± 4,60	0	15
6. Sosyal Çevre Alt Boyutu	14,10 ± 5,48	0	18
7. Psikolojik Baskı Alt Boyutu	15,36 ± 7,1	0	21
Toplam	74,79± 21,68	15	114

Araştırmaya katılan hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları Çizelge 4.2.1'de verilmiştir.

Buna göre hastaların HPUÖÖ puan ortalamasının 74,79±21,68, alt uyum alanlarına bakıldığında *Sağlık Bakımına Oryantasyon* puan ortalamasının 40,88±11,51, *Mesleki Çevre* puan ortalamasının 13,71±4,76, *Aile Çevresi* puan ortalamasının 8,94±5,06, *Seksüel İlişkiler* puan ortalamasının 15,15±4,56, *Geniş Aile İlişkileri* puan ortalamasının 6,48±4,60, *Sosyal Çevre* puan ortalamasının 14,10±5,48 , *Psikolojik Baskı* puan ortalamasının 15,36±7,1 olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.2.2: Bakım Verenlerin CDPSÖ ve BYÖ puan ortalamaları (N=100)

CDPSÖ	X ± S.S	Min	Max
CDPSÖ Azim ve Kişisel Yetkinlik Alt Boyutu	40,88±11,51	13	60
CDPSÖ Negatif Olaylara Tolerans Alt Boyutu	13,71±4,76	2	24
CDPSÖ Manevi Eğilim Alt Boyutu	11,43±2,67	2	16
CDPSÖ Toplam Ölçek Puanı	66,02±17,34	28	99
BYÖ	29,13±13,91	3	71

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Connor –Davıdson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Yükü Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları Çizelge 4.2.2'de verilmiştir.

Buna göre; bakım verenlerin CDPSÖ puan ortalamasının 66,02±17,34 olduğu, alt psikolojik sağlamlık alanlarına bakıldığında *Azim ve Kişisel Yetkinlik* puan ortalamasının 66,02±17,34, *Negatif Olaylara Tolerans* puan ortalamasının 13,71±4,76, *Manevi Eğilim* puan ortalamasının 11,43±2,67 olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin BYÖ puan ortalamasının 29,13±13,91 olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.3: Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta ve Bakım Verenlerin HPUÖÖ, CDPSÖ Ve BYÖ Puan Ortalamaları

Çizelge 4.3.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HPUÖÖ Puan Ortalamaları (n=100)

DEĞİŞKENLER	N	HPUÖBÖ ALT BOYUTLARI							HPUÖBÖ TOPLAM (N=100)
		Sağlık Bakımına Oryantasyon	**Mesleki Çevre**	**Aile Çevresi**	**Seksüel İlişki**	**Geniş Aile İlişkileri**	**Sosyal Çevre**	**Psikolojik Baskı**	
		Ortalama ± /S.S	**Ortalama ± /S.S**	**Ortalama ± /S.S**	**Ortalama ± /S.S**	**Ortalama ± /S.S**	**Ortalama ± /S.S**	**Ortalama ± /S.S**	**Ortalama±/S.S**
Cinsiyet									
Kadın	49	6,06±5,35	8,69±3,73	9,43±4,78	16,29±3,41	7,10±4,40	14,51±5,17	17,69±5,05	79,78±20,14
Erkek	51	5,59±5,40	9,18±3,08	8,47±5,32	14,06±5,24	5,88±4,76	13,71±5,79	13,12±8,04	70,00±22,21
Test istatistiği U-KW / pdeğeri		1178,50/ 0,617	1177,00/ 0,604	1113,50/ 0,340	896,00/ **0,007***	1063,50/ 0,190	1151,00/ 0,450	840,00/ **0,003***	2,302/ **0,023***
Medeni Durum									
Evli	79	5,54±5,35	9,15±3,59	8,81±5,00	15,27±4,56	6,46±4,75	13,82±5,79	15,30±7,07	74,35±21,77
Bekâr	21	6,86±5,37	8,14±2,53	9,43±5,39	14,71±4,63	6,57±4,09	15,14±4,07	15,57±7,38	76,43±21,79
Test istatistiği U-KW / pdeğeri		699,50/ 0,261	648,00/ 0,111	791,00/ 0,740	731,00/ 0,358	806,50/ 0,842	777,00/ 0,622	777,50/ 0,643	-0,388/ 0,699
Çalışma Durumu									
Evet	28	5,36±5,67	9,64±3,49	7,82±4,02	14,04±5,03	6,64±5,12	14,04±5,41	14,04±7,66	71,57±19,33
Hayır	72	6,00±5,25	8,67±3,36	9,38±5,37	15,58±4,32	6,42±4,42	14,13±5,54	15,88±6,85	76,04±22,53
Test istatistiği U-KW / p değer		914,50/ 0,463	827,00/ 0,149	846,00/ 0,205	780,50/ 0,054	986,00/ 0,863	975,00/ 0,778	867,00/ 0,255	-0,925/ 0,357
Kronik hastalık									
Evet	57	6,26±5,23	9,00±3,49	9,16±4,85	15,47±4,52	7,16±4,23	14,37±5,88	16,21±6,80	77,63±22,56
Hayır	43	5,23±5,52	8,86±3,33	8,65±5,36	14,72±4,62	5,58±4,96	13,74±4,95	14,23±7,40	71,02±20,09
Test istatistiği U-KW / pdeğeri		1062,50/ 0,246	1184,50/ 0,767	1074,00/ 0,283	1093,00/ 0,309	995,50/ 0,102	1077,50/ 0,252	1013,00/ 0,119	1,519/ 0,132
Düzenli ilaç kullanımı									
Evet	60	6,20±5,17	9,10±3,49	9,25±4,63	15,75±3,96	7,05±4,30	14,75±5,58	16,45±6,66	78,55±21,35
Hayır	40	5,25±5,63	8,70±3,31	8,48±5,67	14,25±5,25	5,63±4,95	13,13±5,24	13,73±7,50	69,15±21,19
Test istatistiği U-KW / pdeğeri		1044,00/ 0,262	1117,50/ 0,547	1015,50/ 0,186	1026,00/ 0,177	997,00/ 0,145	956,00/ 0,056	925,50/ **0,042***	2,163/ **0,033***
Bakım Vericisi ile Sıkıntı Yaşıyor mu?									
Evet	12	9,50±5,24	9,50±4,21	12,50±4,01	17,25±1,35	8,00±3,69	17,50±1,16	18,75±4,45	93,00±14,69
Hayır	88	5,32±5,20	8,86±3,30	8,45±5,01	14,86±4,76	6,27±4,69	13,64±5,68	14,90±7,28	72,31±21,34
Test istatistiği U-KW / pdeğeri		289,50/ **0,01***	442,50/ 0,346	268,50/ **0,00 ***	373,50/ 0,071	408,00/ 0,194	337,00/ **0,024***	361,00/ 0,062	3,248/ **0,002***
Eğitim Durumu									
Okur-yazar	24	6,88±6,03	9,38±3,78	9,50±5,50	15,63±5,00	6,13±4,72	15,50±4,30	17,13±6,09	80,13±24,88
İlkokul/ortaokul	38	6,16±5,53	8,76±3,37	9,95±4,63	15,95±3,95	7,03±4,25	13,66±5,98	15,16±7,04	76,66±21,12
Lise	28	5,57±4,94	8,79±3,15	8,25±4,80	14,25±3,96	6,75±5,20	14,14±5,15	13,61±8,30	71,36±18,57
Üniversite	10	2,70±2,98	9,00±3,74	5,70±5,37	13,50±6,67	4,50±3,80	12,30±6,84	16,80±5,32	64,50±21,73
Test istatistiği U-KW / pdeğeri		4,142/ 0,247	0,672/ 0,880	7,43/ 0,059	6,667/ 0,083	2,447/ 0,485	2,656/ 0,448	3,272/ 0,352	1,591/ 0,197
Gelir Durumu									
Gelir giderden az	48	6,88±5,70	8,81±3,63	9,63±4,75	14,81±5,04	6,25±4,70	14,13±5,39	15,38±6,93	75,88±22,16
Gelir gidere eşit	48	5,06±4,87	9,00±3,33	8,56±5,32	15,38±4,22	6,69±4,72	14,13±5,70	15,00±7,47	73,81±22,02
Gelir giderden fazla	4	2,25±4,50	9,75±1,50	5,25±4,50	16,50±1,73	6,75±1,50	13,50±5,19	19,50±3,00	73,50±13,30
Test istatistiği U-KW / pdeğeri		4,676/ 0,097	0,186/ 0,911	3,604/ 0,165	0,076/ 0,963	0,143/ 0,931	0,181/ 0,913	1,583/ 0,453	0,114/ 0,892

U: Mann Whitney U test istatistiği, KW: Kruskal Wallis H test istatistiği, p<0.05 Anlamlılık düzeyi, *:0,05

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden cinsiyetlerine göre HPUÖÖ ölçeği *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi,Geniş Aile İlişkileri ve Sosyal Çevre* alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık yok iken ($p>0.05$), *Seksüel İlişkiler, Psikolojik Baskı* alt boyutları ve toplam ölçek puanı bakımından kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalığı varlığı, çalışma durumu, aylık gelir durumuna göre HPUÖÖ ölçeği *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi,Geniş Aile İlişkileri ve Sosyal Çevre Seksüel İlişkiler, Psikolojik Baskı* alt boyutları puanları ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden düzenli ilaç kullanımına göre; HPUÖÖ ölçeği *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi,Geniş Aile İlişkileri ve Sosyal Çevre* alt boyutları puanlarında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık yok iken ($p>0.05$). *Psikolojik Baskı* alt boyutu ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden bakım vereni ile bir iletişim sıkıntı yaşama durumuna göre; *Mesleki Çevre, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Psikolojik Baskı* alt boyut puanları açısından istatistiksel açıdan önemli bir farklılık yok iken ($p>0.05$), *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Aile Çevresi, Sosyal Çevre* alt boyutu ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çizelge 4.3.2: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre CDPSÖ Puan Ortalamaları (n=100)

DEĞİŞKENLER	N	CDPSÖ ALT BOYUTLARI			CDPSÖ TOPLAM (N=100)
		Azim ve Kişisel Yetkinlik	Negatif Olaylara Tolerans	Manevi Eğilim	
		Ortalama±S.S	Ortalama ±S.S	Ortalama±S.S	Ortalama ±S.S
Cinsiyet					
Kadın	60	38,73±10,43	13,12±4,68	11,22±2,51	63,08±16,41
Erkek	40	42,94±12,22	14,27±4,82	11,63±2,83	68,84±17,90
Test istatistiği U-KW/p değeri		60,20±19,10	-1,211/ 0,229	1106,50/ 0,320	998,00/ 0,083
Medeni Durum					
Evli	78	41,41±10,83	13,66±4,52	11,48±2,66	66,54±16,21
Bekâr	22	38,90±13,92	13,90±5,71	11,24±2,77	64,05±21,41
Test istatistiği U-K /p değeri		743,50/ 0,466	-0,210/ 0,834	777,00/ 0,654	769,00/ 0,609
Eğitim Durumu					
İlkokul	20	37,42±11,37	12,71±4,52	11,00±2,44	61,13±17,35
Ortaokul	13	42,76±12,43	13,92±4,70	11,79±2,33	68,47±18,17
Lise	24	41,57±10,75	14,29±5,51	11,57±3,16	67,43±16,93
Üniversite	36	40,10±9,82	13,70±3,43	10,70±3,05	64,50±15,00
Yükseklisans	7	37,80±14,03	15,43±3,82	12,14±1,95	60,20±19,10
Test istatistiği U-KW/p değeri		4,029/ 0,258	0,506/ 0,679	2,116/ 0,549	3,902/ 0,272
Hastaya yakınlık derecesi					
Eş	33	38,18±11,48	12,73±4,55	10,82±3,23	61,73±16,84
Anne	13	43,15±10,27	14,92±4,07	12,00±3,00	70,08±15,93
Baba	21	46,00±10,33	14,81±5,00	12,29±1,92	73,10±15,77
Kardeş	10	41,30±11,52	13,10±5,04	11,60±2,36	66,00±18,27
Kayınvalide	5	36,20±13,71	10,80±6,45	12,00±2,34	59,00±21,94
Kayınpeder	2	42,00±9,89	16,00±2,82	11,00±1,00	69,00±12,72
Akraba	16	38,94±12,73	14,31±4,78	10,88±2,33	64,13±18,97
Test istatistiği U-KW p değeri		7,178/ 0,305	1,018/ 0,418	5,987/ 0,425	7,105/ 0,311
Hastayla aynı evde yaşama					
Evet	58	39,98±11,37	13,24±4,70	11,38±3,00	64,60±17,12
Hayır	42	42,12±11,73	14,36±4,83	11,50±2,18	67,98±17,67
Test istatistiği U-KW/p değeri		1083,00/ 0,345	-1,157/ 0,250	1185,50/ 0,819	1076,00/ 0,321
Gelir getiren bir işte çalışma durumu					
Evet	67	40,64±9,04	13,46±4,18	11,43±2,63	65,54±14,28
Hayır	33	40,97±12,40	13,81±5,00	11,43±2,71	66,21±18,49
Test istatistiği U-KW/p değeri		924,50/ 0,521	-0,320/ 0,750	1007,50/ 0,997	929,00/ 0,544
Gelir durumu					
Gelir giderden az	26	38,69±13,07	12,44±4,78	11,13±2,58	62,25±18,96
Gelir gidere eşit	65	42,38±9,57	14,52±4,44	11,65±2,83	68,54±15,10
Gelir giderden fazla	9	49,25±7,80	19,25±2,36	12,50±1,73	81,00±9,89
Test istatistiği U-KW/p değeri		3,839/ 0,147	**5,575/ 0,005***	1,995/ 0,369	5,498/ 0,064
Kronik hastalık varlığı					
Evet	20	39,58±12,28	13,54±4,88	11,04±2,81	64,16±18,38
Hayır	80	42,60±10,30	13,93±4,65	11,95±2,42	68,49±15,74
Test istatistiği U-KW/p değeri		1078,00/ 0,304	-0,399/ 0,690	1019,50/ 0,148	1084,50/ 0,326
Hastayla bir iletişim sıkıntı sına sahip olma durumu					
Evet	12	27,08±9,86	9,33±5,19	10,25±2,56	46,67±16,45
Hayır	88	42,76±10,43	14,31±4,41	11,59±2,66	68,66±15,79
Test istatistiği U-KW/p değeri		**146,00/ 0,00***	**-3,587/ 0,001***	353,50/ 0,062	**179,00/ 0,00***
Bakım verme sorumluluğuna katılan başka birinin varlığı					
Evet	61	43,74±10,16	14,79±4,24	12,13±2,14	70,66±15,20
Hayır	39	36,41±12,20	12,03±5,10	10,33±3,06	58,77±18,17
Test istatistiği U-K /p değeri		781,00/ 0,123	1,931/ 0,144	1546,00/ 0,224	1533,50/ 0,353
Bakım vermeye ilişkin yeterli hissetme durumu					
Yeterli	47	44,47±10,10	15,00±4,31	12,04±2,56	71,51±15,35
Kısmen yeterli	40	40,18±10,94	13,25±4,76	11,65±2,19	65,08±16,57
Yetersiz	6	28,83±11,92	10,33±5,35	9,50±1,87	48,67±18,50
Kısmen yetersiz	7	31,14±12,22	10,57±4,86	7,71±3,30	49,43±14,88
Test istatistiği U-KW/p değeri		8,648/ 0,433	3,538/ 0,058	5,412/ 0,091	4,783/ 0,034

Çizelge 4.3.2'de bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumuna göre CDPSÖ ölçeği *Azim ve Kişisel Yetkinlik, Negatif Olaylara Tolerans, Manevi Eğilim* alt boyutları ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinden bakım vereni ile iletişim sıkıntısı yaşama durumuna göre; CDPSÖ ölçeği *Azim ve Kişisel Yetkinlik, Negatif Olaylara Tolerans* alt boyutları ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olduğu ($p<0.05$), *Manevi Eğilim* alt boyut arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinden gelir durumuna göre; CDPSÖ ölçeği *Azim ve Kişisel Yetkinlik, Manevi Eğilim* alt boyutları ve toplam ölçek arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olmadığı ($p>0.05$), *Negatif Olaylara Tolerans* alt boyut arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çizelge 4.3.3: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BYÖ Puan Ortalamaları (N=100)

BYÖ			N	± /S.S	Mann-Whitney U / Kruskal Walls Test Sonucu /P Değeri
BYÖ Toplam Puan	**Cinsiyet**	Kadın	60	29,10±15,27	1158,50/ 0,770
		Erkek	40	29,18±11,76	
	Medeni durum	Evli	78	30,40±14,75	659,00/ 0,098
		Bekâr	22	24,64±9,35	
	Hasta ile aynı evde mi yaşama durumu	Evet	58	29,69±12,63	1033,50/ 0,197
		Hayır	42	28,36±15,63	
	Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Evet	67	27,22±11,78	900,50/ 0,133
		Hayır	33	33,00±17,02	
	Kronik hastalık	Evet	20	34,15±15,38	599,50/ 0,084
		Hayır	80	27,88±13,33	
	Hastayla bir iletişim sıkıntısına sahip olma durumu	Evet	12	45,33±17,24	216,50/ **0,001***
		Hayır	88	26,92±11,89	
	Bakım verme sorumluluğuna katılan başka birinin varlığı	Evet	61	25,25±10,25	733,00/ **0,001***
		Hayır	39	35,21±16,62	
	Eğitim durumu	Okuryazar	20	30,80±11,76	5,629/ 0,229
		İlkokul/ortaokul	13	29,15±17,33	
		Lise	24	31,67±13,16	
		Üniversite	36	28,17±14,98	
		Yüksek Lisans	7	20,57±7,45	
	Gelir durumu	Gelir giderden az	26	31,00±14,13	1,675/ 0,433
		Gelir gidere eşit	65	28,94±14,27	
		Gelir giderden fazla	9	25,11±10,52	
	Hastaya yakınlık derecesi	Eşim	33	30,73±14,75	10,950/ 0,090
		Annem	13	22,85±7,48	
		Babam	21	25,86±9,96	
		Kardeşim	10	25,10±9,79	
		Kayınvalide	5	48,00±20,49	
		Kayınpeder	2	33,00±25,45	
		Akrabam	16	31,38±15,21	
	Bakım vermeye ilişkin yeterli hissetme durumu	Yeterli	47	25,26±11,64	15,23/ **0,002***
		Kısmen yeterli	40	29,58±14,48	
		Yetersiz	6	36,67±13,48	
		Bilmiyorum	7	46,14±11,26	

Çizelge 4.3.3'de BYÖ puan ortalamaları sunulmuştur. Buna göre bakım verenlerin cinsiyet, medeni durum, hasta ile aynı evde yaşama, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, eğitim durumu, aylık gelir durumu ve hastaya yakınlık derecesine göre BYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Ayrıca; bakım verirken hastayla iletişim sıkıntısı yaşayanlar ile yaşamayanların bakım yükü puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p>0.01$). Bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşayanların ortalama bakım verme yükü $45,33\pm17,24$ ile bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşamayanların ortalama bakım verme yükü $26,92\pm11,89$ ortalama olarak daha fazla yük vermektedir.

Hastaya bakım verirken bakım verme sorumluluğuna katılan başka birinin olup olmaması durumuna göre bakımda desteği olanların bakım yükü puanları ile olmayanların puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

BYÖ puanları bakımından bakım verenlerin hastaya bakım verirken kendilerini nasıl hissettikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalarına bakarken kendilerini nasıl hissettiğini bilmeyenlerin puanları $46,14\pm 11,26$ ile bakım verme yükü en fazla olan kişilerdir. İkinci sırada kendini bakım verirken yetersiz hissedenlerin puanları $36,67\pm13,48$ ile bakım verme yükü açısından yüksektir. Kısmen yeterli hissedenlerin puanları $29,58\pm14,48$ ile üçüncü sırada ve kendini bakım verirken yeterli hissedenlerin puanları $25,26\pm11,64$ ile en son sırada bakım verme yüküne sahiptir.

Çizelge 4.4: Hastaların HPUÖÖ ile Bakım Verenlerin CDPSÖ ve BYÖ Arasındaki Korelasyon Analizi

	Azim ve kişisel yetkinlik (1)	Negatif olaylara tolerans alt boyutu (2)	Manevi eğilim alt boyutu (3)	CDPSÖ toplam ölçek (4)	BYÖ toplam ölçek (5)	Oryan-tasyon alt boyutu (6)	Meslek çevresi alt boyutu (7)	Aile çevresi alt boyutu (8)	Seksüel ilişkiler alt boyutu (9)	Geniş aile ilişkileri alt boyutu (10)	Sosyal çevre alt boyutu (11)	Psikolojik baskı alt boyutu (12)	HPUÖÖ Toplam ölçek (13)
1-CDPÖ Azim alt boyutu	1												
2-CDPÖ Negatif olaylara tolerans alt boyutu	**0,820****	1											
3-CDPÖ Manevi eğilim alt boyutu	**0,581***	**0,485***	1										
4-CDPSÖ toplam ölçek	**0,979****	**0,895****	**0,673***	1									
5-BYÖ toplam ölçek	**-0,440***	**-0,405***	-0,352	**-0,458***	1								
6-HPUÖÖ Oryantasyon alt boyutu	-0,372	-0,389	-0,254	-0,393	0,343	1							
7-HPUÖÖ Meslek çevresi alt boyutu	0,032	-0,033	0,169	0,038	-0,012	-0,011							
8-HPUÖÖ Aile çevresi alt boyutu	-0,338	-0,267	-0,244	-0,335	**0,555***	0,539	-0,116	1					
9-HPUÖÖ Seksüel ilişkiler alt boyutu	-0,069	-0,024	-0,045	-0,060	0,247	0,116	0,047	0,323	1				
10-HPUÖÖ Geniş aile ilişkileri alt boyutu	-0,355	-0,287	-0,235	-0,351	0,384	0,468	-0,079	0,609	0,105	1			
11-HPUÖÖ Sosyal çevre alt boyutu	-0,315	-0,189	-0,239	-0,298	**0,447***	0,251	0,075	0,551	0,253	0,409	1		
12-HPUÖÖ Psikolojik baskı alt boyutu	-0,358	-0,346	-0,196	-0,363	0,387	0,167	0,117	0,314	0,164	0,317	0,352	1	
13-HPUÖÖ toplam ölçek	**-0,453***	-0,391	-0,278	**-0,451***	**0,586***	0,613	0,178	0,788	0,462	0,687	0,711	0,651	1

Çizelge 4.4'te hastaların HPUÖÖ ve bakım verenlerin CDPSÖ, BYÖ ölçek alt boyutları arasında korelasyon analizi verilmiştir.

CDPSÖ ölçeğinin 1. Alt boyutlarından *Azim ve Yetkinlik* puanı ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon* (r:-0,372, p<0.05), *Aile Çevresi* (r:-0,338, p<0.05), *Geniş Aile İlişkileri* (r:-0,355, p<0.05), *Sosyal Çevre* (r:-0,315, p<0.05) ve *Psikolojik Baskı* (r:-0,358,p<0.05) puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. CDPSÖ ölçeğinin 1. Alt boyutlarından *Azim Ve Yetkinlik* puanı ile BYÖ (r:-0,453, p<0.05) ve HPUÖÖ (r:-0,440, p<0.05) *toplam ölçek* puanları arasında negatif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

CDPSÖ ölçeğinin 2. Alt boyutlarından *Negatif Olaylara Tolerans* puanı ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon* (r:-0,389, p<0.05), *Aile Çevresi* (r:-0,267, p<0.05), *Geniş Aile İlişkileri* (r:-0,287, p<0.05), *Psikolojik Baskı* (r:-0,346, p<0.05) *ve HPUÖÖ toplam ölçek (*r:-0391, p<0.05*)* puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. CDPSÖ ölçeğinin 2. Alt boyutlarından *Negatif Olaylara Tolerans* puanı ile BYÖ *toplam ölçek* puanı ile negatif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu saptanmıştır.

CDPSÖ ölçeğinin 3. Alt boyutlarından *Manevi Eğilim* puanı ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon* (r:-0,254, p<0.05), *Aile Çevresi* (r:-0,244, p<0.05), *Geniş Aile İlişkileri* (r:-0,235, p<0.05), *Sosyal Çevre* (r:-0,239, p<0.05), HPUÖÖ *toplam ölçek* (r:-0,278, p<0.05) ve BYÖ *toplam ölçek (*r:- -0,352, p<0.05) puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

CDPSÖ ölçeğinin *toplam ölçek* puanı ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon* (r:-0,393, p<0.05), *Aile Çevresi* (r:-0,335, p<0.05), *Geniş Aile İlişkileri* (r:-0,351, p<0.05), *Sosyal Çevre* (r:-0,298,p<0.05) ve *Psikolojik Baskı* (r:-0,363, p<0.05) puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. CDPSÖ ölçeğinin *toplam ölçek* puanı ile HPUÖÖ *toplam ölçek* (r:-0,278, p<0.05) ve BYÖ *toplam ölçek* (r:-0,451, p<0.05) puanı arasında negatif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu görülmüştür.

BYÖ *toplam ölçek* puanı ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon* (r:0,343, p<0.05), *Seksüel İlişkiler* (r:0,247, p<0.05), *Geniş Aile İlişkileri* (r:0,384, p<0.05) ve *Psikolojik Baskı* (r:0,387, p<0.05) puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. BYÖ *toplam ölçek* puanı ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Aile Çevresi* (r:0,555, p<0.05), *Sosyal Çevre* (r:0,447, p<0.05) ve HPUÖÖ *toplam ölçek* (r:0,586, p<0.05) puanı arasında pozitif yönde orta şiddette bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.5 : Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve CDPSÖ, BYÖ Puanları Arasındaki Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	KATEGORİLER	CDPSÖ VE Alt Boyutları				BYÖ
		Azim ve Kişisel Yetkinlik	**Manevi Eğilim**	**Negatif Olaylara Tolerans**	**CDPSÖ Toplam Ölçek**	
	Sabit	50,108	9,345	19,940	79,393	34,488
Cinsiyet	Kadın	-0,166	-1,029	0,328	-0,867	2,606
	Erkek	0	0	0	0	0
Medeni durumu	Evli	-0,345	0,819	0,624	1,099	4,428
	Bekar	0	0	0	0	0
Eğitim durumu	İlkokul	-5,703	-1,092	-4,040	-10,836	4,247
	Ortaokul	-9,730	-2,175	-3,626	-15,531	5,528
	Lise	-4,526	-1,028	-1,587	-7,141	7,813
	Üniversite	-4,638	-1,541	-1,905	-8,084	5,591
	Yükseklisans	0	0	0	0	0
Hasta ile aynı evde yaşama durumu	Evet	-3,994	0,702	-1,869	-5,161	4,060
	Hayır	0	0	0	0	0
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Evet	-2,176	0,823	0,517	4,010	**-5,776***
	Hayır	0	0	0	0	0
Gelir durumu	Gelir giderden az	**-10,627***	-0,927	**-4,373***	**-15,929***	0,836
	Gelir gidere eşit	**-10,016***	-0,399	**-4,905***	**-15,321***	0,988
	Gelir giderdenfazla	0	0	0	0	0
Kronik hastalık durumu	Evet	-2,046	-0,369	-0,563	-2,978	3,230
	Hayır	0	0	0	0	0
Hastayla bir iletişim sıkıntısına sahipolma durumu	Evet	**9,693***	1,454	**3,559***	**14,706***	**13,974***
	Hayır	0	0	0	0	0
Bakım verme sorumluluğuna katılan başka birinin varlığı	Evet	**7,327***	**1,798***	**2,761***	**11,887***	**9,959***
	Hayır	0	0	0	0	0
Bakım vermeye ilişkin yeterli hissetme durumu	Yeterli	**13,325***	**3,470***	2,326	13,635	**15,924***
	Kısmen Yeterli	**9,032***	**3,129***	1,264	8,839	**12,686***
	Yetersiz	-2,310	2,049	-0,048	0,958	10,508
	Bilmiyorum	0	0	0	0	0
R^2		0,326	0,298	0,235	0,312	0,331

*=P<0,005 anlamlılık, 0 =dummy referans grup

Azim ve Kişisel Yetkinlik alt boyutu için hesaplanan modelin açıklaması %32,6'dır (R^2). Demografik değişkenler *Azim ve Kişisel Yetkinlik* alt boyutu puanının %32'sini yordamaktadır. Kurulan modeldeki anlamlı olan demografik özelliğe baktığımızda aylık gelir durumunda *Azim ve Kişisel Yetkinlik* puanı geliri giderinden az olanların geliri giderinden fazla olanlara göre -10,627 daha düşüktür. *Azim ve Kişisel Yetkinlik* puanı geliri giderine eşit olanların geliri giderinden fazla olanlara göre -10,016 daha düşüktür. *Azim ve Kişisel Yetkinlik* puanı iletişim sıkıntısı olanlar olmayanlara göre 9,693 daha fazladır. *Azim ve Kişisel Yetkinlik* puanı hastasına başka bakanı olanların olmayanlara göre 7,327 daha fazladır. *Azim ve Kişisel Yetkinlik* puanı hastasına bakımda yeterli hissedenler bilmiyorum diyenlerden 13,325 fazladır. "Kısmen yeterli görenler,bilmiyorum diyenlerden" 9,032 fazladır. "Kendilerini yetersiz görenler bilmiyorum" diyenlerden 2,310 daha azdır.

Manevi Eğilim alt boyutu için hesaplanan modelin açıklaması %29,8'dir (R^2). Demografik değişkenler *Manevi Eğilim* alt boyutu puanının %29'unu yordamaktadır. Kurulan modeldeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında *Manevi Eğilim* puanı hastasına başka bakanı olanların olmayanlara göre 1,798 daha fazladır. "*Manevi eğilim*" puanı hastasına bakımda yeterli hissedenler bilmiyorum diyenlerden 3,470 daha fazladır. Kısmen yeterli görenler bilmiyorum diyenlerden 3,129 daha fazladır.

Negatif olaylara tolerans alt boyutu için hesaplanan modelin açıklaması %23,5'dır (R^2). Demografik değişkenlerimiz *Negatif Olaylara Tolerans* alt boyutu puanının %23'ünü yordamaktadır. Kurulan modelimizdeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında aylık gelir durumunda *Negatif Olaylara Tolerans* puanı geliri giderinden az olanların geliri giderinden fazla olanlara göre -4,373 daha düşüktür. *Negatif Olaylara Tolerans* puanı geliri giderine eşit olanların geliri giderinden fazla olanlara göre -4,905 daha düşüktür. *Negatif Olaylara Tolerans* puanı iletişim sıkıntısı olanlar olmayanlara göre 3,559 daha fazladır. *Negatif Olaylara Tolerans* puanı hastasına başka bakanı olanların olmayanlara göre 2,761 daha fazladır.

CDPSÖ için hesaplanan modelin açıklaması %31,2'dır (R^2). Demografik değişkenler CDPSÖ puanının %31'ini yordamaktadır. Kurulan modeldeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında aylık gelir durumunda CDPSÖ puanı geliri giderinden az olanların geliri giderinden fazla olanlara göre -15,929 daha düşüktür. CDPSÖ puanı geliri giderine eşit olanların geliri giderinden fazla olanlara göre -15,321 daha düşüktür. CDPSÖ puanı iletişim sıkıntısı olanlar olmayanlara göre 14,706 daha fazladır. CDPSÖ puanı hastasına başka bakanı olanların olmayanlara göre 11,887 daha fazladır.

BYÖ için hesaplanan modelin açıklaması %33,1'dir (R^2). Demografik değişkenler BYÖ puanının %33'ünü yordamaktadır. Kurulan modeldeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında çalışma durumunda BYÖ puanı aktif çalışanların çalışmayanlardan -5,776 daha düşüktür. BYÖ puanı iletişim sıkıntısı olanlar olmayanlara göre 13,974 daha fazladır. BYÖ puanı hastasına başka bakanı olanların olmayanlara göre 9,959 daha fazladır. BYÖ puanı hastasına bakımda yeterli hissedenler bilmiyorum diyenlerden 15,924 daha fazladır. Kısmen yeterli görenler bilmiyorum diyenlerden 12,686 daha fazladır.

Çizelge 4.6: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve HPUÖÖ Puanları Arasındaki Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	KATEGORİLER	HPUÖÖ ve Alt Boyutları							
		Sağlık Bakımına Oryantasyon	**Mesleki Çevre**	**Aile Çevresi**	**Seksüel İlişkiler**	**Geniş Aile İlişkileri**	**Sosyal Çevre**	**Psikolojik Baskı**	**HPUÖÖ**
	Sabit	1,290	8,131	4,118	13,854	3,765	11,887	18,032	58,742
Cinsiyet	Kadın	0,100	-0,699	0,451	1,933	1,711	0,497	**4,250***	**9,776***
	Erkek	0	0	0	0	0	0	0	0
Medeni Durum	Evli	-0,749	1,015	-0,054	**0,675***	-0,347	-1,538	-0,229	-2,074
	Bekar	0	0	0	0	0	0	0	0
Eğitim Durumu	İlkokul	3,550	1,790	2,562	1,542	2,063	2,797	-1,761	-3,467
	Ortaokul	3,512	0,606	3,530	2,224	**3,718***	0,934	-2,217	5,301
	Lise	3,129	0,063	2,041	0,701	**3,673***	1,301	-2,840	12,158
	Üniversite	0	0	0	0	0	0	0	0
Çalışma Durumu	Evet	0,903	1,316	-0,502	-0,436	1,888	1,330	-0,086	-4,470
	Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0
Aylık Geliriniz	Gelir giderden az	1,968	-1,325	2,391	-2,745	-2,780	-0,118	-4,187	2,375
	Gelir gidere eşit	0,531	-0,891	1,852	-1,482	-2,398	1,012	-3,751	2,063
	Gelir giderden fazla	0	0	0	0	0	0	0	0
Kronik Hastalık Durumu	Evet	2,252	-0,855	-0,449	-3,064	3,303	-4,738	-3,113	6,608
	Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	-2,020	1,285	0,023	3,421	-1,538	**5,494***	4,560	**9,400***
	Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0
İletişim Sıkıntısı	Evet	**4,052***	0,696	**3,854***	2,070	1,763	**3,309***	3,002	**20,693***
	Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0
	R^2	0,123	0,068	0,117	0,153	0,070	0,121	0,160	0,189

*=P<0,005 anlamlılık, 0 =dummy referans grup

Sağlık Bakımına Oryantasyon alt boyutu için hesaplanan modelin açıklaması %12,3'tır (R^2). Demografik değişkenler *Sağlık Bakımına Oryantasyon* alt boyutu puanının %12'sini yordamaktadır. Kurulan modeldeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında *Sağlık Bakımına Oryantasyon* puanı iletişim sıkıntısı olanlar olmayanlara göre 4,052 daha fazladır.

Aile Çevresi alt boyutu için hesaplanan modelin açıklaması %11,7'dir (R^2). Demografik değişkenler *Aile Çevresi* alt boyutu puanının %11,7'sini yordamaktadır. Kurulan modeldeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında *Aile Çevresi* puanı iletişim sıkıntısı olanlar olmayanlara göre 3,854 daha fazladır.

Seksüel İlişkiler alt boyutu için hesaplanan modelin açıklaması %15,3'dür (R^2). Demografik değişkenler *Seksüel İlişkiler* alt boyutu puanının %15,3'ünü yordamaktadır. Kurulan modeldeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında *Seksüel İlişkiler* puanı evli olanlar olmayanlara göre 0,675 daha fazladır.

Sosyal Çevre alt boyutu için hesaplanan modelin açıklaması %12,1'dir (R^2). Demografik değişkenler *Sosyal Çevre* alt boyutu puanının %12,1'ini yordamaktadır. Kurulan modeldeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında *Sosyal Çevre* puanı düzenli ilaç kullananlar kullanmayanlara göre 5,494 daha fazladır. *Sosyal Çevre* puanı iletişim sıkıntısı olanlar olmayanlara göre 3,309 daha fazladır.

Psikolojik Baskı alt boyutu için hesaplanan modelin açıklaması %16,0'dır (R^2). Demografik değişkenler "*psikolojik baskı*" alt boyutu puanının %16'sını yordamaktadır. Kurulan modeldeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında *Psikolojik Baskı* puanı kadınların erkeklere göre 4,250 daha fazladır.

HPUÖÖ için hesaplanan modelin açıklaması %18,9'dır (R^2). Demografik değişkenlerimiz psikolojik baskı alt boyutu puanının %18'ini yordamaktadır. Kurulan modelimizdeki anlamlı olan demografik özelliğe bakıldığında HPUÖÖ puanı kadınların erkeklere göre 9,776 daha fazladır. HPUÖÖ puanı düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre 9,400 daha fazladır. HPUÖÖ puanı iletişim sıkıntısı yaşayanların yaşamayanlara göre 20,693 daha fazladır.

5. TARTIŞMA

Açık kalp ameliyatı olan hastalara bakım verenlerinin bakım yüklerinin ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin hastaların psikososyal uyumlarına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma bulguları ilgili literatürle aşağıda tartışılmıştır.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Çalışmamızda açık kalp ameliyatı olan hastaların yaş ortalamasının 56,95±11,33 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.1). Hastaların %51'inin erkek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde literatür de kalp ameliyatı geçiren hastaların büyük kısmının 50 yaş ve üzeri ve erkek hasta olduğu görülmektedir (Kendirkıran, 2012; Sönmez, 2013; Bektaş, 2014).

Hastaların büyük çoğunluğunun evli olduğu belirlenmiştir. Bektaş (2014)'ın kalp ameliyatı alan hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %70'inin evli olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda kalp ameliyatı olan hastaların %72'sinin çalışmadığı, %48'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %48'inin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu saptanmıştır. Literatürde kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %81'inin çalışmadığı belirlenmiştir (Çetinkaya, 2019).

Hastaların %57'sinin kronik hastalıklarının mevcut olduğu ve %60'ının düzenli ilaç kullandığı, kronik hastalıkları sorgulandığında diyabet ve tansiyon başta olmak üzere astım ve alerji gibi hastalıklarının olduğu belirlenmiştir. KABG uygulanan hastalara yapılan bir çalışmada hastaların % 48,8'inin kronik bir hastalığı olduğu saptanmıştır (Sönmez, 2013). Açık kalp ameliyatı olan hastalarda yapılan çalışmada %61,3'ü hipertansiyon, %56'sı diyabet, %13,3'ü KOAH, %2,7'si astım, %2,7'sinin ise hipertiroidisi olduğu belirlenmiştir (Bektaş, 2014). Literatür incelendiğinde en çok görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu saptanmıştır (Öyke, 2008; Bektaş, 2014).

Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Çalışmamızda bakım verenlerin yaş ortalamasının 39±12,14 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.2). Tülüce (2012)'nın kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlerde yaptığı çalışmada yaş ortalaması 40,9±12,64 olarak saptanmıştır. Yavaş (2020)'in yaptığı çalışmada demanslı bireylere bakım verenlerin yaş ortalaması 46,6±13,1 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda bakım verenlerin cinsiyeti incelendiğin %40'ının erkek, %60'ının da kadın olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki birçok çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu belirlenmiştir (Tülüce, 2012; Ayyıldız, 2017; Toker Tekin, 2018). Aynı durum diğer dünya ülkelerinde yapılan çalışmalarda benzerdir ve bakım verici rolünü çoğunlukla kadınların üstlendiği belirlenmiştir (Gratão, 2013; Pedroso, 2019).

Çalışmamızda bakım verenlerin medeni durumları bakımından incelendiğinde %78'inin evli, %20'sinin bekâr olduğu belirlenmiştir. Yaşar (2020)'ın yaptığı çalışmada bakım verenlerin %91,13' ünün evli olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, bakım verenler genellikle evli bireylerdir (Tülüce, 2012; Ayyıldız, 2017; Toker Tekin, 2018).

Araştırmaya katılan bakım verenlerin eğitim durumları bakımından incelendiğinde %20'sinin ilkokul, %13'ünün ortaokul, %24'ünün lise, %36'sının üniversite ve %7'sinin yüksek lisans mezunu bireylerden oluştuğu belirlenmiştir. Ayyıldız (2017)'in bipolar bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinin büyük çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak yapılan bir çalışmada bakım verenlerin çoğunun ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (Yavaş, 2020).

Çalışmamızda bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesi incelendiğinde %33'ünün hastanın eşi, %13'ünün annesi,%21'inin babası, %10'unun kardeşi, %5'inin kayınvalidesi, %2'sinin kayınpederi olduğu belirlenmiştir. %16'sı akraba seçeneğini işaretlenmiş olup %58'inin hasta ile aynı evde yaşadığı, %42'sinin hasta ile aynı evde yaşamadığı saptanmıştır. Yavaş (2020)'in yaptığı çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun hastanın kızı olduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer şekilde yapılan çalışmalarda bakım verenlerin çoğunun hastanın eşi veya çocukları oldukları belirlenmiştir (Esmeray, 2013; Gratão, 2013; Toker Tekin, 2018).

Bakım verenlerin halen gelir getiren bir işte çalışma ve gelir durumu incelendiğinde %67'si çalışmakta olduğunu, %33'ü çalışmadığını belirtmiştir. Gelir durumları sorulduğunda %26'sının gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %65'inin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu ve %9'u gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır. Yavaş (2020)'ın yaptığı çalışmada çalışmamızla benzer şekilde bakım verenlerin çalışmaya katılanların çalışma durumları açısından, çalışmaya katılanların, %25,89'unun çalışmadığı, %74,11' inin ise çalıştığı görülmektedir. %30,5'inin geliri giderden az, %67,38'inin gelir gidere eşit ve %2,13' ünün gelir giderden fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda bakım verme sorumluluğuna katılan başka birinin varlığı sorulduğunda %61'inin hastasına bakan başka biri olduğu, %39'una ise başka herhangi bir bakan olmadığı belirlenmiştir. Literatürdeki birçok çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğun bakım verirken yardım aldığı belirlenmiştir (Ayyıldız, 2017; Toker Tekin, 2018).

Bakım verenler, hastalarına bakım verirken kendilerini hissetme durumlarını %47'si yeterli, %40'ı kısmen yeterli görmekte, %6'sı yetersiz görmekte, %7'si ise kendilerini nasıl hissettiklerini bilmediklerini ifade etmiştir.

Hastaların HPUÖÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

HPUÖÖ ölçeğinin değerlendirilmesinde 35'in altındakiler "iyi", 35-51 arası puan "orta" ve 51'in üstü puan "kötü" psikososyal uyumu göstermektedir. Araştırmada hastaların HPUÖÖ toplam puan ortalaması 74,79 ±21,68 olup, hastalığa kötü uyum gösterdikleri saptanmıştır (Çizelge 4.2.1). Türksen Ülkü (2019)'nün kalp yetersizliği olan hastalarda yaptığı çalışmada HPUÖÖ puan ortalaması 42,68 ± 24,42 olup hastalığa orta düzeyde psikososyal uyum gösterdikleri belirlenmiştir.

Bu çalışmada hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri incelendiğinde, %5'nin psikososyal uyumu "iyi" , %10'nun "orta", %85'inin "kötü" düzeyde olduğu; hastaların psikososyal uyum alanlarından en çok sağlık bakım oryantasyonu, psikolojik baskı, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve mesleki çevre alt boyutların etkilendiği belirlenmiştir.

Çetinkaya'nın 2019 yılında kalp hastalarında psikososyal uyumun incelendiği çalışmasında yüzde %16'sının psikososyal uyumu "iyi", %17'sinin "orta", %67'sinin "kötü" düzeyde olduğu belirlenmiştir. Türten Kaymaz ve Akdemir'in 2016 yılında yaptığı çalışmada en çok etkilenen alanların *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre,Seksüel İlişkiler* ve *Psikolojik Baskı* alanlarının olduğu belirlenmiştir. Literatürde farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda; hastaların psikososyal uyumlarında en çok etkilenen alanın sağlık bakımına oryantasyonu olduğu görülmüştür (Öyke, 2008; Türten, 2011; Böke, 2012; Uğuz, 2018).

Çalışmamızda en iyi uyumun *Geniş Aile İlişkileri* alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Literatür de kalp hastalarının (Çetinkaya, 2019), kalp yetmezliği hastalarının (Baba, 2018), diyabet hastalarının (Türten Kaymaz ve Akdemir, 2016) ve beyin tömürü olan hastaların (Koçak, 2020) psikososyal uyumlarını inceleyen çalışmalarda geniş aile ilişkilerinde uyum iyi iken, çalışmamızdan farklı olarak diğer dünya ülkelerinde yapılan çalışmalarda en kötü uyumun *Geniş Aile İlişkileri* alt boyutunda olduğu görülmüştür (Ramirez ve diğ., 2003; Mazanec ve diğ., 2011). Kültürel özelliklerden kaynaklı olarak bireylere hastalık dönemlerinde yakın çevresinin ziyaretleri,istenen ve beklenen bir durumdur. Hastaların yakın çevresiyle olan ilişkilerinin iyi düzeyde olduğu ve bu durumun hastalıklarına uyumlarını iyi yönde etkilediği düşünülebilir.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve HPUÖÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Araştırmada hastaların cinsiyetlerine göre psikososyal uyum ve alt boyut puan ortalaması incelendiğinde erkeklerin toplam puan ortalaması, *Seksüel İlişkiler* ve *Psikolojik Baskı alt boyutlarında ve HPUÖÖ ölçek toplam* puan uyumlarının kadınlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.3.1). Literatürde çalışmamızla benzerlik gösteren farklı örneklem gruplarında erkeklerin hastalığa psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu çalışmalar (Öyke, 2008; Erdal Erşan, Kelleci ve Baysal, 2013; Freitas ve diğ., 2013; Toğluk, 2017) olmakla beraber erkeklerin kötü uyum gösterdiğini (Vural Doğru ve Karadokovan, 2016; Lin, Han ve Pan , 2015; Çetinkaya, 2019) saptayan çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışmamızda kadın hastaların *Seksüel İlişkiler* ve *Psikolojik Baskı* alt boyutlarında uyumlarının kötü

olmasının sebebinin toplumda kadınların bu konularda baskılanmasından ve konuşmaya çekinmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Medeni durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, eğitim düzeyi ve aylık gelir durumuna göre HPUÖÖ alt boyutları olan *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre* alt boyutlarında ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Literatürde primer beyin tümörü olan bireylerin cerrahi girişim sonrası süreçteki psikososyal uyum düzeylerinin incelendiği bir çalışmada hastaların medeni durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı ve eğitim durumlarının HPUÖÖ alt boyutları olan *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre* alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlarda farklılık görülmemiş olup hastaların gelir durumları ile anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Koçak, 2020). Başka bir çalışmada ise periton diyalizi alan hastalarında yaptığı çalışmada gelir durumunun, kronik hastalık varlığının, eğitim düzeyinin ve çalışma durumunun psikososyal uyumu etkilemediği saptanmıştır (Wang ve diğ., 2014). Bu açıdan çalışma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda medeni durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığının, eğitim durumunun ve gelir durumunun hastaların uyumlarından bir farklılık göstermemesinin sebebinin örneklemin aynı çevreden aynı ekonomik seviyeye sahip bireylerden oluştuğu için olabileceği düşünülebilir.

Araştırmada *Psikolojik Baskı* alt boyutu puanları ve HPUÖÖ ölçeği toplam puan ortalamasında düzenli ilaç kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Öyke (2008)'nin Behçet hastalarında yaptığı çalışmada hastanın kullandığı ilaç sayısının artması hastalığa psikososyal uyumlarını kötü etkilediği belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Uğuz (2018)'un toplum ruh sağlığı alanında yaptığı çalışmada ilaçlarını düzenli kullanmayan bireylerin psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada düzenli ilaç kullanımının uyumu kötü etkilenmesinin sebebinin uzun süre ilaç kullanımı olan hastaların hastalıklarından tükenmiş olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların bakım verenleri ile iletişim sıkıntısı yaşama durumlarının hastalığa uyumlarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Aile Çevresi*, *Sosyal Çevre* alt boyutu ve HPUÖÖ ölçeği toplam puanı bakımından bakım vereni ile iletişim sıkıntısı yaşayanların hastalığa psikososyal uyumunun yaşamayanlara göre daha kötü olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Literatürde bu bulguya yönelik bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Ancak iletişim ve kişiler arası uyum birbirini etkileyen faktörlerdir (Demir, 2019). Hastalar ve bakım verenleri arasındaki iletişim sıkıntısı, hastaların sağlığına uyumu başta olmak üzere yakın çevresi ve sosyal çevresine uyumunu zorlaştırmaktadır. Sonucun bundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu sonuçlara göre "**Hipotez H_{01}** " reddedilmiş, "**Hipotez H_1**" kabul edilmiştir. Yani; hastaların sosyodemografik özelliklerinin (cinsiyet, düzenli ilaç kullanımı, bakım vereni ile iletişim sıkıntısı yaşama durumu) psikososyal uyumlarını etkilediği belirlenmiştir.

Bakım verenlerin CDPSÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Ülkemizde psikolojik sağlamlık ile ilgili birçok hasta grubu ve bakım verenleri üzerinde çalışmalar yapılmış olup kalp ameliyatı geçirmiş hastalara bakım verenler üzerinde yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmada kalp ameliyatı olan bireylere bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 4.2.2). Literatürde kanser hastalarına bakım verenlerde psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Erkan, 2019).

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre CDPSÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Çalışmamızda gelir durumunun "*Negatif Olaylara Tolerans*" alt boyutu puanları bakımından fark bulunmuştur. Gelir durumu gelir giderden fazla olan bakım verenlerin negatif olaylara toleransının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Literatürde farklı hasta gruplarının bakım verenleri üzerinde yapılan çalışmalarda gelir durumu yüksek olanların psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olduğu (Tekin, 2011; Yağmur ve Türkmen, 2017; Abacı, 2018; Kalomo ve diğ., 2018; Doğan ve diğ., 2020) görülmekle beraber çalışmamızdan farklı olarak kolorektal kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada psikolojik sağlamlığa gelir durumunun bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Çakır, 2019). Düşük sosyoekonomik düzey bireylerin psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009) Çalışmamızda gelir durumu iyi olan bakım verenlerin psikolojik sağlamlıklarının yüksek çıkmasının sebebinin bundan kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Bu sonuçlara göre "**Hipotez H_{03}**" reddedilmiş, "**Hipotez H_3**" kabul edilmiştir. Yani Bakım veren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin (gelir durumu) psikolojik sağlamlık düzeylerini etkilediği saptanmıştır.

Bakım verenlerin BYÖ puan ortalamalarının tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Çalışmamızda açık kalp ameliyatı olan hastaların bakım verenlerin BYÖ puan ortalamasının 29,13±11,21 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2.2). Litaretürde kalp yetmezliği olan hastalara bakım verenlerde yapılan bir çalışmada puan ortalaması 29.84 (Tülüce, 2012), meme kanseri olan hastaların bakım verenlerine yapılan bir çalışmada puan 30,55 (Vahidi ve diğ., 2016), Brezilya'da yaşlı bireylerin bakım vericilerinde yapılan bir çalışmada puan 27,8 (Gratão, 2013) iken kalp yetmezliği olan hastalara bakım verenlerinde yapılan bir çalışmada; çalışmamızdan farklı olarak puanın 13,71 olduğu belirlenmiştir (Gök Metin ve diğ., 2019). Bakım verenlerin bakım yükünün orta düzeyde çıkmasının sebebinin açık kalp ameliyatı olan hastaların hastalık süresinin diğer hastalık gruplarından daha kısa olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre BYÖ puan ortalamalarının tartışılması aşağıda sunulmuştur.

Araştırmada BYÖ puan ortalaması ile bakım verenin cinsiyet durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde birçok çalışmada benzer şekilde cinsiyetin bakım verme yükünü etkilemediği belirlenmiştir (Tülüce, 2012; Souza ve diğ., 2017; Dönmez, 2018; Doğru, 2019).

Bu araştırmada BYÖ puan ortalaması ile bakım verenin medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Literatürde kalp yetmezliği olan hastaların bakım verenleri incelendiğinde çalışmamızla paralel olarak evli veya bekâr olmanın bakım verme yükünü etkilemediği (Tülüce, 2012), demans tanılı hastaya bakım verenler incelendiğinde medeni durumun bakım yükünü etkilemediği belirlenmiştir (Yaşar, 2020). Çalışmamızdan farklı olarak medeni durumu evli olan bireylerin bakım verme yükünün daha fazla olduğu belirlenmiştir (Kabataş Yıldız, 2015).

Araştırmada BYÖ puan ortalaması ile bakım verenin çalışma ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Literatürde demans tanılı hastaya bakım verenler incelendiğinde çalışmamızla paralel olarak çalışma durumunun bakım yükünü etkilemediği saptanmıştır (Dönmez, 2018; Yaşar, 2020).

Bakım verdiği bireyle iletişimde sıkıntı yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3.3). Bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşayanların bakım yükünün daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Literatürde inmeli hastalara bakım verenlerde yapılan bir çalışmada bakım verdiği bireyle iletişim kurmakta zorlanan bakım verenlerinde bakım yükleri daha yüksek olduğu; (Kalav, 2011) yaşlı hastalara bakım verenlerin, yaşlıyla iletişiminde sıkıntı yaşayanların da bakım yüklerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Esmeray, 2013). İletişim kopuklukları bakımın devamının sağlanması için önemli bir sorundur. Bu iletişim kopukluklarının olmaması ve hastayla doğru şekilde iletişim sağlanmasının bakım verme yükünü azalttığı düşünülebilir.

Çalışmamızda BYÖ puanları bakımından hastaya bakım verirken bakım verme desteği olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verene bakım verme desteğinin sağlanması bakım yükünü etkilemektedir. Hastaya başka bakan birinin daha olması primer bakım verenin bakım yükünü azalttığı belirlenmiştir. Yaşlı hastaya bakım verenlere yapılan çalışmada bakacak kimse olmadığı için bakım yükü puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Kevser Işık, 2013). Kalav (2011)'ın inmeli hastalara bakım verenlerde yaptığı çalışmada bakım verenlerin %36,9'unun bakım verirken yardım almadığı ve yardım almayanların bakım yüklerinin yardım alanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Onkoloji hastalarına bakım verenlerde yapılan çalışmada benzer şekilde desteği olmayan bireylerin bakım yüklerinin fazla olduğu belirlenmiştir (Öner, 2012). Literatürdeki birçok çalışmada bakım verenlere yardımcı bireylerin olması bakım yükünü azalttığı ortaya çıkmaktadır (Selen ve Kav, 2014; Yeşil, 2016; Souza ve diğ., 2017; İnceleme, 2018). Ameliyat olan hastanın bakımını üstlenmenin birçok zorluğu beraberinde getirdiği görülmektedir. Bu yüzden bakım verenler; ailesinin, yakın çevresinin desteğine ihtiyaç duyabilmektedir. Bu destekle beraber bakım verenlerin, bakım yükünün azaldığı düşünülebilir.

BYÖ puanları bakımından bakım verenlerin hastaya bakım verirken kendi duygularını farketme durumu arasında önemli bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Hastalarına bakarken kendilerini nasıl hissettiğini bilmeyenler (46,14) bakım verme yükü en fazla olan kişilerdir. İkinci sırada kendini bakım verirken yetersiz hissedenler (36,67) bakım verme yükü açısından yüksektir. Kısmen yeterli hissedenler (29,58) üçüncü sırada ve kendini bakım verirken yeterli hissedenler (25,26) en son sırada bakım verme yüküne sahip olduğu görülmüştür.

Ayrıca bakım vermekten memnun olmayanların bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bu sonuçlara göre "**Hipotez H_{02}**" reddedilmiş, "**Hipotez H_2**" kabul edilmiştir. Yani bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri (hastayla iletişim sıkıntısı oma durumu, hastaya bakım verirken bakım verme desteği alma durumu, bakım verirken kendini yeterli hissetme durumu) ile bakım yükleri arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Hastaların HPUÖÖ ve Bakım Verenlerin BYÖ, CDPSÖ ölçek alt boyutları arasında korelasyon analizi ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

CDPSÖ ölçeğinin *Azim ve Yetkinlik* alt boyut puan ortalaması ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon*, *Aile Çevresi*, *Geniş Aile İlişkileri*, *Sosyal Çevre* ve *Psikolojik Baskı* puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Aile Çevresi, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Baskı* alanları azaldıkça, *Azim* ve *Yetkinlik* puanı da doğrusal olarak artmaktadır. CDPSÖ ölçeğinin 1. Alt boyutlarından *Azim Ve Yetkinlik* puanı ile BYÖ ve HPUÖÖ *toplam ölçek* puanları arasında negatif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre bakım verenlerin bakım yükü azaldıkça ve hastaların hastalığa psikososyal uyum puan ortalamaları azaldıkça azim ve yetkinlik puanı da doğrusal olarak artmaktadır**.**

CDPSÖ ölçeğinin *Negatif Olaylara Tolerans* alt boyut puan ortalamaları ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon*, *Aile Çevresi*, *Geniş Aile İlişkileri*, *Psikolojik Baskı ve HPUÖÖ toplam ölçek* puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Aile Çevresi, Geniş Aile İlişkileri, Psikolojik Baskı* ve HPUÖÖ toplam ölçek puan ortalamaları azaldıkça *Negatif Olaylara Tolerans* puanı da doğrusal olarak artmakta olup CDPSÖ ölçeğinin *Negatif Olaylara Tolerans* alt boyut ile BYÖ *toplam ölçek* puan ortalamaları ile negatif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre bakım verenlerin bakım yükü azaldıkça *Negatif Olaylara Tolerans* puanı da doğrusal olarak arttığı belirlenmiştir. CDPSÖ ölçeğinin *Manevi Eğilim* alt boyut puan ortalamaları ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon*, *Aile Çevresi*, *Geniş Aile İlişkileri*, *Sosyal Çevre*, HPUÖÖ *toplam ölçek* ve BYÖ *toplam ölçek* puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre; HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Aile Çevresi, Geniş Aile ilişkileri, Sosyal Çevre* ve HPUÖÖ toplam ölçek puan ortalamaları azaldıkça *Manevi Eğilim* puanı da doğrusal olarak artmaktadır. Ayrıca bakım verenlerin bakım yükü puanı azaldıkça *Manevi Eğilim* puanları da doğrusal olarak artmaktadır.

CDPSÖ ölçeğinin *toplam ölçek* puan ortalamaları ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon*, *Aile Çevresi*, *Geniş Aile İlişkileri*, *Sosyal Çevre* ve *Psikolojik Baskı* puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre hastaların *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Aile Çevresi, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre* ve *Psikolojik Baskı* alt boyutları puan ortalamaları azaldıkça bakım verenlerin psikolojik sağlamlık puan ortalamaları da doğrusal olarak artmaktadır. CDPSÖ ölçeğinin *toplam ölçek* puan ortalamaları ile HPUÖÖ *toplam ölçek* ve BYÖ *toplam ölçek* puan ortalamaları arasında orta şiddette bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre bakım verenlerin bakım yükü azaldıkça psikolojik sağlamlık puan ortalamaları da doğrusal olarak artmaktadır. Ayrıca hastaların hastalığa psikososyal uyum puan ortalamaları azaldıkça bakım verenlerin psikolojik sağlamlık puanı da doğrusal olarak artmaktadır. Literatürde farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeyleri arttıkça bakım yüklerinin azaldığı görülmüştür (Bekhet, 2013; Mulud ve McCarthy, 2017; Li ve diğ., 2018; Palacio ve diğ., 2020).

BYÖ *toplam ölçek* puan ortalamaları ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Sağlık Bakımına Oryantasyon*, *Seksüel İlişkiler*, *Geniş Aile İlişkileri* ve *Psikolojik Baskı* puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre hastaların *Sağlık Bakımına Oryantasyon, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri* ve *Psikolojik Baskı* alanları puan ortalamaları arttıkça bakım verenlerin bakım yükleri puan ortalamaları da doğrusal olarak artmaktadır. BYÖ *toplam ölçek* puan ortalamaları ile HPUÖÖ alt boyutlarından *Aile Çevresi, Sosyal Çevre* ve HPUÖÖ *toplam ölçek* puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta şiddette bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre hastaların hastalığa psikososyal uyum puan ortalamaları azaldıkça bakım verenlerin bakım yükü puanları da doğrusal olarak azalmaktadır. KOAH hastaları ve bakım verenlerinde yapılan bir çalışmada hastaların psikososyal uyumları arttıkça bakım verenlerin bakım yüklerinin azaldığı görülmüştür (Akman, 2016).

Bu sonuçlara göre "**Hipotez H_{04} ve H_{05}**" reddedilmiş, "**Hipotez H_4 ve H_5**" kabul edilmiştir. Yani bakım verenlerin bakım yükleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri hastanın psikososyal uyum düzeylerini etkilediği belirlenmiştir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre HPUÖÖ ölçek alt boyutları arasında regresyon analizi ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve HPUÖÖ ölçek alt boyutları arasında yapılan regresyon analizinde cinsiyet , medeni durum, bakım vereni ile iletişim sıkıntısı yaşama durumu ve düzenli ilaç kullanım durumu HPUÖÖ alt boyutlarını yordadığı saptanmıştır (Çizelge 4.6).

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre CDPSÖ ve BYÖ ölçek alt boyutları arasında regresyon analizi ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve CDPSÖ, BYÖ ölçek alt boyutları arasında yapılan regresyon analizinde aylık gelir durumu, hastayla iletişim sıkıntısı olma durumu, hastaya bakımda destek alma durumu ve hastaya bakımda duygularını ifade etme durumunun CDPSÖ alt boyutlarını yordadığı, çalışma durumu hastayla iletişim sıkıntısı olma durumu, hastaya bakımda destek alma durumu ve hastaya bakımda duygularını ifade etme durumlarının BYÖ ölçeğini yordadığı saptanmıştır (Çizelge 4.5).

Literatürde çalışma bulgularıyla paralellik gösteren bulgular yer almaktadır. Gelir durumunun psikolojik sağlamlık düzeyini etkilediği (Tekin, 2011; Yağmur ve Türkmen, 2017; Abacı, 2018; Kalomo ve diğ., 2018; Doğan ve diğ., 2020). Yavaş (2020)'ın yaptığı çalışmada sosyal destek alarak bakıma başka birinin katılma durumunun bakım yükünü azalttığı görülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Açık kalp ameliyatı olan hastalara bakım verenlerinin bakım yükünün ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin hastaların psikososyal uyumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak Ankara ilindeki bir devlet hastanesinde 100 hasta ve 100 bakım veren ile gerçekleştirilmiştir.

Bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde;

Azim ve Kişisel Yetkinlik alt boyutunda bakım verenlerin hasta ile iletişim sıkıntısı yaşayan ve yaşamayanların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Negatif Olaylara Tolerans alt boyutunda bakım verenlerin gelir durumları ve hasta ile iletişim sıkıntısı yaşayan ve yaşamayanların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeyi hasta ile iletişim sıkıntısı yaşayan ve yaşamayanların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde;

Bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşayanların bakım yükünün daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

BYÖ puan ortalamaları bakımından hastaya bakım verirken bakım verme sorumluluğuna katılan başka birinin olup olmaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

BYÖ puan ortalamaları bakımından bakım verenlerin bakım verirken kendilerini yeterli hissetme durumları arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde;

Sağlık Bakımına Oryantasyon, Aile Çevresi alt boyutlarında bakım vereni ile iletişim sorunları yaşayanların ve iletişim sıkıntısı yaşamayanların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların *Seksüel İlişkiler* uyum düzeyi; cinsiyetler arasında kadın ve erkek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların *Psikolojik Baskı* uyum düzeyi; kadınların erkeklere göre, düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların toplam psikososyal uyum düzeyi; kadınların, düzenli ilaç kullanların ve bakım vereni ile iletişim sıkıntısı yaşayanların puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Bakım verenlerin kadın cinsiyetinde olma, düşük gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, tek başına bakım verme sorumluluğunu alma ve bakım verdiği bireyle iletişim sorunu yaşama durumu bakım verenlerdeki yükün artmasında önemli risk faktörlerindendir. Bu risk grubundaki kişilerin problem alanları belirlenerek ihtiyaçlarına uygun önleme ve müdahale çalışmalarının planlanması,

Bakım verenlerde düşük gelir düzeyi ve bakım verdiği bireyle iletişim sorunu yaşama durumu, psikolojik sağlamlığı etkilemektedir. Bu nedenle bakım verenlerin bakım verdiği bireyle iletişimini geliştirecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,

Hastaların kadın cinsiyetinde olma, bakım vereni ile iletişim sorunu yaşama durumu, düzenli ilaç kullananların ayrıca bakım verenlerin bakım yüklerinin yüksek olmasının ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin düşük olmasının hastaların psikososyal uyumlarını olumsuz etkilediği görülmüştür. Hastaların hastalığa psikososyal uyumlarını arttırmak için bakım verenleri de hasta ile birlikte bütüncül olarak ele almalı ve her ikisinin de psikolojik sağlamlıklarını geliştirici baş etme mekanizmalarını geliştirmelerine yardımcı olunması,

Konu ile ilgili yeterli literatür olmadığından bu konuda ve daha geniş örneklem grubunda, kontrol gruplu yeni çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abacı, **K.** (2018). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.

Adaylar, M. (1995). *Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri* (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. Ankara: Sistem Ofset.

Akman, N. (2016). *Kronik obstüriktif akciğer hastalarının hastalığıa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Zonguldak.

Albus C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of medicine*, *42*(7), 487–494. https://doi.org/10.3109/07853890.2010.515605

Atagün, M , Balaban, Ö , Atagün, Z , Elagöz, M , Özpolat, A . (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü . Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar , 3 (3) , 513-552 . DOI: 10.5455/cap.20110323

Atak, T , Özekes, M . (2019). Demanslı Hastalarla İlgilenen Aile Üyelerinin Bakım Veren Yükünün İncelenmesi . Ege Eğitim Dergisi , 20 (1) , 145-161 . DOI: 10.12984/egeefd.561901

Atila, N. (2020). *Sol Ventrikül Destek Cihazlı Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyumu Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir.

Ayyıldız, E. (2017). *Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çanakkale.

Baba, E. (2018). *Kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisi* (Yüksek lisans tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Samsun.

Badır, A. (2011). Kalp ve dolaşım sisteminin değerlendirilmesi. Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (Ed.) Dahili ve cerrahi hastalıklarda Bakım içinde (s.431-450). Adana: Nobel Kitabevi.

Badır, A., Demir Korkmaz, F. (2011). Koroner arter hastalıkları. Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. (Ed.) Dahili ve cerrahi hastalıklarda Bakım içinde (s.473-508). Adana: Nobel Kitabevi.

Badur F. (2009). *Diyabetli yaşlılarda ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.

Bekhet A. K. (2013). Effects of positive cognitions and resourcefulness on caregiver burden among caregivers of persons with dementia. *International journal of mental health nursing*, *22*(4), 340–346. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00877.x

Bektaş Akpınar, N. (2020). *Kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi* (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşireleik Anabilimdalı. Ankara.

Bektaş, C.G. (2014). *Açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkan yaşam biçimi değişikliklerinin hastaların yaşam kalitesine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı. İstanbul.

Bevans, M., Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, *307*(4), 398–403. https://doi.org/10.1001/jama.2012.29

Böke, A. (2012). *Kardiyoverter defibrilatör implantasyonu yapılan kalp yetmezliği hastalarında psikososyal uyumun değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara.

Carleton-Eagleton, K., Walker, I., Freene, N., Gibson, D., ve Semple, S. (2021). Meeting support needs for informal caregivers of people with heart failure: a rapid review. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, zvaa017. Advance online publication. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa017

Chou, K.-R. (2000). Caregiver burden: a concept analysis. *Journal of pediatric nursing*, *15*(6), 398-407.

Çakır, H. (2019). *Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Nevşehir.

Çam, O., Büyükbayram, A. (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *8*(2), 118-126.

Çetinkaya Duman, Z , Bademli, K . (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme . Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar , 5 (1) , 78-94 . DOI: 10.5455/cap.20130506

Çetinkaya, S. (2019). *Kalp hastalıklarında hastalığa psikososyal uyum ve sosyal destek algısı* (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. İstanbul.

Demir Korkmaz, F. (2011). Yapısal enfeksiyöz ve enflamatuar kalp hastalıkları. Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (Ed.) Dahili ve cerrahi hastalıklarda Bakım içinde (s.509-531).Adana: Nobel Kitabevi.

Demir, A. (2019). *İletişimin hasta memnuniyetine etkisi: Afyonkarahisar örneği* (Master's thesis, Sakarya Üniversitesi).

Deniz, H. (2014). *Periferik kök hücre nakli yapılmış lösemi ve lenfomalı hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ve yaşam kaliteleri* (Yüksek lisans tezi). Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri.

Dias, R., Santos, R. L., Sousa, M. F. B. d., Nogueira, M. M. L., Torres, B., Belfort, T., & Dourado, M. C. N. (2016). Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. Trends in psychiatry and psychotherapy, 37 (1), 12-19

Dikililer, Ü. (2020). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Ruhsal Belirtiler (Yüksek Lisans Tezi). Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Programı. Ankara.

Doğan, S., Çelik, E., Öztürk, K. ve Aydemir, S. (2020). Çocukları Böbrek Transplantasyonu Olan Ailelerin Psikolojik Dayanıklılığı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 15(3): 240-250 DOI: 10.47565/ndthdt.2020.21

Doğru, BV ve Karadakovan, A. (2016). Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi . *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* , *7* (13), 88-104.

Doğru, T. (2019). *Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların yakınlarının bakım yükü ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sakarya.

Dönmez, M.D. (2018). *Evde bakım hemşireliği anabilim dalı kronik obstruktif akciğer hastalarına evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü* (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Samsun .

Durante, A., Greco, A., Annoni, A. M., Steca, P., Alvaro, R., & Vellone, E. (2019). Determinants of caregiver burden in heart failure: does caregiver contribution to heart failure patient self-care increase caregiver burden?. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, *18*(8), 691–699. https://doi.org/10.1177/1474515119863173

Duru Aşiret, G. (2011). *İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara.

Erkan, M. (2019). *Kanser sonrası sağ kalan bireyler ve bakım verenlerinde psikolojik sağlamlık ve üstbilişlerin nüks korkusu ile ilişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı. Ankara.

Erkoç, Y., Çom, S., Torunoğlu, M., Alataş, G., Kahiloğulları, A. (2011). Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara.

Erşan, E. E., Kelleci, M., & Baysal, B. (2013). Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *16*(4), 214-224.

Esmeray, N. (2013). *Yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım verme yükü, aldıkları sosyal destek ve stres durumlarının incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Geriatri Programı. İzmir.

Etters, L., Goodall, D., Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregiversa review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *20*(8), 423–428. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x

Fletcher, D. & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. European Psychologist. 18. 12-23. 10.1027/1016-9040/a000124.

Freitas, I. R., Castro, M., Sarmento, S. L., Moura, C., Viana, V., Areias, J. C., Areias, M. E. G. (2013). A cohort study on psychosocial adjustment and psychopathology in adolescents and young adults with congenital heart disease. *BMJ open*, *3*(1).

Gökalp, G. (2017). *Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içgörü, içselleştirilmiş damgalanmanın ilaç uyumu üzerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Ankara.

Gratão, A.C., Talmelli, L.F., Figueiredo, L.C., Rosset, I., Freitas, C.P., Rodrigues, R.A. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador [Functional dependency of older individuals and caregiver burden]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, *47*(1), 137–144. https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000100017

Güleç, C. (2016). Pozitif ruh sağlığı. (s.11). Ankara: Arkadaş Yayınevi.

Gümüş, A. B., & Çam, O. (2011). Kadınların Serviks Kanseri İçin Erken Tanı Tutumları İle Benlik Saygısı, Beden Algısı Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. *RISK*, *66*, 71.

Işık, K. (2013). *Yaşlı hastaya evde bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler* (Yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya.

İlerigelen, B. (2010). Yaşlılarda Kalp Yetersizliği. Turkish Journal of Geriatry;2(suppl):2132.

İnceleme, İ. (2018). *Psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyelerinin otomatik düşünceleri ile bakım yükü arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi). Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı. Ankara.

İnci, F.H. & Erdem M. (2008). *Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Kabataş Yıldız, M. (2015). *Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki* (Yüksek lisans tezi). Atatürk

Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum .

Kaçmaz, N. (2003). *Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çabası* (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Kahraman, S. (2019). *Multipl sklerozlu bireyler ile aile üyelerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği. İzmir.

Kalav, S. (2011). *İnme tanısı almış hasalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Mersin.

Kalomo, E.N., Lee, K.H., Lightfoot, E., Freeman, R. (2018). Resilience among older caregivers in rural Namibia: The role of financial status, social support and health. Journal of Gerontological Social Work, 61(6), 605-622.

Karaarsalan, A. (2013). *Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara.

Karahan A. & Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım.Geriatri 5 (4): 155-159, 2002 Turkish Journal of Geriatrics.

Karahan, S. (2016). *Yanık hastasının yaşam kalitesinin bakım verenin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara.

Karaırmak, Ö. (2007). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry research, 179*(3), 350-356. doi:10.1016/j.psychres.2009.09.012

Karataş, T. (2014). *Koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyum* (yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Kasapoğlu, E.S. ve Enç, N. (2017). Kronik Kalp Yetersizliğinin Bakım Yönetiminde HemĢireler Ġçin Bir Rehber. Journal of Cardiovascular Nursing;8(16):35-44.

Kendirkıran, G. (2012). *Açık kalp ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası kişilerarası ilişkilerinde gözlenen değişiklikler* (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Kim, E.Y., Oh, S., Son, Y.J. (2020). Caring experiences of family caregivers of patients with heart failure: A meta-ethnographic review of the past 10 years. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, *19*(6), 473–485. https://doi.org/10.1177/1474515120915040

Kobiske, K. R., & Bekhet, A. K. (2018). Resilience in Caregivers of Partners With Young Onset Dementia: A Concept Analysis. *Issues in mental health nursing*, *39*(5), 411–419. https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1400625

Kocaman N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler.İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 71(2): 52-58.

Kocaman Yıldırım, N., Öztürk, S. (2016). Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Psikososyal Yaklaşımlar. Kardiyak Rehabilitasyon Özel Sayısı-Cardiac Rehabilitation Special Issue Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(Sup 2):60-68

Koçak, N. (2020). *Primer beyin tümörü olan bireylerin cerrahi girişim sonrası süreçteki psikososyal uyum düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı.İstanbul.

Li, Y., Wang, K., Yin, Y., Li, Y., Li, S. (2018). Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, *88*, 79–84. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.011

Lin, C. C., Han, C. Y., Pan, I. J. (2015). A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis. *Asian nursing research*, *9*(1), 35–41. https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.007

Mazanec, S.R., Daly, B.J., Douglas, S., Musil, C. (2011). Predictors of psychosocial adjustment during the postradiation treatment transition. West J Nurs Res;33:540-559.

Mete, H.E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 3):3-18

Metin, Z. G., & Helvacı, A. (2019). Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren aile üyelerinde algılanan bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Turk J Cardiovasc Nurs*, *10*(22), 59-66.

Mollaoğlu, M., Tuncay, F.Ö, Fertelli, T.K. (2011).İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi, 2011; 4(3): 125-130.

Montgomery, RJV, Gonyea, JG ve Hooyman, NR (1985). *Bakım Verme ve Öznel ve Nesnel Yük Deneyimi. Aile İlişkileri, 34 (1), 19.* doi: 10.2307 / 583753

Moore J ve Martinez G (2015). Cardiopulmonary bypass. Anaesthesia & Intensive Care Medicine 16(10): 498-503.

Moser, D. K. ve Dracup, K. (2004). Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosomatic medicine*, *66*(4), 527–532. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000130493.80576.0c

Mulud, Z. A. Ve McCarthy, G. (2017). Caregiver burden among caregivers of individuals with severe mental illness: Testing the moderation and mediation models of resilience. *Archives of psychiatric nursing*, *31*(1), 24-30.

Nguyen, Q., Uminski, K., Hiebert, B. M., diğ. (2017). Midterm outcomes after postoperative delirium on cognition and mood in patients after cardiac surgery. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 155 (2), 1-8.

Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Erginel-Ünaltuna,N., Kaya, A., Altay, S. (2017). Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük . https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf Erişim tarihi: 20.12.2020.

Öner, İ. (2012). *Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilimdalı. Elazığ.

Öyke, N. (2008). *Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu* (Yüksek lisans tezi). Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Düzce

Öz, F. ve Yılmaz, E.B.. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 16(3), 82-89.

Öz, P , Yılmaz, U . (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık . Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi , 16 (3) , 82-89 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/7841/103278

Özdemir, Ü & Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım .*ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,*1(1),57-72.Retrieved from

Özer, S. (2010). Kalp yetersizliğinde aile /bakım verici yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiovasküler Hemşirelik Dergisi*, *1*(1), 3-7.

Özer, S. ve Sezgin, D., (2015). Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni;7(4).

Özgüven, H. D. ve Tuncer, E.T. (1997). Uyum Bozukluğu. *Kriz Dergisi*, 5 (2), 87-94.

Özorak, Ö. (2010). *Preoperatif basınç ağrı eşiği, stait anxiety inventory (durumluluk kaygı ölçeği) ve stres hormonu (kortizol'ün) postoperatif analjezi ihtiyacı ile korelasyonu* (Doctoral dissertation, SDÜ Tıp Fakültesi).

Palacio G, C., Krikorian, A., Gómez-Romero, M.J., Limonero, J. T. (2020). Resilience in Caregivers: A Systematic Review. *The American journal of hospice & palliative care*, *37*(8), 648–658. https://doi.org/10.1177/1049909119893977

Pedroso, T.G., Araújo, A., Santos, M., Galera, S., Cardoso, L. (2019). Caregiver burden and stress in psychiatric hospital admission. *Revista brasileira de enfermagem*, *72*(6), 1699–1706. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0832

Perpiñá-Galvañ, J., Orts-Beneito, N., Fernández-Alcántara, M., García-Sanjuán, S., García-Caro, M. P., & Cabañero-Martínez, M. J. (2019). Level of Burden and Health-Related Quality of Life in Caregivers of Palliative Care Patients. International journal of environmental research and public health, 16(23), 4806. https://doi.org/10.3390/ijerph16234806

Polat Dünya, C., Türen,S. ve Enç, N. (2019). Kalp kapak hastalıkları. Enç, N. (Ed.) Kardiyovasküler Hemşirelik içinde (s.155-163).İstanbul : Nobel Tıp Kitabevi.

Ramírez, M.J., Ferriol, E.E., Doménech, F.G., Llatas, M.C., Suárez-Varela, M.M., Martínez, R.L. (2003). Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, *129*(1), 92–97. https://doi.org/10.1016/s0194-5998(03)00478-9

Rosa, R., Simões-Neto, J. P., Santos, R. L., Torres, B., Baptista, M., Kimura, N., & Dourado, M. (2020). Caregivers' resilience in mild and moderate

Alzheimer's disease. *Aging & mental health*, *24*(2), 250–258. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1533520

Roy Callista Sister (2009), Roy Adaptatıon Model Nursıng theorıes : A Framework for Professıonal Pratıce , erişim adresi: http://samples.jbpub.com/9781449626013/72376_CH10_Masters.pdf

Selen, F. ve Kav, S. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 16 (1) , 12-22. Retrieved from https://dergipark. org.tr/en/pub/hemarge/issue/52734/695725

Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, *55*(11), 745. https://doi.org/10.3390/medicina55110745

Souza, A., Guimarães, R. A., de Araújo Vilela, D., de Assis, R. M., de Almeida Cavalcante Oliveira, L. M., Souza, M. R., Nogueira, D. J., & Barbosa, M. A. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, *17*(1), 353. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1501-1

Sönmez, A. (2013). *Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. Edirne.

Stout, M. D. ve Kipling, G. D. (2003). *Aboriginal people, resilience and the residential school legacy*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Sun, H., Qin, Y., Hengudomsub, P. (2021). Factors associated with resilience in spousal caregivers of patients with cancer: An integrative review. *Nursing open*, 10.1002/nop2.771. Advance online publication. https://doi.org/10.1002/nop2.771

Şencan İ, Keskin Kılıç B, Ekinci B, Öztemel A, Sarıoğlu G, Çobanoğlu N ve diğ. (2015) "Türkiye Kalp Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2020", Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti, Ankara,: 1-20.

TEKHARF. (2017). Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı, sağlık bakanlığı yayın no:988, Ankara,2015

Tekin, E. (2011). A*skeri hastanelerde çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklık ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi (*Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Sağlık bİlimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Ankara.

Tel, H., & Ertekin Pınar, Ş. (2013). Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 4 (3).

Toğluk, S. (2017). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde ölüm anksiyetesinin psikososyal uyum üzerine etkisi* (Yüksek lisans tezi). Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Gaziantep.

Toker Tekin, G. (2018). *Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ile yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki* (Yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin

Tülüce, D. (2012). *Kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükünün incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Gaziantep.

Türk Dil Kurumu. (2020). Bakım kavramı. Erişim Adresi: https://sozluk.gov.tr/

Türk Dil Kurumu. (2020). Uyum kavramı. Erişim Adresi: https://sozluk.gov.tr/

Türker,E. (2020). *Kalp yetmezliği olan hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin hastaların semptom yönetimi ve yaşam kalitesine etkisi* (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşireleik Anabilimdalı. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/bulten/%C4%B1ndex?p=olum-nedeni-%C4%B1statistikleri-2018-30626

Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı. (2015). Sağlık Bakanlığı Yayın No:988, Ankara,2015

Türkmen, S. ve Çam, O. (2012). Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* - Journal of Psychiatric Nursing 2012;3(3):105-115

Türkoğlu, N. (2010). *Kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Ensititüsü. Erzurum.

Türksen Ülkü, S. (2019). *Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Edirne.

Türten Kaymaz, T. &Akdemir, N. (2016). Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* - Journal of Psychiatric Nursing; 7(2):61–67

Türten, T. (2011). *Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyumun belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara.

Uğurlu Kalkan, Y., Alkan Öz, H., Çağlayan, Ş. (2019).Anatomi ve Fizyoloji. Enç, N. (Ed.) Kardiyovasküler Hemşirelik içinde (s.1-2).İstanbul : Nobel Tıp Kitabevi.

Uğurtay, H. (2019). *Toplum ruh sağlığı merkezlerinde izlenen ikiuçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların birincil bakım vericilerinde empati ve psikolojik dayanıklılık* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. İstanbul.

Uğuz, M. (2018). *Toplum ruh sağlığı merkezlerine kayıtlı hastalarda hastalığa psikososyal uyum* (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara.

Vahidi, M., Mahdavi, N., Asghari, E., Ebrahimi, H., Eivazi Ziaei, J., Hosseinzadeh, M., Namdar Areshtanab, H., Kermani, I. A. (2016). Other Side of Breast Cancer: Factors Associated with Caregiver Burden. *Asian nursing research, 10*(3), 201–206. https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.06.002

Vilchinsky, N., Ginzburg, K., Fait, K., Foa, E. B. (2017). Cardiac-disease-induced PTSD (CDI-PTSD):A systematic review. *Clinical psychology review, 55*, 92–106. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.009

Wang, T. J., Lin, M. Y., Liang, S. Y., Wu, S. F. V., Tung, H. H., Tsay, S. L. (2014). Factors influencing peritoneal dialysis patients' psychosocial adjustment. *Journal of clinical nursing*, *23*(1-2), 82-90.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for Action. WHO Publication. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/ adherence_introduction.pdf

World Health Organization. (2019). Erişim Adresi : https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds).

Yağmur, T ve Türkmen, S. T. (2017). Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* / Manisa CBU Journal of Institute of Health Science 4(1) 542-548

Yaşar, F. (2008). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara.

Yavaş, G.Ç. (2020). *Demanslı hastalara bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin bakım yüküne etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşrielik Ana Bilim Dalı. İstanbul.

Yaylı, G. (2020). *Ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği. İstanbul.

Yeşil, T. (2016). *Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Isparta.

Yönetmeliği, H. (2011). Resmi Gazete Sayısı: 27515. menu/yasa-ve-yonetmelik/hemsirelik yonetmeligi-2010-2011.aspx.

Zengin, O., Fırat, E. ve Acar, B. (2017). Bazı Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Diyabetli Bireylerin Psikososyal Uyum Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Bozok Tıp Dergisi,* 7 (3), 73-80. https://dergipark. org.tr/en/pub/bozoktip/issue/31164/338668

EKLER

EK 1: BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı;

Kalp Ameliyatı Olan Hasta Yakınlarının Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Ve Bakım Yüklerinin Hastanın Psikososyal Uyumuna Etkisini incelemeyi hedefleyen bu araştırmada cevaplamanız için verilen bu anketler, bilimsel bir çalışma için düzenlenmiş olup, elde edilen veriler sadece bu amaçla kullanılacaktır. Lütfen aşağıda verilen ölçeklerdeki soruları yanıtlarken size en uygun ifadeyi işaretleyiniz. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Araştırmaya ilişkin sorularınız ve fikirlerinizi belirtmek isterseniz ulaşabileceğiniz e-posta adresi aşağıdadır.

Katılımınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

Doç.Dr. Satı DİL
Damla ÖKSÜZ
ddamlakszz@gmail.com
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

BAKIM VERENİ TANITICI BİLGİLER

1.BÖLÜM: BAKIM VERENLER

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: 1. ( ) Kadın 2. ( ) Erkek

3.Medeni Durum 1.( ) Evli 2. ( ) Bekâr

4. Eğitim Durumunuz: 1. ( ) Okur-yazar değil 2.( ) Okur-yazar/ilkokul 3.( ) Ortaokul 4( ) Lise 5.( ) Üniversite 6. ( ) Diğer

5.Hastaya Yakınlık Dereceniz:1.()Eşim 2.()Annem 3.()Babam 4.()Kardeşim 5.()Kayınvalide 6.()Kayınpederim 7.()Akrabam(Amca,hala,teyzebelirtiniz) 8.( )Diğer

6. Hastayla Aynı Evde mi Yaşıyorsunuz? 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

7. Şuanda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

8. Aylık geliriniz: 1.()Gelir giderden az 2.( ) Gelir gidere eşit3.()Gelir giderden fazla

9.Herhangi bir hastalığınız var mı*? (kronik fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalık varlığı*

1.()Evet 2.( )Hayır Cevabınız evet ise belirtiniz…….

10. Bakım verirken hastayla bir iletişim sıkıntısı yaşıyor musunuz? (konuşma, anlatma, işitme..) 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

11. Siz olmadığınız zaman bakım verme sorumluluğuna katıla başka biri var mı? 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

12. Hastanıza bakım vermede kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 1. ( ) Yeterli 2.( ) Kısmen yeterli 3.( ) Yetersiz 4.( ) Kısmen yetersiz 5. ( ) Bilmiyorum

2. BÖLÜM: BAKIM ALAN HASTA

1.Yaşı:

2. Cinsiyeti: 1.( ) Kadın 2.()Erkek

3.Medeni Durum 1.() Evli 2. ()Bekâr

4.Eğitim düzeyi: 1.( ) Okur-yaza2.( ) İlkokul/İlköğretim (ortaokul) mezunu 3.( ) Lise ve dengi okul mezunu 4.( ) Yüksekokul/ fakülte mezunu 5.( ) Lisansüstü eğitim

5.Şuanda çalışıyor musunuz? 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

6. Aylık geliriniz: 1.()Gelir giderden az 2.()Gelir gidere eşit 3.()Gelir giderden fazla

7.Akut veya kronik bir hastalığı var mı? *(kronik fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalık varlığı)*

1.( )Evet 2.( )Hayır Cevabınız evet ise belirtiniz…….

8.Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı? 1.( )Evet2.()HayırCevabınız evet ise belirtiniz

9.Bakım vereninizle iletişim sıkıntısı yaşıyor musunuz? (konuşma, anlatma, işitme..)1.( ) Evet 2.( )Hayır

EK 2: CONNOR-DAVİDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (CDPSÖ)

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız. (Ölçeğin sadece örnek maddeleri verilmiştir.)	**Hiç doğru değil (0)**	**Nadiren doğru (1)**	**Bazen doğru (2)**	**Sıklıkla doğru(3)**	**Neredeyse her zaman doğru (4)**
1.Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim					
5.Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor					
10.Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım					
15.Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim işin başına geçmeyi tercih ederim					
20.Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir					
25.Başarılarımla gurur duyarım					

EK 3: BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ (BYÖ)

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

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10 .Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu 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

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
   0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3Oldukça 4 Aşırı

EK 4: HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (HPUÖBÖ)

HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA : Elinizdeki bu form şu anda sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın, etkilerinin, evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız.

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (x) işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtsız bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunu yansıtmıyorsa, durumuna en uygun ve en yakın yanıt şıkkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bugün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastanede yatan hastanın yakınıysanız.) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi gözönüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığınız, bir aileniz olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

II.BÖLÜMDE Çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev kadınıysanız, ev işleri, komşularınızla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz.

Bu formu yanıtlarken harcadığınız zaman için teşekkür ederiz. Formu doldurma işiniz bittikten sonra, tüm soruları tamamlayıp tamamlamadığınıza emin olmak için formu tekrar gözden geçiriniz. Form hakkında aklınıza takılan bir soru olursa, lütfen sorunuz. Eğer posta ile başvuruyorsanız, bu tip soruları aşağıdaki boşlukta belirtiniz. Lütfen formu doldurur doldurmaz, teslim ediniz.

BÖLÜM-1

(1) Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar.

- ☐ a. Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- ☐ b. Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- ☐ c. Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- ☐ d. Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

(2) Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- ☐ a. Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- ☐ b. Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım herşeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- ☐ c. Hastalığımın bakım ve koruması için yaptığım uygun bir çok şey var.
- ☐ d. Hastalığım için gereken herşeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken herşeyi yapıyorum.

(3) Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz.

- ☐ a. Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- ☐ b. Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- ☐ c. Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- ☐ d. Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

(4) Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz.

- ☐ a. Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken herşeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- ☐ b. Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
- ☐ c. Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
- ☐ d. Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

(5) Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.

- ☐ a. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- ☐ b. Hastalığım benze bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.
- ☐ c. Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, birgün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
- ☐ d. Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

(6) Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

- ☐ a. Onları defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- ☐ b. Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
- ☐ c. Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- ☐ d. Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim herşeyi tüm detayları ile açıkladılar.

(7) Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden beklediklerinizi hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

- ☐ a. Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
- ☐ b. Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- ☐ c. Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
- ☐ d. Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye değeceğine emin değilim.

(8) Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

- ☐ a. Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
- ☐ b. Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
- ☐ c. Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- ☐ d. Tedavimle ilgili birşeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim hergün tazeleniyor.

BÖLÜM-II

(1) Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi v.b yapmanızı engelledi mi?

- ☐ a. Mesleğimi v.b. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- ☐ b. Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
- ☐ c. Bazı ciddi sorunlar var.
- ☐ d. Hastalığım mesleğimi v.b. uygulamamı tamamen engelliyor.

(2) Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi.

- ☐ a. Kötü durumda,
- ☐ b. Pek iyi değil.
- ☐ c. Yeterli.
- ☐ d. Çok iyi

(3) Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

☐ a. 3 gün ve daha az.
☐ b. Bir hafta,
☐ c. İki hafta,
☐ d. İki haftadan daha çok.

(4) Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız v.b. hastalanmadan önceküne göre sizin için daha mı önemli ?

☐ a. Şu an hiç önemli değil.
☐ b. Oldukça az bir öneme sahip
☐ c. Eskiye göre biraz önemini yitirdi.
☐ d. Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi.

(5) Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz v.b. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

☐ a. Amaçlarım değişmez.
☐ b. Amaçlarımda çok az bir değişme oldu.
☐ c. Amaçlarım önemli ölçüde değişti.
☐ d. Amaçlarımı tamamen değiştirdim.

(6) Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlediniz mi?

☐ a. Sorunlarda büyük artış var.
☐ b. Sorunlarda orta derecede bir artış var.
☐ c. Sorunlarda az ölçüde bir artış var.
☐ d. Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

BÖLÜM-III

(1) Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız.

☐ a. İyi
☐ b. Fena değil,
☐ c. Kötü,
☐ d. Çok kötü

(2) Yaşınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız. (Çocuklar, akrabalar vb.)

☐ a. Çok kötü.
☐ b. Kötü.
☐ c. Fena değil.
☐ d. İyi

(3) Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi.

☐ a. Bir engelleme olmadı.
☐ b. Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir.
☐ c. Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil.
☐ d. Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.

(4) Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu.

☐ a. Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı.
☐ b. Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler.
☐ c. Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı.
☐ d. Bu konuda bir sorun yok.

(5) Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

☐ a. İletişimde bir azalma yok.
☐ b. Çok az ölçüde bir azalma oldu.
☐ c. İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum.
☐ d. İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

(6) Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile v.b.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyormusunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

☐ a. Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
☐ b. Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.
☐ c. Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.
☐ d. Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

(7) Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

☐ a. Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok.
☐ b. Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
☐ c. Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
☐ d. Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.

(8) Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyormusunuz?

☐ a. Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım var.
☐ b. Orta derecede maddi problemlerim var.
☐ c. Çok az maddi problemim var.
☐ d. Para ile ilgili bir problemim yok.

BÖLÜM-1V

(1) Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- ☐ a. İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı.
- ☐ b. Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı.
- ☐ c. Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.
- ☐ d. Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

(2) Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- ☐ a. Hastalanmadığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
- ☐ b. Cinsel istekte belirgin bir azalma var.
- ☐ c. Cinsel istekte hafif bir azalma var.
- ☐ d. Cinsel istekte hiçbir azalma yok.

(3) Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- ☐ a. Cinsel aktivitede bir azalma yok.
- ☐ b. Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var.
- ☐ c. Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var.
- ☐ d. Cinsel aktiviteler tamamen durdu.

(4) Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- ☐ a. Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu.
- ☐ b. Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var.
- ☐ c. Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var.
- ☐ d. Cinsel tatminde bir değişiklik yok.

(5) Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- ☐ a. Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok.
- ☐ b. Cinsel performansımla ilgili ufak problemler var.
- ☐ c. Önemli cinsel problemlerim var.
- ☐ d. Cinsellikten tamamen koptum.

(6) Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- ☐ a. Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var.
- ☐ b. Bu konuda yoğun farklılıklar var.
- ☐ c. Bazı farklılıklar var.
- ☐ d. Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok.

BÖLÜM-V

(1) Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre) ?

- ☐ a. Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu.
- ☐ b. Görüşmeler biraz azaldı.
- ☐ c. Görüşmeler belirgin olarak azaldı.
- ☐ d. Hastalık süresince hiç görüşmedik.

(2) Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın arkabalarınızla yakınlaşma isteğiniz-onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

- ☐ a. Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu.
- ☐ b. Öncekine onanla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı.
- ☐ c. İlgim bir parça azaldı.
- ☐ d. İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı.

(3) İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyormusunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- ☐ a. Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar.
- ☐ b. Yeterince yardımcı oluyorlar.
- ☐ c. Yardım ediyorlar ama yeterince değil.
- ☐ d. Çok ihtiyacım olmasına rağmen çoz az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

(4) Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrasbalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- ☐ a. Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu.
- ☐ b. Bağlılığım önemli ölçüde azaldı.
- ☐ c. Bağlılığım biraz azaldı.
- ☐ d. Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi.

(5) Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- ☐ a. İyi,
- ☐ b. Fena değil,
- ☐ c. Kötü,
- ☐ d. Çok kötü.

BÖLÜM-VI

(1) Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşılarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyormusunuz?

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi,
- b. Eskisine göre biraz daha az.
- c. Eskisine göre önemli ölçüde az.
- d. Hemen hiç ilgim kalmadı.

(2) Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl?. Hala eskisi gibi uğraşılarınıza devam edebiliyormusunuz?

- a. Katılımım çok az, ya da hiç yok.
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c. Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi.
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

(3) Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatlar, piknikler v.b.) ilgi duyuyormusunuz?

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi.
- b. Eskisine göre biraz daha az.
- c. Eskisine göre önemli ölçüde düşük.
- d. İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

(4) Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyormusunuz?

- a. Katılımım çok az, ya da şu anda hiç bir katılımım yok.
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c. Katılımım biraz azaldı.
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

(5) Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (Sosyal klüpler, dini faaliyetler, sinema)

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi.
- b. Eskisine göre biraz daha az.
- c. Eskisine göre önemli ölçüde az.
- d. İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

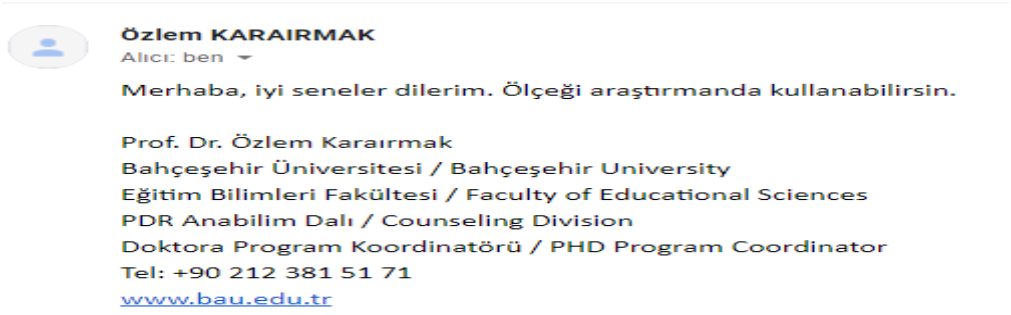
(6) Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyormusunuz?

- a. Katılımım çok az, ya da yok.
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c. Katılımım biraz azaldı.
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

(7) Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı.
- b. Çok az
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede.

EK 5: CONNOR DAVIDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ İZİN



Özlem KARAIRMAK
Alıcı: ben

Merhaba, iyi seneler dilerim. Ölçeği araştırmanda kullanabilirsin.

Prof. Dr. Özlem Karaırmak
Bahçeşehir Üniversitesi / Bahçeşehir University
Eğitim Bilimleri Fakültesi / Faculty of Educational Sciences
PDR Anabilim Dalı / Counseling Division
Doktora Program Koordinatörü / PHD Program Coordinator
Tel: +90 212 381 51 71
www.bau.edu.tr

EK 6: BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ İZNİ

FADİME HATİCE İNCİ <hemel@pau.edu.tr>
Alıcı: ben

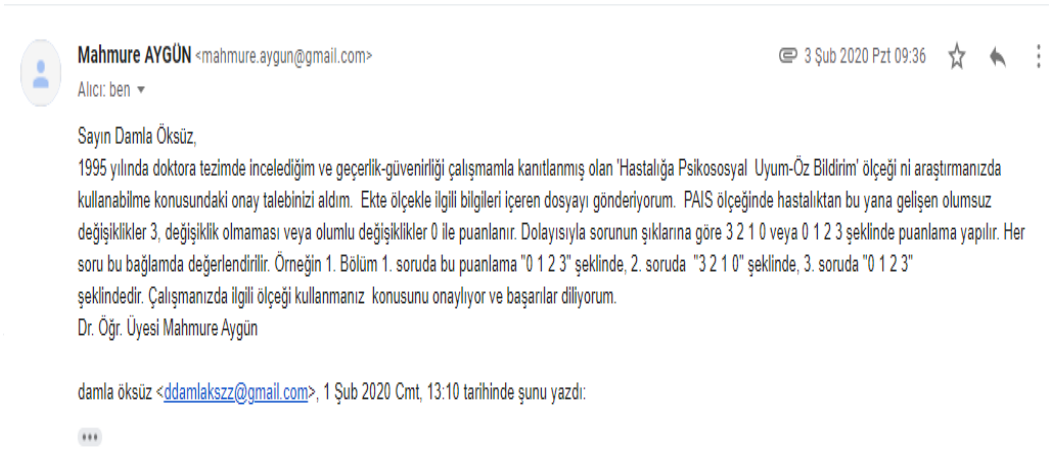
Sayın Öksüz,

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yükü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.
kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

EK 7: HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ İZİN



Mahmure AYGÜN <mahmure.aygun@gmail.com> 3 Şub 2020 Pzt 09:36

Alıcı: ben

Sayın Damla Öksüz,
1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeği ni araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Ekte ölçekle ilgili bilgileri içeren dosyayı gönderiyorum. PAIS ölçeğinde hastalıktan bu yana gelişen olumsuz değişiklikler 3, değişiklik olmaması veya olumlu değişiklikler 0 ile puanlanır. Dolayısıyla sorunun şıklarına göre 3 2 1 0 veya 0 1 2 3 şeklinde puanlama yapılır. Her soru bu bağlamda değerlendirilir. Örneğin 1. Bölüm 1. soruda bu puanlama "0 1 2 3" şeklinde, 2. soruda "3 2 1 0" şeklinde, 3. soruda "0 1 2 3" şeklindedir. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum.
Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün

damla öksüz <ddamlakszz@gmail.com>, 1 Şub 2020 Cmt, 13:10 tarihinde şunu yazdı:

EK 8: KURUM İZNİ

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 41303261-799
Konu : Damla ÖKSÜZ
(Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 09.06.2020 tarih ve E.854 sayılı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Tescil Birimi yazısı

Çankırı Karatekin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Damla ÖKSÜZ'ün, Doç. Dr.Satı DİL danışmanlığında "Kalp Ameliyatı Olan Hasta Yakınlarının Psikolojik Sağlamlık Düzeyi ve Bakım Yüklerinin Hastanın Psikososyal Uyumuna Etkisi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Hastanemizde yapması ile ilgili talep yazısı incelenmiş olup anılan çalışmanın kurumumuzda yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzalıdır.

Prof. Dr. Murat ALPER
Başhekim

Dağıtım:
Gereği:
Çankırı Karatekin Üniversitesi
Hemşirelik Anabilim Dalı

Bilgi:
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Evrak Birimi
Ankara Eğitim ve Tescil Birimi

Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H.
Telefon: Faks No:
e-Posta: fatma.erduran@saglik.gov.tr İnternet Adresi: fatma.erduran@saglik.gov.tr
Bilgi için: Fatma ERDURAN
TIBBİ TEKNOLOG
Telefon No: 596 20 00 (2026)
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden cf46a02d-c635-460f-ae72-88ad4af338e2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 9: ETİK KURUL

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı No:	2020/180
Karar No:	180
Araştırmanın Yürütücüsü:	Damla Oksüz
Araştırmanın Başlığı:	Kalp Ameliyatı Olan Hasta Yakınlarının Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Ve Bakım Yüklerinin Hastanın Psikososyal Uyumuna Etkisi
Kurula Geldiği Tarih:	02.03.2020
Kurulda İncelendiği Tarih:	12.02.2020
Karar Tarihi:	05.03.2020
Kurul Görüşü:	Başvuru Kabul Edilmiştir.

SONUÇ:

Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan
Prof. Dr. Murat ARI

Üye
Prof. Dr. Ali YİĞİT

Üye
Doç. Dr. Ela CANBOLAT

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Haydar KOÇ

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İlknur GÖL

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AKYOL

Üye
Avukat Mehmet ÇAKMAK

ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Damla ÖKSÜZ KARGIN

Öğrenim Durumu Lisans : 2016, Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik

Mesleki Deneyimi : 2016-2018 ; Özel Bilgi Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi Hemşirelik Öğretmeni
2018-……: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi

Diğer üyelikleri:

- Türliye Kalp Damar Cerrahi Derneği
- Psikiyatri Hemşireliği Derneği