



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**BEYİN AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
HASTANEDEKİ BAKIMINA DESTEK VEREN
AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yasemin GÜNER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

TRABZON-2017

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

.....


Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin GÜNER'in hazırladığı "Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanedeki Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Değerlendirilmesi" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

.....


Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

.....


Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

.....


Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

.....


Tarih:/.../2017

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/.../2017 tarih ve ...sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....
Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

.../.../2017

Yasemin GÜNER

İthaf

Yüksek lisans tezimi, bu günlere gelmem için elinden gelen her türlü fedakârlığı yapan aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamım her aşamasında benden bilgilerini, deneyimlerini ve desteğini esirgemeyen, beni sabırlı, anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren danışmanım, KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

İstatistik analizlerde katkıları nedeni ile Öğr. Gör. Sayın Hande ŞENOL'a,

Eğitimimde emeği geçen ve desteklerini esirgemeyen tüm öğretim elemanlarına,

Çalışmamın yürütülmesine izin veren KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Başhekimliği'ne,

Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı'ni geliştiren ve araştırmamda kullanmama izin veren Doç. Dr. Nadiye ÖZER'e,

Her zaman yanımda olan, bana inanan ve güvenen, varlığımın anlamı olan değerli aileme en içten duygularımınla teşekkürlerimi sunarım.

Yasemin GÜNER

İÇİNDEKİLER**Sayfa****ONAY****BEYAN****İTHAF****TEŞEKKÜR****TABLolar DİZİNİ****ix****ŞEKİLLER DİZİNİ****x****KISALTMALAR DİZİNİ****xi****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ VE AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****6**

4.1. Beyin Cerrahisi

6

4.2. Beyin Cerrahisi Gerektiren Durumlar

6

4.2.1. Kafa İçi Enfeksiyon

6

4.2.2. Beyin Tümörleri

7

4.2.3. İntrakranial Anevrizmalar ve Kanamalar

8

4.2.3.1. İntrakranial Anevrizmalar

8

4.2.3.2. İntrakranial Kanamalar

9

4.2.3.2.1. İntraserebral Kanama

9

4.2.3.2.2. Subaraknoid Kanama

10

4.2.3.2.3. Epidural Kanama

10

4.2.3.2.4. Subdural Kanama

11

4.2.4. Arteriovenöz Malformasyonlar (AVM)

11

4.2.5. Kafa Travması

12

4.3. Beyin Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler

13

4.4. Beyin Cerrahisi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı

15

4.5. Bakım Kavramı

15

4.5.1. Bakım Verme

16

4.5.2. Bakım Veren Yüğü

17

4.5.3. Bakım Veren Yüğü ile İlgili Teoriler

19

	vii
4.5.3.1. Rol Teorisi	19
4.5.3.2. Stres Uyum Modeli	19
4.5.3.3. Aile Sistemleri Teorisi	20
4.5.4. Bakım Sürecinin Bakım Veren Üzerindeki Etkileri	20
4.5.4.1. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri	22
4.5.4.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Etmenler	24
4.5.5. Bakım Verenlerin Yükünü Azaltıcı Girişimler	25
4.5.6. Bakım Verme Yükünü Azaltmada Hemşirenin Sorumlulukları	27
5. GEREÇ ve YÖNTEM	28
5.1. Araştırmanın Tipi	28
5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	28
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
5.4. Veri Toplama Araçları	29
5.4.1. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu	29
5.4.2. Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu	29
5.4.3. Kliniğe Uyarlanmış Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (KUZBYÖ)	30
5.4.4. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAİ)	30
5.5. Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formunun Ön Uygulaması	30
5.6. Veri Toplama Yöntemi	31
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
5.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	31
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	31
5.10. Araştırma Planı	32
6. BULGULAR	33
7. TARTIŞMA	64
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	71
8.1. Sonuçlar	71
8.2. Öneriler	74
9. KAYNAKLAR	76
10. EKLER	88
10.1. Ek 1. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellik Formu	88
10.2. Ek 2. Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Tanıtıcı Özellik Formu	89

10.3. Ek 3. Kliniğe Uyarlanmış Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (KUZBYÖ)	viii 91
10.4. Ek 4. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)	92
10.5. Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	94
10.6. Ek 6. Kurum İzin Yazısı	97
11. ETİK KURUL ONAYI	98
12. ÖZGEÇMİŞ	101



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Bakım Veren Bireylerde Bakım Verme Nedeniyle Ortaya Çıkan Bulgular	22
Tablo 2. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara İlişkin Sosyodemografik Özellikler	34
Tablo 3. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanede Bakımına Destek Veren Aile Üyelerine İlişkin Sosyodemografik Özellikler	35
Tablo 4. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaya Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine İlişkin Özellikler	37
Tablo 5. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların BGYAİ ve Bakım Veren Aile Üyelerinin KUZBYÖ Puan Ortalamaları	38
Tablo 6. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara İlişkin Sosyodemografik Özellikler ile BGYAİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 7. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara İlişkin Sosyodemografik Özellikler ile BGYAİ'ine Göre Bağımlılık Düzeylerinin Karşılaştırılması	42
Tablo 8. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri ile KUZBYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 9. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri ile KUZBYÖ Bakım Yüklerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 10. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme özellikleri ile KUZBYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 11. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaya Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine İlişkin Özellikler ile KUZBYÖ Bakım Yüklerinin Karşılaştırılması	56
Tablo 12. BGYAİ Puan Ortalaması ile KUZBYÖ Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	62

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Bakım Verici Yük Modeli	17
Şekil 2. Araştırma Planı	32



KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AVM	Arteriovenöz Malformasyon
BGYAİ	Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CDC	The Centers for Disease Control and Prevention
KİBA	Kafa İçi Basınç Artışı
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
KUZBYÖ	Kliniğe Uyarlanmış Zarit Bakım Yüğü Ölçeği
KW	Kruskal Wallis Varyans Analizi
Med	Medyan
Min-Max	Minimum-Maximum
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
SAK	Subaraknoid Kanama
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart Sapma
TBY	Travmatik Beyin Yaralanması
vb	Ve Benzeri

Semboller

$\bar{X}$	Ortalama
χ^2	Ki-kare testi
Z	Mann Whitney U Testi
r	Regresyon Analizi

1. ÖZET

Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanedeki Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Değerlendirilmesi

Araştırma, beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanedeki bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırma, Trabzon İl merkezinde bulunan Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde ameliyat olan 102 hastanın aile üyesi ile yapıldı. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen “Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Kliniğe Uyarlanmış Zarit Bakım Yükü Ölçeği (KUZYBYÖ)” ve “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve ki kare testi kullanıldı. Beyin ameliyatı geçiren hastaların ileri düzeyde bağımlı, bakım veren aile üyelerinin ise hafif ve orta düzeye yakın bakım yükü olduğu saptandı. Aile üyelerinin KUZYBYÖ ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bakım veren aile üyelerinin KUZYBYÖ puan ortalamaları ile hasta bakımı ile ilgilenme ve hastaya bakım verme süresi, aile üyelerinin fiziksel desteği, aile üyesinin hastanede yaşadığı ibadet, ulaşım ve yemek sorunu arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptandı ($p<0.05$). Beyin ameliyatı geçiren hastaların bağımlılık düzeyi arttıkça bakım veren aile üyelerinin yükünde arttığı saptandı ($p<0.05$). Bakım veren aile üyelerinin hastanın bakımında sahip oldukları destek kaynakların değerlendirilmesi ve yardım alabilecekleri kişi ve kurumlara yönlendirilmesi yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile, beyin cerrahisi, hasta bakımı, perioperatif hemsirelik

2. SUMMARY

Evaluation of Care Burden of Family Members Who Support Caring of Patients Undergoing Brain Surgery in Hospital

The study was made descriptively to determine the care burden of family members supporting the hospital care of patients' having brain operations. The study was made with family members of 102 patients having operations in the neurosurgery clinics of Black Sea Technical University Farabi Hospital in the centre of Trabzon. The data was collected by using "Descriptive Qualities Form for Patients" developed by the researcher, "Descriptive Qualities Form for Caregiver Family Members", "Zarit Caregiver Burden Scale adapted to the Clinic" (ZCBSAC) and "Barthel Index of Activities of Daily Living (BIADL). In the assessment of the data, percentage, average, standart deviation, minimum and maximum values, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Analysis of Variance and Chi-Square Test were used. It was determined that patients having brain surgery were highly dependent on care and caregiver family members had low and near average care burden. A statictically meaningful difference was found between the family members' ZCBSAC average and age, sex, marital status, educational background, monthly income level and employment status ($p<0.05$). A statistically meaningful result was found between ZCBSAC point averages of caregiver family members and taking care of patient, time for patient care, family members' physical support, family member's problems in the hospital like food, prayer and transport ($p<0.05$). It was determined that when the dependency level of patients who had brain surgery increased, the burden of caregiver family members also increased ($p<0.05$). In this context, assessing the support resources of caregiver family members in patient care and guiding them to people or institutions to assisist them can be useful.

Key Words: Family, neurosurgery, patient care, perioperative nursing

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Beyin, bedeni kontrol ve koordine eden birçok işlevi düzenlemektedir. Beyin ameliyatları, beden işlevini düzenleyen yapıları etkilendiğinden, hastalarda ciddi komplikasyonların gelişmesine, hastaların sakat kalmasına ya da yaşamını kaybetmesine neden olabilmektedir. Beyin cerrahisi klinikleri, yapısı gereği karmaşık hasta bakımının uygulandığı kliniklerdir. Bu kliniklerde çoğunlukla yetişkin ve yaşlı hasta gruplarına beyin ile ilgili sorunlar nedeniyle beyin ameliyatları uygulanmaktadır. Anevrizma, beyin kanamaları, beyin tümörleri ve kafa travmaları bu sorunlar arasında yer almaktadır (1,2). Beyin ameliyatları kafatasının sınırlı bir alan olması ve yaşamsal merkezlere yakınlığı nedeniyle ameliyat sonrası dönemde hastalarda kafa içi basıncı artışı (KİBA), kardiyak aritmi, hava embolisi, kraniyal sinirlerin etkilenmesiyle işitme kaybı ve yutma güçlüğü; hafıza kaybı, paralizi, körlük gibi duyu kayıpları; konuşma bozuklukları ve mental konfüzyon gibi ameliyat sonrası süreci etkileyebilecek birçok komplikasyon gelişebilmektedir. Ayrıca hastalar ameliyat sonrası dönemde, ameliyat bölgesinde yer alan pansuman ve drenlerin enfeksiyon oluşumunu tetiklemesi sonucu ağrı ve yorgunluk nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede bağımlı hale gelebilmektedir. Beyin ameliyatları sonrası gelişebilecek bu komplikasyonlar, hastanın tedavi ve yatış süresinin uzamasına neden olmakta, bakım maliyetlerini artırmakta, hastanın konforunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu durum, hastanın hastanede yanında kalacak aile üyelerine gereksinimini ve bakım verenlerin bakım yükünü de artırmaktadır (3-8).

“Bakım veren aile üyelerin yaptığı görevler” bakım olarak tanımlanmaktadır. Bunlar ev işlerini organize etme, maddi, bireysel veya sağlık desteği bakım kavramı içinde yer almaktadır (8). Bakım yükü ise, bakım verirken ya da alırken yaşanılabilen fiziksel, ekonomik ve psikososyal etkileri anlatmakta kullanılmaktadır (5). Chou’nun (9) geliştirdiği “Bakım Verici Yük Modeli’ne” göre bakım yükü, bakım verme sürecinde bireyin fiziksel, psikolojik, toplumsal ve maddi açıdan birçoğunda bakım veren aile üyesinin fazla yük algıladığı subjektif bir algıdır. Bazı yazarlara göre “bakım yükü” kavramı, nesnel/objektif yük (ekonomik kayıp, sosyal aktivitelerin kısıtlanması, aile rutinlerinin bozulması, fiziksel sorunlar, ailedeki gerginlikler, hastalığın neden olduğu aksaklıklar vb.) ve öznel/subjektif yük (hastayla ilgili fiziksel/duygusal sıkıntı) olmak üzere iki grupta incelenebilmektedir (9).

Bakım sunma, bakım sunan aile üyeleri yönünden çok boyutlu olarak hissedilen bir tecrübedir. Çoğunlukla içtenlik ve sevginin artması, bakım verme tecrübesiyle anlam bulma, bireysel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, bireysel tatmin sağlama gibi yararlı niteliklerin yanında birçok zorluğunda yaşanmasına neden olabilmektedir (10).

Bakım yükünün artmasıyla, bakım veren aile üyelerinin yaşam kaliteleri azalmaktadır. Yaşam kalitesi azalan aile üyeleri, hem kendi sağlıklarını hem de bakım verdikleri bireylerin sağlıklarını ihmal edebilmektedirler. Hastaya bakım veren bireyler kendilerini her yönden kısıtlanmış ve çaresiz hissedebilmekte, kendi gereksinimlerini karşılayamamakta, sonuç olarak da yaşamdan aldıkları doyum azalmaktadır. Yaşam kalitesi azalmış bakım verenin hasta bakımı da olumsuz etkilenebilmektedir. Uygulanan tedavi sonucunda ortaya çıkan sorunlarla nasıl baş edeceğini bilemeyen bakım verenlerin, bakım yükü artarken yaşam kaliteleri de azalmaktadır (11, 12).

Beyin ameliyatları büyük ve riskli ameliyatlardır. Beyin ameliyatlarının karmaşık yapısı, iyileşmenin uzun sürmesi, hastaların belirli bir süre aktivitesinin kısıtlanması ya da yatağa bağımlı olması ve komplikasyon riskinin yüksek olması nedeniyle ameliyat sonrası dönemde bakım gereksinimleri artmaktadır. Hastalar, ameliyat süreci boyunca hastanede onlarla birlikte kalabilecek ve destek olabilecek aile üyelerine gereksinim duyar. Ancak bu durum, hasta bireye bakım veren aile üyelerinin günlük aktivitelerinde ve sosyal yaşamlarında kısıtlamalara, diğer aile üyelerine ayırdığı zamanın azalmasına ve ekonomik güçlükler yaşamasına neden olmaktadır. Buna ek olarak, bu süreçte bakım veren aile üyelerinin yaşadığı sosyal çevreden ayrılması, diğer sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşaması, hastanın yaşadığı şikayetlerin fazlalığı ve ekonomik sorunlar hastalara bakım veren aile üyelerinde bakım yükünü artırabilmektedir (13). Bakım yükü, hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın derecesi ile ilişkilidir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın derecesi ve hasta bakımı için ayrılan zaman arttıkça bakım verenin yükü de artmaktadır (14).

Yapılan çalışmalarda, nörolojik olarak fiziksel yetersizliği yüksek ve beyin hasarı olan ya da beyin tümörlü hastalarda bulantı/kusma, uyku hali, kan basıncı değişikliği, konvülsiyon, baş ağrısı gibi fizyolojik semptomlar ve fiziksel yetersizlikler arttıkça, aile bireylerinin bakım yükünün arttığı bulunmuştur. Ayrıca ailelerin sosyal desteklerinin

yetersiz olmasının da bakım yükünü artırdığı saptanmıştır (15,16). Dalgıç'ın larenjektomi olan hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının orta derecenin üstünde bakım yükü olduğu saptanmıştır (17).

Bayram'ın majör ortopedik cerrahi uygulanan hastalara klinikte bakım verenlerin bakım yükünü araştırdığı çalışmasında (18), bakım verenlerin %58.8'inin hastalarına fiziksel bakım ve psikolojik destek uyguladıkları, %26.3'ünün fiziksel bakım, psikolojik destek ve parasal yardımda bulundukları; %8.8'inin fiziksel bakıma yardım ettikleri, %3.8'inin fiziksel bakım ve ekonomik yardım uyguladıkları ve %2.5'inin de psikolojik yönden destek oldukları belirtilmiştir.

Farklı bir çalışmada, bakım veren aile üyelerinin yarıdan fazlasının bakım verme nedeniyle kendilerine ayıracak zamanları olmadığını, kendilerini yorgun hissettiklerini, hasta ile iletişimde güçlük ve maddi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada da, beyin tümörü ameliyatı olan hastalara bakım verenlerin %56.0'ında yaşam tarzında değişiklik olduğu saptanmıştır (19, 20).

Literatür incelendiğinde, Türkiye'de bakım verenlerin yüküne ilişkin çalışmalar bulunmakla birlikte, mevcut çalışmaların daha çok yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerle ilgili olduğu görülmektedir. Ayrıca beyin cerrahisi ameliyatı geçiren hastalarla ilgili yapılan çalışmaların sayıca az olduğu ve bu hastaların aile üyelerinin bakım yükünün araştırıldığı bir çalışmaya ise rastlanamamıştır. Beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanedeki bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükünün belirlenmesi ile cerrahi hemşirelerinin bakım vericilerin yükleri konusunda farkındalıkları ve bakımın kalitesi artacak ve aile üyelerine destek sağlamaları da kolaylaşacaktır. Araştırma bu bilgilerden yola çıkılarak, beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanedeki bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükünün değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Beyin Cerrahisi

Kapsamlı bir uygulama alanına sahip olan beyin cerrahisi, patolojik kitlelerin çıkarılması, ağrı, spazm ve diğer nörofizyolojik durumların giderilmesi, sinir yaralanmaları ve doku hasarlarının onarılmasını içermektedir. Bu nedenle, beyin cerrahisi klinikleri yapısı gereği karmaşık hasta bakımının uygulandığı klinikler olarak bilinmektedir. Bu kliniklerde çoğunlukla yetişkin ve yaşlı hasta gruplarına, beyine ilişkin sorunları nedeniyle beyin ameliyatları uygulanmaktadır (1, 21).

Beyin cerrahisi kliniğine yatan hastalar çoğunlukla beyin tümörü, beyin kanaması, enfeksiyon, beyin ve omurilik yaralanması gibi bireyin yaşamını önemli derecede etkileyen ve yüksek derecede strese neden olan hastalıklar nedeni ile başvurmaktadır. Beyin hasarının büyüklüğü ve lokalizasyonuna göre fiziksel ve bilişsel işlev tehlikeye girmekte ve birey yatağa bağımlı hale gelebilmektedir. Bununla birlikte, önemli bilişsel işlev bozuklukları, ciddi beyin hasarlarında büyük ölçüde aile hayatını değiştirebilmekte ve bakım verenlerin yükü artırmaktadır. Bakım sunma sebebiyle ortaya çıkan yük, bakım sunan aile üyesinin hayatında farklı problemler meydana gelmektedir. Toplumsal sorunlar, günlük rutiner de aksamalar, aile içi sorunlar, bakım veren bireylerin sağlığında bozulmalar ve ekonomik sorunlar bu sorunlar arasında yer almaktadır (2, 22).

4.2. Beyin Cerrahisi Gerektiren Durumlar

Beyin ile ilişkili sorunlarda tıbbi ve cerrahi tedavi uygulanabilmektedir. Kafa içi enfeksiyon, beyin tümörleri, intrakranial kanamalar ve anevrizmalar, arteriovenöz malformasyonlar ve kafa travması beyin cerrahisi gerektiren durumlar arasında yer almaktadır (2, 23).

4.2.1. Kafa İçi Enfeksiyon

Beyin dokusu meninksler, beyin omurilik sıvısı (BOS), kan beyin bariyeri, kranial kemikler tarafından korunmakla birlikte merkezi sinir sistemine (MSS) ilişkin enfeksiyonlar gelişebilmektedir. Merkezi sinir sistemi enfeksiyonları meninksler, nöral dokular ve kan damarlarının etkilediği bakteri, virüs, protozoa ve riketsiya kaynaklı enfeksiyonlardır. Mikroorganizmalar genellikle beyine kan dolaşımıyla ya da doğrudan

travmaya bağlı nedenlerle girebilmektedir. Bu nedenlerle gelişen beyin abseleri, beyin cerrahi gerektiren durumlar arasında yer almaktadır (2).

Beyin abseleri, beyin parankim dokusu içinde kapsüllü ya da kapsülsüz olarak süpüratif eksuda birikimidir (24). Etken organizma serebral venlerin duvarları boyunca hareket ederek, beyne girer ve beynin herhangi bir alanına yayılırlar. Beyin başarılı bir biçimde enfeksiyonu sınırlar ise, beyinde pürülan materyalle dolu sert bir kapsül gelişir. Abse dokusunun çevresinde ciddi bir ödem alanı bulunur. Bu da KİBA ve kranial yapıların yer değiştirmesine neden olur. Bazen abse kapsüllü olmayıp, beyin dokusundan subaroknoid alana ve ventriküler sisteme doğru yayılabilir (2). Beyin abselerinin mortalite oranları %10-30 arası değişmektedir. Beyin absesi her yaşı grubunda görülmekle birlikte, sıklıkla 20-50 yaşlarında ve erkeklerde görülür (25, 26).

Beyin abseleri acil olarak müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Kraniotomi ile absenin çıkarılması ya da boşaltılması etkili bir tedavi yöntemidir. Kapsüllü abselerde bilgisayarlı tomografi (BT) ile izleyerek lokal anestezi altında abse drenajı uygulanır. Absenin en sık karşılaşılan kaynağını oluşturan kulak ve burun enfeksiyonlarının zamanında tanı ve tedavisi beyin abselerinin oluşmasını önleyebilir. Beyin abseli hastaların erken tanı ve tedavisi yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonları önleyebilir (24, 25, 27).

4.2.2. Beyin Tümörleri

Beyin tümörleri, genellikle ilerleyici nörolojik yetersizliklerle karakterize ve etyolojisi belli olmayan tümörlerdir. Beyin tümörleri anatomik ve klinik açıdan kafatası boşluğunda gelişerek, beyin dokusunda yerleşen ya da beyne dışarıdan bası uygulayan kitlelerdir. Beyindeki hücrelerin normal olmayan şekilde büyümesi sonucu gelişirler. Beyin tümörü görülme oranı yaş ve cinsiyete göre değişir. Beyin tümörleri çocukluk çağı kanserleri içerisinde ikinci, özellikle başka organ kanserlerinin beyine olan yayılımı da göz önüne alındığında 50 yaşından sonra üçüncü en sık görülen kanser grubunu oluşturur. En fazla 3-12 yaş grubu ve 40-70 yaş grubunda görülmektedir (2, 3, 7, 28). Tüm dünyada 2012 yılında 256.213 primer malign beyin tümörü vakası tanımlanmaktadır. Bu vakaların erkeklerde 83.006'sı ve kadınlarda 106.376'sı ölümle sonuçlanmıştır (2). İngiltere'de 2014 yılında 10.981 yeni beyin tümörü vakası görülmüş ve beyin tümörüne bağlı 5.223 ölüm vakası görülmüştür. Amerika Birleşik

Devletlerinde (ABD) 2017 yılında yaklaşık 79.270 malign ve malign olmayan primer beyin tümörü vakası beklenmektedir (29, 30). Türkiye’de Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı Sağlık İstatistikleri 2013 verilerine göre, beyin kanseri erkeklerde %6.1 ve kadınlarda %4.7 olarak bildirilmektedir (31).

Beyin tümörleri konjenital, neoplastik, enfeksiyöz ya da vasküler (hematom ya da malformasyon) nedeni gelişebilir. Primer tümörler genellikle glial hücreler (astrocitoma, oligodentroglioma, glioblastoma vb.), epandimal hücreler (epandimoma vb.) ya da destek dokudan (menengioma, schwannoma, koroid papillom vb.) kaynaklanabilirler. Nedeni ne olursa olsun beyin tümörleri büyüme hızı, lokalizasyon ve intrakraniyal basınç yönünden önemlidir. Beyin tümörleri bulunduğu bölgeye bası yaparak yaşamı tehdit edici birçok sorunun oluşmasına neden olmaktadır. Yavaş büyüyen kitleler genelde uzun süre asemptomatik seyrederken, hızlı büyüyenler erkenden belirti verirler. En sık izlenen bulgular baş ağrısı, konvülsiyonlar, kavrama ya da özel nörolojik fonksiyonlarda azalma ve merkezi nörolojik yetersizliktir. Supratentoryal tümörlerde, konvülsiyon, hemipleji ya da afazi tipik iken, infratentoriyal tümörlerde sıklıkla serebellar disfonksiyon (ataksi, nistagmus ve disartri vb.) izlenir. Beyin sapı basılarında, kraniyal sinir paralizileri, şuur değişiklikleri ya da anormal solunum izlenebilir. Bu durumda, beyin baskı altında normal yapısını kaybederek görevlerini yapamaz hale gelir. Beyin tümörü fiziksel, psikolojik, toplumsal ve manevi problemlere sebep olarak hasta ve ailesinin hayatını her yönüyle tehdit eden, tedavisi güç, bedensel engelliliğe ve ölüme sebep olan bir hastalık olabilmektedir (7, 32, 33). Çoğu zaman cerrahi olarak tümörün çıkarılması, beyin tümörlerinin neredeyse hepsi için ilk seçenektir. Cerrahi yaklaşım olarak kraniotomi, transfenoidal yaklaşım ve burr hole girişimleri uygulanmaktadır (24, 34).

4.2.3. İntrakraniyal Anevrizmalar ve Kanamalar

4.2.3.1. İntrakraniyal Anevrizmalar

Anevrizma, arter duvarının lokal dilatasyonu ya da dışı doğru cepleşmesi olarak tanımlanır. Genellikle arterin zayıf noktasından dışarı tomurcuklanması (sakküler) ya da bir segmentin balonlaşması (fusiform) ile oluşur. Bazı kalıtsal ve edinsel hastalıklar, damar duvarında zayıflamaya neden olarak anevrizma gelişimine sebep olabilmektedirler. Damar duvarının dejenerasyonu, yüksek akım, enfeksiyon (mikotik

anevrizmalar), travma ve neoplazi (damar duvarı infiltrasyonu) anevrizmanın nedenleri arasında yer alır (2, 7, 35, 36).

İntrakranial anevrizmaların %90'dan fazlası konjenitaldir. İntrakranial anevrizmalar serebral hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Yaygın olarak 30-60 yaş arasındaki bireylerde görülmekle birlikte, kadınlar da erkeklere oranlara daha sık görülür. Anevrizmalı bireylerin %20-30'unda çoğul anevrizmalar görülebilir. Çoğul anevrizmalar sakküler anevrizmalı bireylerin %20-25'ini oluşturur. Bu bireylerin yaklaşık %20'sinin aile öyküsünde serebral anevrizma ve subaraknoid kanama (SAK) bulunmaktadır. İntrakraniyal anevrizma rüptürüne bağlı subaraknoid kanamanın görülme sıklığı her 100.000 kişide yılda 10 ile 16 arasında değişmekle birlikte, sıklıkla 50'li yaşlarda önemli şekilde arttığı bildirilmektedir. Kanamaya neden olan anevrizmaların büyük çoğunluğu, ana damara bir boyunla bağlanmış olan kese biçimindeki anevrizmalardır (2, 7, 28).

Anevrizmalarda cerrahi tedavinin amacı, serebral anevrizma rüptürünü ya da önceden rüptüre olmuş bir anevrizmanın daha fazla kanamasını önlemektir. İstendik olan rüptür oluşmadan cerrahi tedavinin uygulanmasıdır. Serebral anevrizmaların ilaçla kesin tedavisi mümkün değildir. Genellikle cerrahi tedavi veya girimsel tedavi uygulanır. Cerrahi tedavide açık kraniyotomi, endovasküler tedavi veya karotid artere stent takılması uygulanmaktadır (2, 23).

4.2.3.2. İntrakranial Kanamalar

Beyin içten dışa doğru piamater, araknoid mater ve duramater olarak üç tabakadan oluşur. İntrakranial kanamalar da bu bölgelere göre adlandırılır (2).

4.2.3.2.1. İntraserebral Kanama

İntraserebral kanama ilk olarak beyin dokusu (serebrum, serebellum, beyin sapı) içine ya da ventriküller içine olan kanamaları içermektedir. İleri yaş, hipertansiyon, sakküler anevrizma, vasküler anomaliler, kafa içi tümörler, kanama hastalıkları (lösemi, hemofili, aplastik anemi ve trombositopeni vb.), sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, önceden geçirilmiş iskemik inme, düşük serum kolesterol düzeyleri ve antikoagülan kullanımı intraserebral kanamada kabul edilmiş risk faktörleridir (2, 7, 25).

İntraserebral kanamaya ilişkin semptomlar hematomların başlangıçta ortaya çıktığı bölgeye göre değişiklik göstermektedir. Baş ağrısı en yaygın belirti olup hematomun ilerlemesine bağlı olarak bilinç düzeyinde azalma, hemipleji, kanama ile aynı tarafta pupil dilatasyonu meydana gelir; büyüyen pıhtı herniasyonlara neden olabilir. Cerrahi girişim olarak pıhtının çıkarılması ve kanamanın kontrol altına alınması amacıyla kraniyotomi ve kraniektomi uygulanır. Ancak, kanamanın ulaşamayan alanda olması ya da kanayan alanın sınırlarının belirlenememesi gibi durumlarda cerrahi girişim yetersiz kalabilir (2, 37).

4.2.3.2.2. Subaraknoid Kanama

Araknoid membran ile piamater arasında gelişen subaraknoid kanama: beyin, serebellum ve spinal kordun subaraknoid alanı içine genellikle arteriyal nadiren de venöz kaynaklı olabilen kanamadır. Subaraknoid kanama travmatik ya da spontan olabilir. Spontan subaraknoid kanama sebepleri arasında intrakranyal anevrizma rüptürü %75-80 oranı ile birinci sırada yer alır. Subaraknoid kanamanın görülme sıklığı her 100.000 bireyde yılda 10 ile 16 arasında değişmekle birlikte, bu oranların yaş ilerledikçe arttığı bildirilmektedir. Subaraknoid kanamalar genellikle travma, anevrizma, vasküler malformasyonlar, kanama bozuklukları, beyin tümörleri, antikoagülan tedavi komplikasyonu nedeniyle gelişebilmekte ancak vakaların %30'unda bir neden bulunamamaktadır (2, 28, 38, 39).

Kusma, baş dönmesi, konfüzyon, fokal nörolojik yetersizlikler, hipertansiyon ve hafıza bozukluğu subaraknoid kanamanın semptomları arasında yer almaktadır. Anevrizmaya bağlı subaraknoid kanama olgularının %97'si ani ve şiddetli baş ağrısı ile başlar. Kanama ile birlikte bilinçte ani bozulma, nörolojik muayenede ilerleyici yetersizlikler ve koma ile sonuçlanabilir. Baş dönmesi, görme bozukluğu, uyuklama hali, orbital ağrı, epileptik nöbet görülebilir. Kanamanın şiddetine bağlı olarak 6-24 saat içinde ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları ortaya çıkar. Hematom, vazospazm ya da tromboza bağlı merkezi nörolojik belirtiler; güç kaybı, konuşma bozukluğu ve görme bozuklukları gelişir (35, 38).

4.2.3.2.3. Epidural Kanama

Kanın kafatası ve dura arasındaki epidural alanda toplanmasıdır. Epidural hematom genellikle meningeal arterdeki yırtık nedeni ile gelişir; bu nedenle hızlı ilerler

ve nörolojik durumda hızlı bozulmalara neden olur. Göz dibinde staz, kanama görülür ve tentorial herniasyon gelişir (2, 7, 37).

Epidural kanama, acil bir durumdur. Ciddi nörolojik yetersizlikler ya da dakikalar içerisinde solunum durması gerçekleşebilir. Bireyin kafatasına “burr” adı verilen bir matkapla delik açılarak (burr hole) hematoma boşaltılır. Böylece KİBA düşürülerek pıhtılar çıkarılır ve kanama kontrol altına alınır. Bazen pıhtının çıkarılması ve kanamanın kontrol altına alınması için kraniyotomi gerekli olabilir. Tekrar kan birikiminin oluşumunu önlemek için, açılan deliklerden ya da kraniyotomi alanından dren yerleştirebilir (2).

4.2.3.2.4. Subdural Kanama

Subdural kanama duramater ve araknoid mater arasında kalan subdural aralıkta gelişir. Genellikle venlerden kaynaklanmakla birlikte bazen küçük arterlerden de kaynaklandığı görülmektedir. Subdural kanamalar epidural kanamalara oranla daha yaygın görülür ve yavaş ilerler (7, 37). Subdural kanama akut (akut yaralanma sonrası 48 saat içinde gelişen), subakut (daha az önemli küçük yaralanmaları takiben iki gün-üç hafta içerisinde gelişen), kronik (minör yaralanmaların sonucunda üç hafta- aylar sonra gelişen) ya da spontan olarak gelişebilir. Alkolik bireylerde ve yaşlılarda travmatik ya da serebral atrofiye bağlı minör bir yaralanma sonucu gelişebilir. Subdural kanamalar koagülopati ya da anevrizma rüptürü sonucu olarak da ortaya çıkabilirler (2, 37). Subdural hematomların cerrahi tedavisinde, burr hole açıklığı ile biriken drenaj boşaltılır (2).

4.2.4. Arteriovenöz Malformasyonlar (AVM)

Arteriovenöz malformasyonlar beynin arteriyel ve venöz sistemleri arasında kapiller ağ olmaksızın doğrudan bağlantı olmasıdır. Arteriyel ve venöz sistem arasında beyin dokusunun beslenmesini ve artık ürünlerin uzaklaştırılmasını sağlayan parankimal doku ve kapiller yatak bulunmamaktadır. Arteriovenöz malformasyonlar az görülen ancak kanama ve nöbetle ilişkili ciddi nörolojik sorunlara, bedensel engelliliğe ve ölüme neden olabilmektedir (2). Arteriovenöz malformasyonlar her yaşta olmakla birlikte buna bağlı kanamalar en sık 10-30 yaş arasında görülmektedir. Arteriovenöz malformasyon nedeniyle beyin içine kanama olursa, baş ağrısı, merkezi nörolojik

bulgular ve nöbetler ortaya çıkar. Düşük vasküler direnç ve yüksek kan akımı nadiren yüksek debili kalp yetmezliğine neden olabilir (7, 32).

Vasküler damar yumağının etrafındaki parankim dokuyla bir bütün halinde olması ve bu dokularda hasar oluşma riski nedeniyle AVM tedavisinde çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. En iyi tedavi yaklaşımını belirlemek güçtür. Hasta bireyin durumu, AVM'un yeri, beslenme özelliği, büyüklüğü ve anatomik sınıflaması tedavi seçiminde önemlidir. Serebral AVM'un dört önemli tedavi seçeneği bulunmaktadır. Bunlar; konservatif tedavi, mikronörocerrahi, endovasküler tedavi ve radyocerrahidir (gamma knife). Bu tedaviler kombine olarak da uygulanabilir (2).

4.2.5. Kafa Travması

Kafa travması penetran yaralanma ya da bir sarsıntı nedeniyle saçlı deri, kafatası ve beyin işlevlerinin etkilenmesidir (32, 40). Travma hastalarında travmatik beyin hasarının yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olduğu bilinmektedir (41).

Kafa travmaları tüm dünyada 0-45 yaş grubundaki bireylerde ölüm nedeni olarak birinci sırada yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 1.7 milyon birey kafa travması geçirmektedir. Travmaya bağlı ölümlerin yarısından fazlası kafa travması nedeniyle gerçekleşmektedir (2, 4, 42). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (The Centers for Disease Control and Prevention; CDC), yılda ortalama 1.7 milyon bireyin travmatik beyin yaralanmasından (TBY) etkilendiğini, bunların 52.000'inin öldüğünü, 275.000'inin hastaneye yattığını, ortalama %80'inin acil birimlere başvurduğunu ve en az 5.3 milyon kişinin de TBY nedeni ile yetersizlik deneyimlediğini belirtmektedir (43). Ülkemizde ise acil servis başvurularının %3-20'sini travma vakalarının oluşturduğu; kafa travması olgularının %30'unun hastaneye ulaşmadan ölümle sonuçlandığı ve yaralananların %20'sinin sekonder beyin hasarından (hipoksi, hipotansiyon, kanama, serebral ödem vb.) kaybedildiği bildirilmektedir (25, 32, 40, 44, 45).

İntrakraniyal kanama, ileri ya ş, anormal motor yanıt varlığı, pupil ışık reflekslerinin/göz hareketlerinin olmaması/bozulması, erken dönem hipotansiyon, hipoksemi, hiperkapni ve KİBA değerinin 20 mmHg'nın üzerinde olması TBY'lı bireyin prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir. Kafa travmasında primer hasar travmanın olduğu anda oluşan hasar, sekonder hasar ise primer hasardan sonra hipoksi, hiperkapni, hipotansiyon, kafa içi basıncının artması ve hiperglisemi gibi etmenlerin

zaman içinde oluşturduğu hasardır. Kafa travmalarında tedavi sekonder hasarı önlemeye yönelik olup, sekonder beyin hasarının önlenmesi morbidite ve mortaliteyi önemli derecede azaltmaktadır (2, 40).

Kafa travması gibi ciddi beyin hasarının olduğu durumlarda birey bilişsel, duyuşal, psiko-sosyal ve davranışsal birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (46). Kafa travması genellikle yaşam şeklinde değişimi gündeme getiren, kişisel olduğu kadar sosyal öneme de sahip bir sağlık sorunudur. Özellikle genç ve erişkinleri etkiler; üretim kaybı ile birlikte akut ve kronik tedavi giderleri ağır ekonomik kayıplara neden olur. Yaralanma sonucu kişi his, davranış, refleks kaybı gibi sorunların yanı sıra, beden imajı ve kendine güven ile ilgili problemler oluşabilmektedir (4, 42).

4.3. Beyin Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler

Beyin cerrahisinde çeşitli cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Frez deliği ya da Burr-Hole, kraniyotomi, kraniyektomi, kraniyoplasti ve mikro cerrahi yöntemi en sık kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır.

- **Frez Deliği ya da Burr-Hole:** Bu yöntemde, kafatası kemiğinden küçük bir alan özel bir matkap kullanılarak kalıcı olarak çıkartılır. Burr hole; ekstraserebral hematomların boşaltılması, biyopsi alınması ya da kraniyotomiye hazırlık için kullanılabilir. Kraniyotomi gerçekleştirileceği durumlarda delikler arasına özel bir testere sokulabilmesi için bir dizi burr hole açılır. Böylece kemik parçasının çıkarılması ya da flep oluşturulmasına olanak sağlanır (2, 23).
- **Kraniyotomi:** Kraniyotomi, tümör ve vasküler malformasyonların çıkarılması, ekstradural-subdural-intraserebral hematomların boşaltılması, anevrizma kliplenmesi ya da serebral hasar tamiri gibi nedenlerle intrakraniyal bölgeye ulaşmak amacıyla kafatasının cerrahi olarak açılmasıdır. Lezyon üzerindeki alanda bir kemik flepi oluşturulur. Oluşturulan flep serbest ya da osteoplastik flep olabilir. Serbest flepte kemik tamamen çıkartılır ve olgu tamamlanmadan önce geri yerleştirilmesi amacıyla saklanır. Kemik flepte ise, vaskülarizasyon sağlamak amacıyla kemik ve kas kafatasından ayrılmadan bırakılır (2, 45).
- **Kraniyektomi:** Kraniyektomi, kafatasının bir bölümünün çıkarılması ya da kemiğin tekrar yerine konulmadan tamamen kaldırılmasıdır. Bu girişimde dura

korunarak küçük kemik parçaları çıkarılır. Kraniyektomi dekompresyon, beyin dokularına olan basıncı önlemek ve kalan dokuların genişlemesi için yer kazanmak amacıyla uygulanır. Posterior fossa lezyonlarında rutin olarak kullanılır (2, 25, 47).

- **Kraniyoplasti:** Sınırların korunması ve bütünlüğünün sağlanması amacıyla kafatasının onarılması işlemidir. Bu işlem, sentetik materyallerle kafatasında yer alan kusurların kapatılması ya da orijinal kemik flebinin geri yerleştirilmesi aşamalarını içerir. Kraniyektomi sonrası oluşan boşluğun kapatılması ya da travma, enfeksiyon, gelişim anomalileri ve tümör erezyonları gibi kusurların kapatılması amacıyla uygulanır (2, 23).
- **Mikro Cerrahi:** Mikro cerrahi, küçük ve hassas dokuların büyütülmesini sağlayan mikroskop yardımıyla gerçekleştirilen her türlü cerrahi girişim olarak tanımlanır (2).

Yukarıda yer alan bu yöntemler öncelikle cerrahi girişim uygulanacak bölgeye göre değişebilmektedir. İnfratentoryal ve supratentoryal olmak üzere iki alanda cerrahi girişim uygulanmaktadır (2, 23, 45).

1. **İnfratentoryal Alan:** İnfratentoryal alan, tentoryumun altında ve posterior fossada yer alır. Beyin sapı (mezensfelon, pons, bulbus) ile serebellumu içerir. İnfratentoryal yaklaşım beyin sapı ve serebellum lezyonlarına erişim için kullanılır. Bazı durumlarda tentoryal sınıra yakın lokalizasyondaki temporal ve oksipital lob lezyonlarının eksizyonu da infratentoryal yaklaşımla gerçekleştirilebilir (2, 23).
2. **Supratentoryal Alan:** Supratentoryal alan tentoryumun üzerinde olup, serebral hemisferi içerir. Tentoryum serebelli serebral hemisferler, beyin sapı ve serebellumu ayıran çift katlı duramater yaprağıdır. Supratentoryal yaklaşım; frontal, parietal, temporal ve oksipital lob lezyonlarına erişim için uygulanır (2, 45).

4.4. Beyin Cerrahisi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı

Beyin cerrahisi sonrası diğer ameliyatlardan sonra görülebilecek komplikasyonlara ek olarak, hastalarda birçok komplikasyon görülebilmektedir. İntrakranial kanama, hipovolemik şok, kardiyak aritmiler, KİBA, serebral ödem, serebrospinal sıvı sızması, nörolojik bozukluk, elektrolit dengesizliği, solunum yollarına bağlı komplikasyonlar, gastrik ülser, kanama, hidrocefali, nöbetler, menenjit, yara enfeksiyonu, tromboflebit, diyabetes insipidus, baş ağrısı, bilinç düzeyinde değişiklikler, baş ağrısı, motor ve duysal bozukluklar, hipertermi, reflekslerde azalma, görme bozuklukları, konuşma kaybı, mental konfüzyon, korneal reflekslerde azalma, davranış değişiklikleri ve kişilik değişiklikleri bu komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Beyin cerrahisinin doğası gereği, bu komplikasyonlara bağlı olarak hastalar tamamen ya da kısmen bağımlı (bilinçsiz, guadrilejik, afazik vb.) hale gelebilirler (6, 21, 24-25, 48-51).

Bağımlı olan hasta bireyler diğer bireylere göre hemşirelik bakımına ve dolayısıyla hemşirelere daha çok ihtiyaç duyarlar. Bu bağlamda, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlarının bilinmesi, erken dönemde tespit edilmesi ve hastanın yaşamsal fonksiyonlarını olumsuz etkilemeden müdahale edilmesi beyin cerrahisi hemşiresinin önemli sorumluluklarındandır (49). Bunun yanında, hastalar için aile üyelerinin destek ve bakımı da önemli ve gereklidir. Beyin cerrahisi sonrasında farklı seviyelerde bağımlı duruma gelen bu bireylerin, hastanede bakıldığı dönemden başlayarak bireylerin evde bakıldığı döneme kadar bakım sürecinin her bölümünde bakım veren aile üyelerinin yakınlarının desteğine ihtiyaçları olmaktadır. Ailede, sürekli bakım ihtiyacı olan kişinin varlığı, özellikle hasta kişinin aile içindeki rolüne ve görevlerine bağlı olarak önemli problemler oluşturur. Bu durum, bireye bakım veren aile üyesine de fiziksel, sosyal, duygusal ya da maddi yönlerden sorumluluk yüklemektedir (14, 51, 52).

4.5. Bakım Kavramı

Barer ve arkadaşları bakımı, bir kez yardım etmekten, çok uzun bir sürede yardım etmeye kadar geniş bir sürede, aile desteğinden sağlık çalışanlarının yardıma kadar uzanan çok yönlü bir kavram olarak açıklamışlardır (53). Bakım, “bakım veren aile üyelerin yaptığı uygulamaların tamamı” olarak tanımlanmaktadır. Ev işlerini organize

etme, maddi, bireysel ya da tıbbi yardım bakım kavramı içinde yer almaktadır. Türkçe sözlükte “bakım” terimi, bakma işi; bir şeyin iyi olması, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını yerine getirme işi olarak tanımlanmaktadır (8, 54). Hızla gelişen sağlık alanında bakımın önemi gittikçe artmaktadır. Profesyonel hemşirelik bakımına gereksinim duyulan durumlarda, bakımın hastanın iyileşmesinde önemli katkılar sağladığı ve hasta memnuniyetini etkileyen en önemli etmen olduğu bilinmektedir (55). Ancak ülkemizde hastanelerde çalışan hemşire sayısının yetersiz olması, hastanelerde refakatçi kabulünü alımlı bir uygulama haline getirmiştir. Gelişmiş ülkelerden farklı olarak bu uygulama, hastaların psikolojik destek gereksinimlerinden çok tıbbi bakım ve hastane hizmetlerine yardım sağlama amacı gütmektedir (56). Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği’nde hastanın refakatçi bulundurma hakkı bulunmaktadır. Teşhis ve tedavi esnasında hastaya destek olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun bakılarak, tedaviden sorumlu olan doktorun gerekli görmesine bağlı olarak, hasta yakınının yanında (refakatçi) bulundurulması istenebilir (57).

4.5.1. Bakım Verme

Bakım verme, bakım verme görevlerini yerine getirme süreci olarak tanımlanmaktadır (11). Bakım sunma, bakım veren aile üyesi yönünden farklı hissedilen bir tecrübedir. Bakım verme, genellikle içtenlik ve sevginin artması, bakım verme tecrübesi sayesinde anlam bulma, bireysel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına neden olabilmektedir. Bakım veren aile üyelerinin hayatları yönünden bakıldığında fiziksel, psikolojik, sosyal ve maddi yönden zorluklar karşılaşabilmektedirler (10, 58-60).

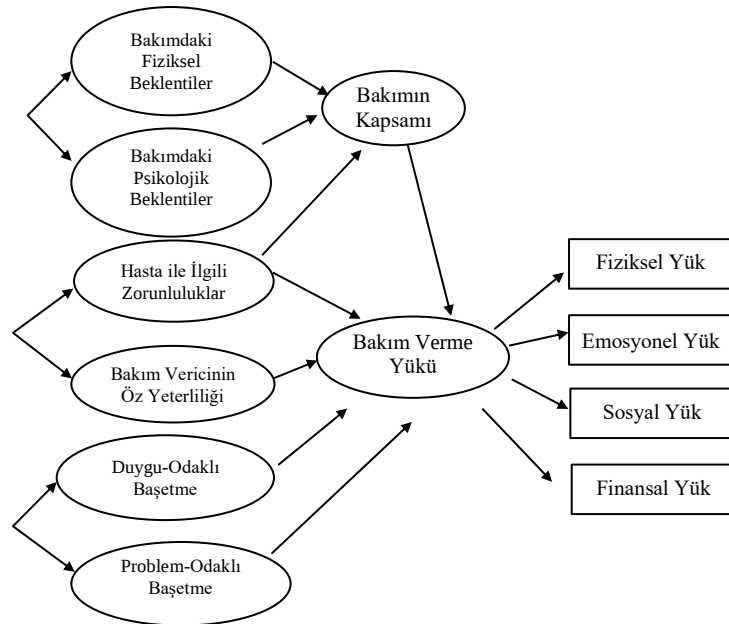
Bakım verme, bakım veren aile üyesine güçlükler getiren bir süreçtir. Hastayı destekleyen ve çoğunlukla bakımı sağlayan anahtar kişi “temel bakım veren” olarak tanımlanmaktadır (61). Bunu yanında, bakım sunma gibi önemli bir görevi yerine getirme ve sonuçlarına katlanmada etkili olan etmenler arasında, ebeveyle ve çocukları arasındaki ilişkide yardım ve destek beklentisinin tek taraflı olmaması, bakım veren aile üyelerini güdüleyen duygusal yakınlık veya bağlılık, empati kurma, sevmek gibi başkalarını düşünmeyi gerektiren nedenler, kişisel doyumunu artırmaktan daha çok

suçluluk duygusundan kurtulma isteği, bakım verenin değerleri ve inançları, yaşlı bireyden geçmişte aldığı destek ve yardımın geri ödenmesi ya da minnettarlık duygusu, bakım alanın hasta rolünde olması nedeniyle gereksinimlerini karşılayamaması, “aile dayanışması” ve “evlat olma sorumluluğu” gibi toplumsal değerlerin hissedilmesi yer almaktadır (62).

Hemşireliğin esaslı olan “bakım”, hasta ve hemşire arasındaki iletişime ve bakım verme sürecine bağlıdır. Bakım, yapılan her işlemde hastaya bilgi verilmesi, bireyselliğe önem verilmesi, bireyin yerine getiremediği gereksinimlerinin karşılanması, destek olunması, baş etmeye yardım edilmesi ve kişilerarası beceri gibi yönleri kapsamakta ve bu uygulamalar hemşireliğin sanat yönünü meydana getirmektedir (63).

4.5.2. Bakım Veren Yükü

Bakım yükü, bakım vericinin kronik hastalığı ya da yetersizliği olan hasta bireyle yaşıyor olması nedeniyle, kişiye bakım sunduğu zaman diliminde, güçlük yaşaması, kişinin baskı altında algılaması gibi karşılaştıkları zorluklar, problemler hastalığın bakım veren üzerindeki etkisini belirtmektedir. Bakım yükü, bakım verilen bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın seviyesi ile ilişkilidir. Bakım verilen bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın seviyesi ve bakım verilen bireyin bakımı için ayrılan zaman arttıkça bakım verenin yükü de artmaktadır (5, 14, 60, 64).



Şekil 1. Bakım Verici Yük Modeli (9)

Fiziksel ve duygusal etkiler “bakım yükü” olarak belirtilen sonucun meydana gelmesine neden olmaktadır. Bu konu ile ilgili literatürde “bakım yükü”, “bakım verenin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık sorunları, maddi ve sosyal sorunlar, aile ilişkilerinin kesintiye uğraması ve denetimin kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır” şeklinde tanımlanmaktadır. Birçok gereksinimi karşılanamayan ve yük yaşayan bir bakım veren, bakım verilen bireye bakım sunma faaliyetlerini yerine getirmekte zorluk çekmektedir (65-67). Chou’nun (9) geliştirdiği “Bakım Verici Yük Modeli’ne” göre bakım yükü, bakım verme sürecinde bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve maddi açıdan bir ya da daha fazlasında kendini çok fazla baskı altında hissettiği subjektif bir algıdır (Şekil 1). Bazı yazarlara göre “yük” kavramı, nesnel/objektif yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, aile rutinlerinin bozulması, fiziksel sorunlar, ailedeki gerginlikler, hastalığın neden olduğu aksaklıklar vb.) ve öznel/subjektif yük (hastayla ilgili fiziksel/duygusal sıkıntı ya da bakım verilen birey ile ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenebilmektedir (9, 68).

Yük kavramı Pinquart ve arkadaşlarına göre birbirinden ayrı düşünülemeyecek olan nesnel yük ve öznel yük olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Nesnel yük ile bakım veren aile üyelerinin, hastanın hastalığa bağlı yapmadığı günlük ihtiyaçlarında destek olma, ulaşım gibi zaman ayırmayı gerektirecek durumları, ekonomik kaybını, sosyal etkinliklerinin kısıtlanması; öznel yük ile hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi, üzüntü, kaygı, bitkinlik gibi emosyonel tepkiler anlatılmak istenmektedir. Bakım vermeyi gerektiren nedenlerin değişik özelliklerine bakıldığında bakım vermeyi gerektiren nedenlerin özelliklerinin ve bakım veren aile üyesinden kaynaklanan faktörlerin bakım veren yükü gelişiminde etkili oldukları görülmektedir (19).

Bakım yükünün artmasıyla, bakım sunan aile üyelerinin yaşam kaliteleri azalmaktadır. Yaşam kalitesi azalan aile üyeleri, hem kendi sağlıklarını hem de bakım verdikleri bireylerin sağlıklarını ihmal edebilmektedirler. Hastaya bakım veren bireyler kendilerini her yönden kısıtlanmış ve çaresiz hissedebilmekte, kendi gereksinimlerini karşılayamamakta sonuç olarak da yaşamdan aldıkları doyum azalmaktadır. Yaşam kalitesi azalmış bakım verenin hasta bakımı da olumsuz etkilenebilmektedir. Uygulanan tedavi sonucunda ortaya çıkan sorunlarla nasıl baş edeceğini bilemeyen bakım verenlerin, bakım yükü artarken yaşam kaliteleri de azalmaktadır (12).

Çoğunlukla ailede bakım vermenin kronik ve yoğun yapısı bakım veren aile üyelerinin hayatlarındaki (iş, aile hayatı, toplumsal yaşam gibi) farklı isteklerin neden olduğu anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren aile üyesinde yük algısına yol açabilmektedir (65). Bakım verme sebebiyle ortaya çıkan yük hastaya, aile üyesi ve sağlık bakım sistemi gibi hayatın farklı yerlerinde sorunlar meydana getirmektedir. Bakım veren aile üyelerinin toplumsal rolleri ile ilgili çatışma, evlilik içi ve aile ilişkilerinde gerginlik, sıkıntı, günlük aktivitelerinde kısıtlılıklar ve kendi fiziksel sağlıklarında bozulma, ekonomik problemler gibi farklı problemler oluşmaktadır. Aile üyesinin hayatı ve tecrübeleri, bununla birlikte yaşam standarttı etkilenmektedir (60).

4.5.3. Bakım Veren Yüğü ile İlgili Teoriler

Literatürde bakım verenin yüküne ilişkin birçok teori bulunmaktadır. Rol teorisi, stres uyum modeli ve aile sistemleri teorisi sıklıkla kullanılan teoriler arasında yer almaktadır.

4.5.3.1. Rol Teorisi

Rol, bir işte bir kimse ya da şeyin üstüne düşen görev anlamına gelmektedir (69). Toplumsal olarak benimsenmiş, geniş kapsamlı bir davranış modeli olan rol, kişiyi toplum içinde tarif etmeye ve konumlamayı sağlar. Bununla birlikte tekrarlayan durumların üstesinden gelmek ve diğer bireylerin rolleriyle ilişki kurmak için bir strateji yerine geçer. Roller, yapı ve sosyal etkileşimler ile kısmen, bireyin davranışlarını yönlendirir. Rol teorisi de davranışını değiştirmek için rolleri değiştirmek için gerekli olduğunu savunur (70). Buna göre, aile üyesinin bakım sunması sosyal bir roldür. Bireyin ve çevresindeki kişilerin, birbirinin beklentilerini karşılaması ve rolü tamamlaması gerekmektedir (18).

4.5.3.2. Stres Uyum Modeli

Stresler çoğunlukla bakım veren aile üyesinin adapte olması gereken çevre şartlarıdır ve sıklıkla bakılanın fiziksel, mental ya da fonksiyonel sağlık durumu olarak kullanılmaktadır. Stres iki şekilde oluşmaktadır. Doğrudan bakım sonucu oluşan streslere “primer stres” adı verilmektedir. Primer stresler objektif yük ya da bakım verenin iş yükü olarak bilinmekte ve bakım verenin hasta aile üyesinin fiziksel ve ruhsal iyiliğini arttırmak için kabul ettiği kişisel bakıma yardım etmek gibi aktivite ve sorumlulukları içermektedir. İş ya da aile rollerine bağlı oluşan streslere ise “sekonder

stres” adı verilmektedir. Bakım streslerinin etkisini primer stres kaynakları, baş etme yöntemleri ve sosyal destek sistemleri değiştirebilmektedir. Bakım verenin daha iyi olması, primer streslerin daha önceden tahmin edilmesi, yüksek sosyal destek alınması, kaçma ya da duygusal odaklı baş etmeden çok sorun odaklı baş etmeyle karakterize baş etme yanıtları stresin etkisini azaltmaktadır (18).

4.5.3.3. Aile Sistemleri Teorisi

Ülkemizde hasta olan aile üyesine bakım çoğunlukla bakım veren aile üyerce sağlanmakta ve aile üyelerince görev olarak algılanmaktadır. Bakım veren birey olma seçilemez ve planlanamaz bir durum ve bu duruma adapte olma, durum meydana geldikten sonra gerçekleşmektedir (65).

“Aile sistemleri teorisine” göre, ailede bir hastalık baş gösterdiğinde etkisini yalnızca hasta birey üzerinden göstermez; bu etki tüm aile sistemleri üzerine yansır. Ailelerin hastalar için pasif bir sığınak gibi değil hastalık krizini aynı anda yaşayan bir insan birliği olarak görülmesi gerektiği öne sürülmektedir (71). Bakım veren aile üyeleri bir yandan değer verdikleri bireyi yavaş yavaş kaybederler ve bunun üzüntüsünü yaşarlarken diğer yandan da üstlendikleri bakım verme sürecinin güçlüğü altında ezilirler (67).

4.5.4. Bakım Sürecinin Bakım Veren Üzerindeki Etkileri

Larsen (1998) ve Bonel (1996) bakım verenleri “gizli hastalar ve risk altındaki topluluklar” olduğunu bildirmişlerdir. Bakım verme süreci hem bakım verilen hasta aile üyesi hem de hastasının ihtiyaçlarını gideren bakım veren aile üyesi için güç bir süreçtir (14, 72).

Bakım veren aile üyesinin yaşadığı zorluk algısı, verdiği bakımın kendi yaşamını etkilenmesi olarak tanımlanabilir. Bu algı, diğer aile üyeleri ya da sağlık çalışanlarının algısından oldukça değişiktir. Bakım verme, bakım veren aile üyesinin sağlığını ve iyilik durumunu olumsuz etkileyebilir. Bakım verilen aile üyesinin asla bitmeyen ihtiyaçları sebebiyle yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel sorunlar görülebilir (73). Bakım veren aile üyeleri bakım vermeye en uygun kişi olduklarından değil, çoğunlukla duygusal ve maddi sebeplerden nedeniyle bakım vermeyi yerine getirmektedir. Bakım verme çoğunlukla duygusal bir bağ ile yapılabilen davranış olarak meydana gelmektedir (74).

Beyin ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde, belirli bir süre aktivitelerinin kısıtlanması ve uzun dönem bakıma gereksinimleri olması hastaların hastanedeki bakımlarına aile bireylerinin katılım ve desteğini gerektirmektedir. Ancak bu durum, hasta bireye bakım veren aile üyelerinin günlük aktivitelerinde ve sosyal yaşamlarında kısıtlamalara, diğer aile üyelerine ayırdığı zamanın azalmasına ve ekonomik güçlüklerin yaşanmasına neden olmaktadır. Buna ek olarak, bu süreçte bakım veren aile üyelerinin yaşadığı toplumsal çevreden uzaklaşması, diğer sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşaması, hastanın yaşadığı belirtilerin yoğunluğu ve ekonomik problemler hastalara bakım veren aile üyelerinde bakım yükünü artırabilmektedir (13).

Ailenin bakım verme sorumlulukları arttıkça bakım verme-bakım alma ilişkisi daha çok bakım veren aile üyesinin hayatını bunaltabilecek tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönem güçlüğü dönüşmesine sebep olur. Çoğunlukla, ailede bakım vermenin kronik ve yoğun yapısı bakım veren aile üyelerinin hayatlarındaki (iş, aile hayatı ve toplumsal yaşam vb.) farklı isteklerden kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince “bakıcı yükü” olarak tanımlanan dengesizlik durumuna yol açar (75).

Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin bakım verme sorumlulukları nedeni ile sağlıklarının olumsuz etkilendiği, bireysel sorumluluklarını yerine getiremedikleri, çalışma hayatında, aile ilişkilerinde, evlilik yaşamında sorun yaşadıkları belirtilmiş, bakım verme yükünün yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte tedavi süreci boyunca bakım veren aile üyelerinin anksiyete, depresyon, yorgunluk, sosyal izolasyon, aile ilişkilerinin kesintiye uğraması ve ekonomik problemler yaşadıkları görülmektedir. Bu sorunların yanı sıra, bakım verenlerin aşırı ilaç kullanmaları, fiziksel sağlıklarını olumsuz olarak algılamaları ve yaşam kalitelerinin bozulması nedeniyle sorumluluklarını yerine getirirken güçlükler yaşadıkları belirtilmektedir (Tablo 1). Yaşam kaliteleri bozulan bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sıkıntılar, tedavi alan bireylerin hastalığına uyum sağlamalarını güçleştirmektedir (72, 76, 77).

Tablo 1. Bakım Veren Bireylerde Bakım Verme Nedeniyle Ortaya Çıkan Bulgular (72)

Fiziksel bulgular	Emosyonel bulgular
Hazımsızlık	Huzursuzluk
İştahta değişim	Uykusuzluk
Düzensiz yemek yeme	Benlik saygısında azalma
Baş ağrısı	Sosyal izolasyon
Kronik yorgunluk	İğneleyici davranışlar
Vücut ağırlığında artış ya da azalma	Alkol ve ilaç kullanımında artış
Kas ağrısı	
Giyim ve kuşamda dağınıklık	
Konsantrasyon güçlüğü	

Yapılan bir çalışmada bakım yükü yüksek olan bireylerde yaşam kalitesi, özsaygı ve benlik algısının düşük olduğu bulunmuştur. Buna bağlı olarak da bu bireylerde emosyonel sorunlar, öz bakım eksikliği, anksiyete, depresyon ve iletişim yetersizliği tespit edilmiştir (78). Bakım veren aile üyelerinin yarıdan fazlası bakım verme nedeniyle kendilerine ayıracak zamanları olmadığını, kendilerini yorgun hissettiklerini, hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını ve maddi güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (19). Konuyla ilgili başka bir çalışmada da, bakım veren aile üyeleri arasında kadınların daha fazla sorumluluk aldıkları ve kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. (11).

4.5.4.1. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri

Dünyada genelde her toplumda aile, genellikle bakım verme rolünde her zaman en önemli sorumluluğu almıştır ve almaya devam etmektedir. Bu durum, yaşlı bireylerin bakımı kadar, uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklara sahip hastaların bakımı için de geçerlidir. Fakat bakım vermenin zorluklarını aileler tek başlarına üstlenememektedir. Farklı toplumsal, maddi, demografik ve epidemiyolojik etmenler (göç, kırsal ve kentsel sosyal çevrelerin değişimi, yoksulluk, aile üyelerinin yaşlı veya hasta olması vb.) sebebiyle, aile kaynakları azalmaktadır. Bunlardan başka, aile içinde bakım verme rolünü üstlenenler, çoğunlukla karmaşık bakım hizmetini yürütebilmek için rehberliğe, desteğe ve beceriye ihtiyaç duymaktadırlar (79).

Yapılan çalışmalar bireylere aile üyeleri tarafından bakım verilmesinin, fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamasına karşın bakım

verenlerin fiziksel yorgunlukların yanında, ruhsal sıkıntı, fiziksel sağlık sorunları, maddi sorunlar, toplumsal sorunlar, aile ilişkilerinin kesintiye uğraması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi öznel ve nesnel olumsuzluklar yaşadıklarını göstermektedir. Özellikle bakım verenin ileri yaşta olması, iş durumu ve sosyal destek azlığının bu sorunları arttırabileceği vurgulanmaktadır. Bakım veren kişi sosyal, mesleki ve kişisel rollerini yerine getirmekte zorlanmaktadır. Bu kişilerin beden ve ruh sağlığını etkilemekte ve kişilerde depresyon, bağışıklık sistemi zayıflaması ve yüksek kan basıncı da dahil olmak üzere birçok sağlık sorununa neden olmaktadır (79, 80).

Literatürde bakım veren aile üyesinin hastasına vereceği bakım konusunda bilgiye ihtiyacı olduğu bildirilmiştir. Bu ihtiyaç hastalığa ilişkin bilgi, fiziksel bakım, hastasını rahatlatma, beklenen semptomların ne olduğu, neden meydana geldiği ve nasıl kontrol altına alınacağı, tedavide nelerin olduğu, ilerleyen zamanlarda ne olacağı, hastanın duygusal tepkileri, ev işleri, sosyal ve finansal kaynaklar gibi pek çok konuyu kapsayabilmektedir. Bununla birlikte bakım verenin hastanın taşınması, hastalık sürecinin izlemi ve oluşan semptomların rapor edilmesi, kişisel bakımının (banyo, yürüme, giyinme vb.), beslenmenin ve koordinasyonun (randevu alma, doktoru arama vb.) sağlanması ve mali desteğin verilmesi konularını nasıl yapılacağına ve kontrol edeceğine yönelik yardım gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (81).

Özer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastalar bakım veren aile üyelerinin yorduklarını, onlarında hasta olmasından endişe duyduklarını, maddi sıkıntı verdiklerini ve günlük planlarını bozduklarını düşünerek kendilerini bakım veren yakınları için yük olarak gördüklerini belirtmişlerdir (82).

Hasta olduklarında bakım veren aile üyeleri rutin işi bırakmak veya maddi kazanç sağladığı işten ayrılmak durumunda kalabilmektedir. İleriye dönük planlarını tekrar gözden geçirmeleri gerekebilmektedir. Ailede kronik hastalık sebebiyle yaşanan duygusal güçlükler, fiziksel gerilemeler, belirsizlik durumları, hastayı kaybetme korkusu, ailede rollerin ve süre giden yaşam biçiminde değişiklikler, maddi güçlükler, kaynak ve hizmetlerin yetersizliği, temel gereksinimlerin beklenen düzeyde karşılanamaması gibi durumlar aile bireylerinin desteğe gereksinim olduğunu göstermektedir (83, 84). Bakım verenler psikososyal yönden ele alınıp, problem çözme becerileri ve stres ile başa çıkma yetilerini geliştirmeye destek olunduğunda, yaşam

kalitesinin olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir. Ayrıca sürekli destek verilmesi, bakım verenlerde oluşabilecek minör sağlık sorunlarının majör sağlık krizlerine dönüşmeden engelleneceğine de inanılmaktadır (85).

4.5.4.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Etmenler

Bakım yükü veya kapsamlı bir deneyimle bakım verme sürecinin meydana getirdiği olumsuz etkiler bireylerden bireylere ve toplumlardan toplumlara farklılık oluşturmaktadır. Bazı faktörler bu etkileri değiştirmekte, arttırmakta ya da azaltmaktadır (86).

Bakım verenler hastaya bakım vermenin yanında, çeşitli güçlüklerle de karşı karşıya kalırlar. Yapılan çalışmalarda, nörolojik olarak fiziksel yetersizliği yüksek ve beyin hasarı olan ya da beyin tümörlü hastalarda bulantı/kusma, uyku hali, kan basıncı değişikliği, konvülsiyon, baş ağrısı gibi fizyolojik semptomlar ve fiziksel yetersizlikler arttıkça, aile bireylerinin bakım yükünün de arttığı bulunmuştur. Ayrıca ailelerin sosyal desteklerinin yetersiz olmasının da bakım yükü üzerinde olumsuz etki yarattığı saptanmıştır (15, 16, 87).

Bakım veren aile üyesinin yüküne etki eden etmenler, bakım sunan ve bakım verilen bireye ilişkin etmenler şeklinde iki bölümde incelenebilir. Bakım verenin yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti, hastaya olan yakınlığı, bakım vermeye gönüllü olup olmaması, eğitim durumu, ekonomik yapısı, hastalığının olup olmaması, baş etme yetenekleri, inançları, sosyal desteği, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri bakım verene ilişkin etmenler arasında yer alır (19). Bakım yükünü etkileyen etmenler ise bakım verenin ve hasta bireyin kişisel özellikleri, hasta bireyin ek hastalının olması, hasta birey ile aynı evi paylaşma durumu, hastanın hafıza ve mobilite sorunu olma durumu, bakım verme süresi, birden fazla kişiye bakım verme durumu, bakım veren kişinin sağlık sorunu olması, hastanın bakım verene günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu, bakımda yardımcı bireyin olma durumu, bakım verenin ekonomik durumu ve bakım verende oluşan rol değişikliği etkilemektedir (11, 88).

Bakım yükünü etkileyen tüm bu durumların yanında aile üyelerinin bakım verilen birey ile ilişkisi, duygusal bağları, duyguların karşılıklı paylaşımı, sorumlulukların paylaşımı, başa çıkma stratejileri, kişilerarası ilişkileri ve sorun çözme yetenekleri gibi faktörler de bakım yükünü etkilemektedir (88).

4.5.5. Bakım Verenlerin Yükünü Azaltıcı Girişimler

Bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ve gerekli profesyonel desteğin sağlanması için hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu bağlamda, primer bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorluklar ile bakım yükünün değerlendirme araçları kullanılarak somutlaştırılması ve gereken hemşirelik girişimlerinin uygulanması için, belirli zamanlarda veri toplamaya devam edilmesi gerekmektedir. Hemşireler, bakım veren aile üyesinin üstlendiği sorumluluklardan dolayı yıpranmasını azaltmak için bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı ve destek etmenlerini meydana çıkarmalı ve bakım sürecinin planlanmasına yardımcı olmalıdır. Hemşire aile üyeleri ile bakım verme yükünün paylaşılması ve aile içinde her bireye bakımla ilgili eşit sorumluluk verilmesini, bakım verenlerin duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilecekleri güven ortamını sağlamalıdır (6, 84, 89).

Honea ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan kapsamlı literatür incelemesine göre, bakım verenin yaşadığı yükü azaltmak için yapılması gerekenler dokuz grupta sınıflandırılmıştır. Bu girişimler;

1. *Psikoeğitimsel girişim*; bakım verenler için bilginin yapılandırılıp programlanmasıdır. Bir psikoeğitimsel girişim hastanın hastalık süreci hakkında bilgi veren ya da bakıcılara yardımcı olabilecek mevcut kaynakları, hizmet ya da eğitimi tanımlamaktadır. Bazı psikoeğitimsel uygulamalar bireysel ve gruplar için uygulanmaktadır. Belirtilerin yönetiminin öğretimi, psikososyal konuların tartışılması, kaynakların tanımlanması, hizmet koordinasyonunun tartışılması ve bakım veren aile üyelerinin kendilerine nasıl bakacaklarının öğretilmesini kapsamaktadır.
2. *Destekleyici Girişim*: Bakım veren aile üyelerinin kişisel ve grup içerisinde, bakım sunma konusundaki duyguları, kolaylıklarının ve güçlüklerinin tartışılması üzerine odaklanmıştır.
3. *Psikoterapi Girişimi*: Bakım veren ve eğitimli profesyoneller arasında terapötik ilişkinin geliştirilmesinde bakım verenin yaklaşımlarının kolaylaştırılması amacıyla kullanılmaktadır. Profesyonel terapistler, bakım verenin kişisel distressinin yönetimi için stratejiler belirlemektedir.

4. *Bilişsel Davranışlar Girişimi*: olumsuz düşünceler ya da yaklaşımların tartışılması, problem çözme yeteneğinin geliştirilmesi, zaman yönetimi, iş yükü artışı ya da emosyonel yönetim gibi konuları içermektedir.
5. *Masaj*: Yoğurma gibi değişik el hareketleriyle bedenin yumuşak dokularında gevşemeyi ve rahatlamayı sağlamaktadır.
6. *Terapötik Dokunma*: Sertifikalı terapistler noninvaziv yöntemler ile ellerini kullanarak enerjiyi dengelemektedir. Bu yolla, bakım verenin depresyon ve anksiyete puanlarını önemli ölçüde azalmasını da sağlamaktadır.
7. *Multikomponent Girişim*: Farmakolojik olmayan eğitimsel, destekleyici, psikoterapi ve dinleme gibi çeşitli kombinasyonları içermektedir.
8. *Günlük Erişkin Bakımı*: Bakım verene zaman tanıyacak şekilde günlük yaşam aktiviteleri, denetleme ya da hemşire bakımını sağlama girişimlerini içermektedir.
9. *Bakım Alıcının Yeterliliğini Geliştirme*: Hastaya yönelik girişimlerin planlandığı ve günlük yeterliliğini arttırmaya yönelik terapi programlarını içermektedir (90).

Bakım verenlerin yükünü azaltmada, hemşirenin yöneltile soruları cevaplaması, umut vermesi ve aile üyelerini dinlemesi pozitif ilişkiler geliştirerek aile üyelerinin hasta bireyin bakımına destek vermelerini sağlaması aileye güven duygusu vermektedir. Literatürde, aile üyelerinin veya hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanmasının, hastanın tedavisi sürecine pozitif etki yaptığı bildirilmektedir (91). Bakım veren aile üyelerinin yaşantılarının bilinmesi zorluk yaşama yönünden risk altında olan kişilerin belirlenmesi, yardım edecek olan gruplarının bu niteliklere göre oluşturulması, verilecek hizmetin planlanmasında kaynakların saptanması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının yapılması yönünden önemlidir (92). Ayrıca literatürde bakım vermeyle ilgili olumlu duyguların bakım vermeye bağlı stres deneyimini azalttığı, memnuniyet, özsaygıda artma, sorumlulukları yerine getirme ve etkin baş etme yöntemleri geliştirmede yardımcı olduğu ifade edilmektedir (93).

4.5.6. Bakım Verme Yükünü Azaltmada Hemşirenin Sorumlulukları

Hemşireler birey, aile ve topluma kişiler arası bir süreç içinde, sağlığı geliştirici, hastalıkları önleyici, yaşam deneyimleri sağlamada ve hem hasta bireyin hem de yakınlarının kendi potansiyellerini arttırmada yardımcı olmaktadır (94). Hemşirelerin aile üyelerine yardımcı olabilmesi için öncelikle gerekli olan verileri toplamalı girişimleri planlayabilmesi ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi için öncelikle bakım yükünü saptayabilmeleri gerekmektedir (95). Bu bağlamda, hemşirenin bakım verenlerin hangi boyutlarda yük yaşadıklarının belirlemesi hemşireler tarafından aile üyelerine yönelik gerekli girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır (18).

Bakım ihtiyaçlarının arttığı bir durumda hemşire bakım sunma görevini yerine getirirken kişiyi bütüncül olarak değerlendirmelidir. Bakım verenin yükünü belirlemeli ve bu yükü etkileyen durumlara ilişkin girişimlerde bulunmalıdır bakım veren aile üyesine yardım etmek bakım veren bireyin profesyonel sorumluluklarındandır (81).

Hemşireler zorluklarla dolu bakım verme yaşantısında, bakım verenlerin ihtiyacı olan yardım ve eğitim hizmetlerinde danışmanlık yapabilir ve sunacakları bakım ile ailenin çabasını destekleyerek onlara faydalı olabilirler. Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık ve bağımsızlık durumunun, bakım verenlerde oluşturduğu bakım yükü ile ilişkisinin ortaya konulması, planlanacak hizmetlerinin somutlaştırılmasına katkı sağlayacak bir bilgi oluşturabilir (64).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanede bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükünün belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırmanın veri toplama aşaması, 01.07.2016-30.12.2016 tarihleri arasında Trabzon İl merkezinde bulunan KTÜ Farabi Hastanesi beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde gerçekleştirildi. KTÜ Farabi Hastanesi Kliniği beyin ve sinir cerrahisi kliniği 68 yatak kapasiteli olup 15 beyin ve sinir cerrahisi ve 20 hemşire çalışmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmada örneklem sayısı Openepi programına göre hesaplandı (96). Programda elde edilen örneklem sayısına ulaşılan kadar araştırma sürdürüldü. Araştırma 10.08.2016-10.02.2017 tarihleri arasında toplam altı aylık dönemde yapıldı. Araştırmanın evrenini ve örneklemi Trabzon İl merkezi içinde yer alan Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi beyin cerrahisi kliniklerinde beyin ameliyatı geçiren, araştırmaya katılmaya gönüllü ve kabul ölçütlerini taşıyan 102 hastanın aile üyesi oluşturdu.

Toplamda 110 hastanın aile üyesine ulaşıldı. sekiz hastanın aile üyesi çalışmaya katılmayı reddettiği için toplam 102 aile üyesi araştırma kapsamına alındı. Çalışmaya katılım oranı %92.7 idi.

Örnekleme kabul edilme ölçütleri;

1. Araştırmaya katılmak için gönüllü olması,
2. 18 yaş ve üzerinde olması,
3. Hastanın beyin ameliyatı (Anevrizma, beyin kanaması, beyin tümörü, kafa travması nedeni ile) geçirmiş olması,
4. Hastanın yakını olması,
5. En az hastanede 48 saat hasta yanında refakat etmesi,
6. Refakat ettiği hastanın 18 yaş ve üzeri olması,
7. Konuşma ve işitme sorununun olmaması,
8. Türkçe konuşabilmesi ve anlayabilmesi.

Araştırmaya kabul edilmeme ölçütleri;

1. Hastanın sinir cerrahisi (lomber ya da diğer disk herniasyonu, spinal dar kanal vb. nedeni ile) geçirmesi,
2. Refakatçinin hastanın yakını olmaması (ücretli hasta bakıcı olması vb.).

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından literatür ve gözlemlere dayanılarak geliştirilen “Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 1)”, “Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 2)” “Kliniğe Uyarlanmış Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (Ek 3)” ve “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Ek 4)” kullanılarak toplandı.

5.4.1. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu, bakım verenlerin sorumluluğunu üstlendiği hastaların özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, sosyal güvence, çalışma durumu, ameliyat olduğu hastalığı dışında herhangi bir hastalık/sağlık sorunu varlığı, uygulanan ameliyat, hastanede yattığı süre) belirlemeyi içeren on soru yer almaktadır (Ek 1).

5.4.2. Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form, toplam 19 soru ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hastaların aile üyelerinin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, meslek, aylık gelir düzeyi, eve giren toplam gelir, sosyal güvence, aile tipi, çalışma durumu, hasta ile yakınlık derecesi) içeren 11 soru yer almaktadır.

İkinci bölümde, hastaların aile üyelerinin bakım vermeye ilişkin bilgilerini (hasta bakımıyla ilgilenme süresi, hastaneye gidip gelme süresi, hastanede bakım verme süresi, evde bakmakla yükümlü olduğu kişiler, bakım verirken aile üyelerinden destek alma, verilen desteğin türü, hastanede yaşanan sorunlar) içeren sekiz soru bulunmaktadır (Ek 2).

5.4.3. Kliniğe Uyarlanmış Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı (KUZBYÖ)

Bakım Yüğü Ölçeğı Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım ihtiyacı olan kişiye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım veren aile üyelerinin kendisi veya araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım veren aile üyesinin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen ifadeler yer almaktadır. (97).

Bakım yüğü ölçeğı Özer ve arkadaşları tarafından (2012) Türkçeye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek hiçbir zaman (0), nadiren (1), bazen (2), sık sık (3), ya da hemen her zaman(4) olmak üzere “0” dan “4” e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yöneliktir. Toplam puan tüm maddeleri toplayarak elde edilir. 0’dan 88’e kadar değişiklik gösterebilir. Toplam puan ne kadar fazlaysa, yük de o kadar fazladır. 0 ile 20 puan aralığında olması az veya hiç yükün olmamasını, 21 ile 41 puan aralığında olması aralığını hafif ve orta derece yüğü, 41 ile 60 puan aralığında olması ileri derecede yüğü ifade eder. Özer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı Cronbach Alfası 0.82 olarak belirlenmiştir (83) (Ek 3).

5.4.4. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAİ)

Barthel ve Mahoney tarafından 1965 yılında geliştirilmiş bu indeks, bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesini belirlemek amacıyla kullanılmıştır (98). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Beslenme, tekerlekli sandalyeden yatağı geçiş ve dönüş, kendine bakım, banyo, yürüme, merdiven inip çıkma, giyinme, mesane ve barsak kontinansını değerlendiren maddelerden oluşmaktadır. İndeksten en düşük “0” ve en yüksek “100” puan alınmaktadır. 0-20 puan tamamen bağımlılığı, 21-61 puan ileri derecede bağımlılığı, 62-90 puan orta derecede bağımlılığı ve 100 puan bağımsızlığı açıklamaktadır (99)(Ek 4).

5.5. Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama aracının işlerliğini saptamak amacıyla Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Tanıtıcı Özellikler formunun ön uygulaması örneklem ölçütlerine uygun olan on hastanın aile üyesi ile gerçekleştirildi. Ön uygulama sonrası formda gerekli

düzenlemeler yapıldı. Ön uygulamada alınan hastaların aile üyeleri çalışma kapsamına alınmadı.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma kapsamına alınan hastaların aile üyelerine araştırmayla ilgili açıklayıcı bilgi verilerek “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” alındı. Daha sonra hasta ve aile üyeleri için tanıtıcı özellikler formu, KUZBYÖ ve BGYAİ dolduruldu. Sorular araştırmacı tarafında bakım veren aile üyelerine özel bir odada sorulmuş ve formlar doldurulması yaklaşık 20-30 dakikada sürmüştür.

5.7. Araştırmanın Sınırlıkları

Araştırmanın Trabzon İl merkezinde yer alan bir üniversite hastanesinin beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde beyin ameliyatı geçiren hastaların araştırmaya katılmayı kabul eden aile üyeleriyle yapılması nedeniyle, sonuçlar yalnızca araştırmanın yürütüldüğü bu kliniğe genellenebilir. Bu nedenle tüm beyin ameliyatı geçirmiş hastaların aile üyelerine genellenemez.

5.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan 29.07.2016 tarihinde etik kurul izni (Sayı: 24237859-450) alındı. Araştırmaya katılacak bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları ve kendileriyle ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıldı ve bilgilendirilmiş yazılı onamları alındı (Ek 5). Karadeniz Teknik Farabi Hastanesi Başhekimliğ’in’den 09.08.2016 tarihinde yazılı izin alındı (Ek 6).

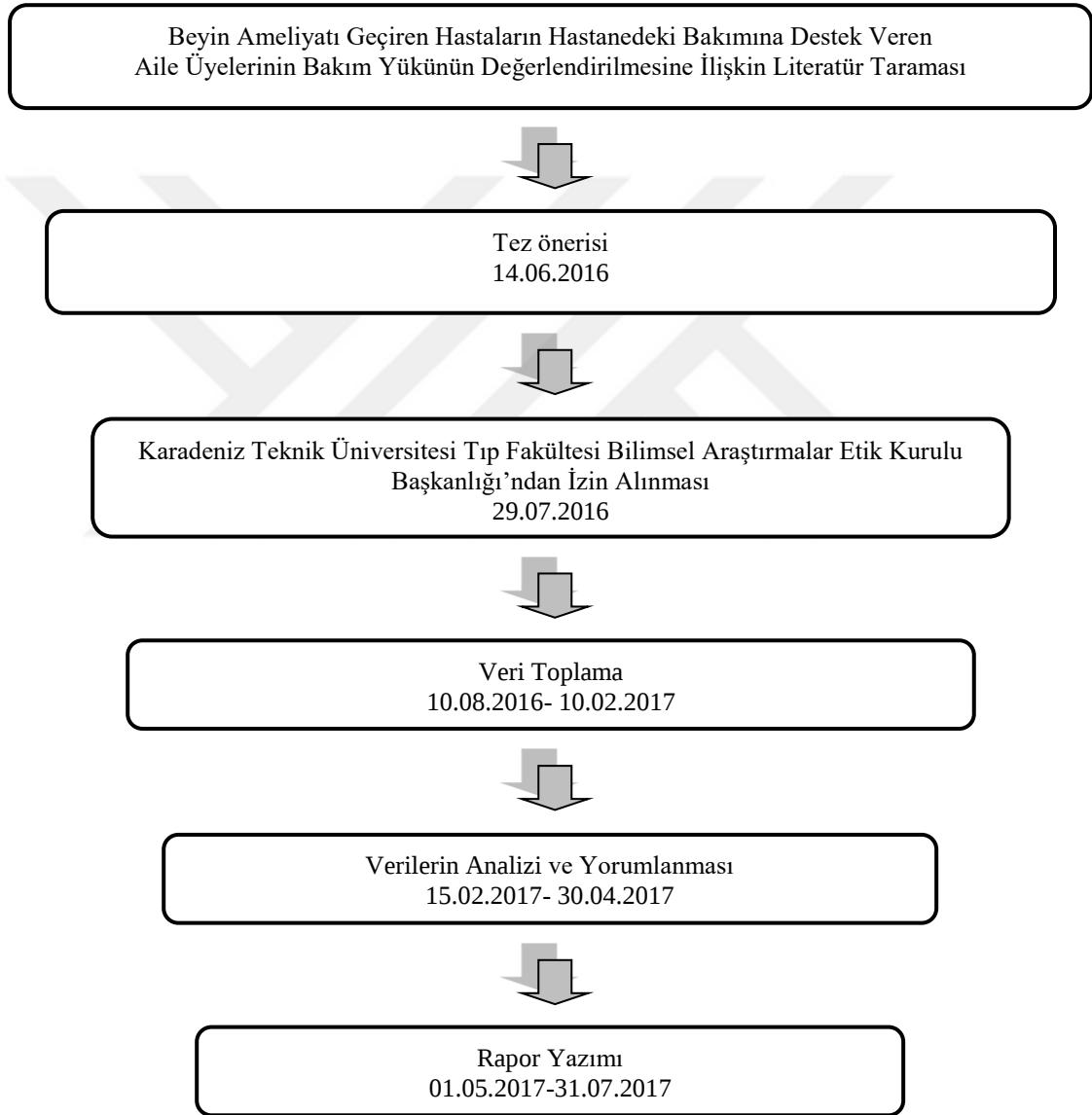
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 18.0 (Statistical Package for The Social Sciences) paket programıyla analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak ifade edildi. İncelenen değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu One-Sample Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymayan iki bağımsız grup için karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup için karşılaştırmalar Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanarak yapıldı. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar Ki kare analizi ile incelendi. Kullanılan iki

ölçek arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon Analizi ve Doğrusal Regresyon Analizi kullanıldı. Tüm analizlerde $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

5.10. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2. Araştırma Planı

6. BULGULAR

Beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanede bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükünün belirlenmesi amacıyla, araştırma kapsamına alınan 102 aile üyesi ile yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular yedi başlık altında ele alındı.

1. Beyin ameliyatı geçiren hastaların ve hastanede bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguları
2. Beyin ameliyatı geçiren hastaların aile üyelerinin bakım verme sürecine ilişkin bulguları
3. Beyin ameliyatı geçiren hastaların “BGYAI” ve bakım veren aile üyelerinin “KUZYBYÖ” puan ortalamalarına ilişkin bulguları
4. Beyin ameliyatı geçiren hastalara ilişkin sosyodemografik bilgilere göre “BGYAI” puan ortalamaları ve bağımlılık düzeylerine ilişkin bulguları
5. Beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerine ilişkin tanıtıcı bilgilere göre “KUZYBYÖ” puan ortalamaları ve bakım yükü düzeylerine ilişkin bulguları
6. Beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin bakım vermeyle ilgili bilgilerine göre “KUZYBYÖ” puan ortalamalarına ilişkin bulguları
7. “BGYAI” puan ortalaması ile “KUZYBYÖ” puan ortalaması arasındaki ilişkiye ait bulgular

Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların ve Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 2. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara İlişkin Sosyodemografik Özellikler (n=102)

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Yaş		
19 – 36 yaş	21	20.6
37 – 54 yaş	13	12.7
55 yaş ve üzeri	68	66.7
Cinsiyet		
Kadın	37	36.3
Erkek	65	63.7
Medeni Durumu		
Evli	76	74.5
Bekar	26	25.5
Eğitim Durumu		
İlköğretim	73	71.6
Lise	10	9.8
Yüksekokul/ Üniversite	19	18.6
Aylık Gelir Düzeyi		
İyi	8	7.8
Orta	78	76.5
Düşük	16	15.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	22	21.6
Çalışmıyor	80	78.4
Mevcut Hastalığı Dışında Sağlık Sorunu Olma Durumu*		
Evet	51	50.0
Hayır	51	50.0
Ameliyatın Uygulanma Nedeni		
İntrakranial kitle	65	63.8
Subaraknoid kanama	23	22.5
Serebral anevrizma rüptürü	14	13.7
Hastanede Yatış Süresi	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min - max)
	8.0 ± 9.1	5 (2 - 75)

* Hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, epilepsi, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Alzheimer, böbrek yetmezliği, görme engeli

Tablo 2’de beyin ameliyatı geçiren hastalara ilişkin sosyodemografik özellikler yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %66.7’sinin 55 yaş ve üzerinde, %63.7’sinin erkek ve %74.5’inin evli olduğu belirlendi. Hastaların %71.6’nın ilköğretim mezunu, %76.5’nin orta gelir düzeyine sahip ve %78.4’nün çalışmadığı ve

tamamının sosyal güvenceye sahip olduğu saptandı. Hastaların %63.8'ine intrakranial kitle nedeni ile ameliyat uygulandığı, %50'sinde ameliyat olduğu hastalık dışında en az bir hastalığın bulunduğu ve hastanede ortalama 8.0 ± 9.1 gündür yattığı saptandı.

Tablo 3. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanede Bakımına Destek Veren Aile Üyelerine İlişkin Sosyodemografik Özellikler (n=102)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
19 - 36 yaş	41	40.2
37 - 54 yaş	36	35.3
55 yaş ve üzeri	25	24.5
Cinsiyeti		
Kadın	70	68.6
Erkek	32	31.4
Medeni Durum		
Evli	82	80.4
Bekar	20	19.6
Eğitim Durumu		
İlköğretim	58	56.8
Lise	22	21.6
Yüksekokul	22	21.6
Yaşanılan Yer		
İl	60	58.9
İlçe	34	33.3
Köy	8	7.8
Aylık Gelir Düzeyi		
İyi	7	6.9
Orta	85	83.3
Düşük	10	9.8
Aile Türü		
Çekirdek	77	75.5
Geniş	25	24.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	37	36.3
Çalışmıyor	65	63.7
Hasta ile Yakınlık Derecesi*		
1.Derece akraba	93	91.2
2.Derece akraba	9	8.8
Sağlık Sorunu Olma Durumu**		
Evet	28	27.5
Hayır	74	72.5

*1. Derece akraba; anne, baba, kardeş, abi, dayı, teyze, kuzen

2. Derece akraba; gelin, damat, elti, görümce

**Hipertansiyon, astım, diyabet, depresyon, koroner arter hastalığı, osteoporoz

Tablo 3’de beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanede bakımına destek veren aile üyelerine ilişkin sosyodemografik özelliklere yer verildi. Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin %40.2’sinin 19-36 yaş arasında, %68.6’sının kadın ve %80.4’ünün evli olduğu belirlendi. Bakım vericilerin %56.8’i ilköğretim mezunu, %58.9’u il merkezinde yaşamakta ve %75.5’i çekirdek aileye sahipti. Katılımcıların %83.3’ünün orta gelir düzeyine sahip olduğu, %63.7’sinin çalışmadığı ve tamamının sosyal güvencesinin olduğu tespit edildi. Bakım vericilerin %91.2’si hastanın birinci derece yakını ve %27.5’i kronik bir hastalığa sahiptir.



Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine İlişkin Bulguları

Tablo 4. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaya Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine İlişkin özellikler (n=102)

Bakım Verme Sürecine İlişkin Özellikler	n	%
Hasta Bakımı ile İlgilenme Süresi		
30 günden az	48	47.1
31-180 gün arası	19	18.6
181 günden fazla	35	34.3
Hastanede Kalma Sıklığı		
Sürekli	75	73.5
Ara sıra	27	26.5
Hastaya Bakım Verme Süresi		
8 saatten az	13	12.7
8-16 saat	66	64.7
17 saat ve üzeri	23	22.6
Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Varlığı		
Evet	29	28.4
Hayır	73	71.6
Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi/Kişiler (n=29)*		
Anne/Baba	6	20.7
Çocuk	25	86.2
Bakıma Destek Olan Diğer Aile Üyesinin Varlığı		
Evet	57	55.9
Hayır	45	44.1
Bakıma Destek Olan Diğer Aile Üyesinin Hastaya Verdiği Destek Türü (n=57)*		
Psikolojik Destek**	48	84.2
Fiziksel Destek***	53	93.0
Maddi Destek	39	68.4
Bakım Veren Aile Üyesinin Hastaya Verdiği Destek Türü		
Psikolojik Destek**	88	86.3
Fiziksel Destek***	96	94.1
Maddi Destek	66	64.7
Bakım Veren Aile Üyesinin Hastanede Sorun Yaşama Durumu		
Evet	60	58.8
Hayır	42	41.2
Bakım Veren Aile Üyesinin Hastanede Yaşadığı Sorunlar (n=60)*		
Uyku	44	73.3
Yemek	42	70.0
İbadet	25	41.7
Ulaşım	22	36.7
Hijyen	17	28.3

*Yüzdelere sorulara evet yanıtını verenler üzerinden hesaplandı. Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı.

** Dinleme, anlama, konuşma vb.

*** Yeme, içme, yürüme, oturma vb.

Tablo 4’de beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecine ilişkin özellikler yer almaktadır. Hastaya bakım veren aile üyelerinin %47.1’i 30 günden az süredir hastanın bakımını sürdürmekte, %73.5’i hastanın yanında sürekli kalmakta ve %64.7’si günde 8-16 saat hastanın bakımı ile ilgilenmektedir. Bakım veren aile üyelerinin %28.4’ünün evde bakmakla yükümlü olduğu en az bir kişinin bulunduğu ve %86.2’sinin çocuklarına bakmakla yükümlü olduğu saptandı. Bakım veren aile üyelerinin %55.9’unun hastanede kaldıkları süre içerisinde diğer aile üyelerinden hasta bakımında destek aldığı ve en sık alınan destek türünün fiziksel destek (%93.0) olduğu tespit edildi. Bakım veren aile üyelerinin %94.1’inin hastaya fiziksel destek verdiği belirlendi. Bakım veren aile üyelerinin %58.8’inin hastanede kaldıkları sürede sorun yaşadığı ve en sık yaşanan sorunun ise uyku (%73.3) ile ilgili olduğu saptandı.

Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların “BGYAİ” ve Bakım Veren Aile Üyelerinin “KUZYBYÖ” Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları

Tablo 5. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların BGYAİ ve Bakım Veren Aile Üyelerinin KUZYBYÖ Puan Ortalamaları (n=102)

Ölçek Türleri	N	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)
BGYAİ	102	34.8±31.8	30.0 (0-100)
KUZYBYÖ	102	27.3±12.8	26.0 (2-56)

Tablo 5’de beyin ameliyatı geçiren hastaların bağımlılık düzeyini gösteren BGYAİ ile bakım veren aile üyelerinin hissettikleri yükü gösteren KUZYBYÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Bakım veren aile üyelerinin bakım verdiği hastaların BGYAİ toplam puan ortalamasının 34.8±31.8 ve bakım veren aile üyelerinin KUZYBYÖ puan ortalamasının 27.3±12.8 olduğu saptandı.

Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara İlişkin Sosyodemografik Bilgilere Göre
“BGYAI” Puan Ortalamaları ve Bağımlılık Düzeylerine İlişkin Bulguları

Tablo 6. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara İlişkin Sosyodemografik Özellikler ile BGYAI Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=102)

BGYAI			
Sosyodemografik Özellikler	n (%)	$\bar{x} \pm SS$	İstatistiksel Analiz
Yaş			
19 - 36 yaş	21(20.6)	44.9±33.9	KW=2.393 p=0.302
37 - 54 yaş	13 (12.7)	34.2±29.9	
55 yaş ve üzeri	68 (66.7)	31.9±30.3	
Cinsiyet			
Kadın	37 (36.3)	37.0±31.4	Z=-0.543
Erkek	65 (63.7)	33.6±31.1	p=0.587
Medeni Durum			
Evli	76 (74.5)	32.9±29.8	Z=-0.765
Bekar	26 (25.5)	40.5±34.8	p=0.444
Eğitim Durumu			
İlköğretim	73 (71.6)	32.7±30.1	KW=1.520 p=0.468
Lise	10 (9.8)	35.0±40.0	
Yüksekokul/Üniversite	19 (18.6)	43.0±30.5	
Aylık Gelir Düzeyi			
İyi	8 (7.8)	66.2±43.0	KW=4.928 p=0.085
Orta	78 (76.5)	32.0±26.9	
Düşük	16 (15.7)	32.8±37.1	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	22 (21.6)	42.6± 37.2	Z=-1.028
Çalışmıyor	80 (78.4)	32.7± 29.2	p=0.304
Mevcut Hastalığı Dışında Sağlık Sorunu Olma Durumu			
Evet	51 (50.0)	30.5±28.8	Z=-1.408
Hayır	51 (50.0)	39.2±33.0	p=0.159
Ameliyatın Uygulanma Nedeni			
İntrakranial kitle	65 (63.7)	38.0±31.9	KW=13.535 p=0.001
Subaraknoid kanama	23 (22.5)	16.7±22.7	
Serebral anevrizma rüptürü	14 (13.7)	50.4±27.4	

Tablo 6’de beyin ameliyatı geçiren hastalara ilişkin sosyodemografik özellikler ile BGYAI puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş gruplarına göre, beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAI toplam puan ortalamalarının 19-36 yaş

grubunda 44.9 ± 33.9 , 37-54 yaş grubunda 34.2 ± 29.9 ve 55 yaş ve üzeri grubunda 31.9 ± 30.3 olduğu ve yaş grupları yönünden BGYAİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.302$).

Cinsiyetlerine göre, beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puan ortalamalarının erkeklerde 33.6 ± 31.1 ve kadınlarda 37.0 ± 31.4 olduğu ve cinsiyet yönünden BGYAİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.587$).

Medeni duruma göre, beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puan ortalamalarının evlilerde 32.9 ± 29.8 ve bekarlarda 40.5 ± 34.8 'dir. Medeni durum yönünden BGYAİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.444$).

Eğitim durumlarına göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puan ortalamalarının Yüksekokul/Üniversite mezunlarında 43.0 ± 30.5 , lise mezunlarında 35.0 ± 40.0 ve ilköğretim mezunlarında 32.7 ± 30.1 olduğu ve eğitim durumu yönünden BGYAİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p=0.468$).

Aylık gelir düzeylerine göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puan ortalamalarının aylık gelir düzeyi iyi olanlarda 66.2 ± 43.0 , orta olanlarda 32.0 ± 26.9 ve düşük olanlarda 32.8 ± 37.1 olduğu ve aylık gelir düzeyi yönünden BGYAİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.085$).

Çalışma durumlarına göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puan ortalamalarının çalışmayanlarda 32.7 ± 29.2 ve çalışanlarda 42.6 ± 37.2 'dir. Çalışma durumu yönünden BGYAİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.304$).

Mevcut hastalığı dışında sağlık sorunu olma durumuna göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puan ortalamalarının sağlık sorunu olanlarda 30.5 ± 28.8 ve sağlık sorunu olmayanlarda 39.2 ± 33.0 'dır. Mevcut hastalığı dışında sağlık sorunu olma durumu yönünden BGYAİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.159$).

Ameliyatın uygulanma nedenine göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puan ortalamalarının intrakranial kitlesi olanlarda 38.0 ± 31.9 , subaraknoid kanaması olanlarda 16.7 ± 22.7 ve serebral anevrizma rüptürü olanlarda 50.4 ± 27.4 olduğu ve ameliyatın uygulanma nedeni yönünden BGYAİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (**$p=0.001$**).



Tablo 7. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara İlişkin Sosyodemografik Özellikler ile BGYAİ'ine Göre Bağımlılık Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=102)

Sosyodemografik Özellikler	n (%)	BGYAİ Durumu				İstatistiksel Analiz
		Tam Bağımlı 0-20 n (%)	İleri Derecede Bağımlı 21-61 n (%)	Orta Derece Bağımlı 62-90 n (%)	Tam Bağımsız 100 n (%)	
Yaş						
19 - 36 yaş	21(20.6)	6 (13.0)	9 (24.3)	3 (30.0)	3 (33.3)	$X^2=4.344$ $p=0.630$
37 - 54 yaş	13 (12.7)	5 (10.9)	6 (16.2)	1 (10.0)	1 (11.1)	
55 yaş ve üzeri	68 (66.7)	35 (76.1)	22 (59.5)	6 (60.0)	5 (55.6)	
Cinsiyeti						
Kadın	37 (36.3)	15 (32.6)	13 (35.1)	7 (70.0)	2 (22.2)	$X^2=5.805$ $p=0.121$
Erkek	65 (63.7)	31 (67.4)	24 (64.9)	3 (30.0)	7 (77.8)	
Medeni Durumu						
Evli	76 (74.5)	36 (78.3)	27 (73.0)	8 (80.0)	5 (55.6)	$X^2=2.078$ $p=0.556$
Bekar	26 (25.5)	10 (21.7)	10 (27.0)	2 (20.0)	4 (44.4)	
Eğitim Durumu						
İlköğretim	73 (71.6)	35 (76.1)	25 (67.6)	8 (80.0)	5 (55.6)	$X^2=5.341$ $p=0.501$
Lise	10 (9.8)	5 (10.9)	3 (8.1)	-	2 (22.2)	
Yüksekokul/üniversite	19 (18.6)	6 (13.0)	9 (24.3)	2 (20.0)	2 (22.2)	
Aylık Gelir Düzeyi						
İyi	8 (7.8)	2 (4.4)	1 (2.7)	1 (10.0)	4 (44.5)	$X^2=8.461$ $p=0.105$
Orta	78 (76.5)	34 (73.9)	34 (91.9)	7 (70.0)	3 (33.3)	
Düşük	16 (15.7)	10 (21.7)	2 (5.4)	2 (20.0)	2 (22.2)	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	22 (21.6)	7 (15.2)	9 (24.3)	1 (10.0)	5 (55.6)	$X^2=7.208$ $p=0.066$
Çalışmıyor	80 (78.4)	39 (84.8)	28 (75.7)	9 (90.0)	4 (44.4)	
Mevcut Hastalığı Dışında Sağlık Sorunu Olma Durumu						
Evet	51 (50.0)	23 (50.0)	21 (56.8)	5 (50.0)	2 (22.2)	$X^2=3.62$ $p=0.306$
Hayır	51 (50.0)	23 (50.0)	16 (43.2)	5 (50.0)	7 (77.8)	
Ameliyatın Uygulanma Nedeni						
İntrakranial kitle	65 (63.7)	30 (65.2)	10 (54.1)	8 (80)	7(77.8)	$X^2=19.377$ $p=0.004$
Subaraknoid kanama	23 (22.5)	15 (32.6)	7 (18.9)	1 (10.0)	-	
Serebral anevrizma rüptürü	14 (13.7)	1 (2.2)	20 (27.0)	1(10)	2 (22.2)	
Toplam	102 (100.0)	46 (100.0)	37 (100.0)	10 (100.0)	9 (100.0)	

Tablo 7’de beyin ameliyatı geçiren hastalara ilişkin sosyodemografik özellikler ile BGYAİ’ine göre bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş gruplarına göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puanlara göre 55 yaş ve üzeri olanların %76.1’i tam bağımlı ve %59.5’i ileri derecede bağımlıdır. Yaş grupları yönünden bağımlılık yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.630$).

Cinsiyete göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puanlara göre erkeklerin %67.4’ü tam bağımlı ve %64.9’u ileri derecede bağımlıdır. Cinsiyet yönünden bağımlılık yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.121$).

Medeni durum göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puanlara göre evlilerin %78.3’ü tam bağımlı ve %73.0’ı ileri derecede bağımlıdır. Medeni durum yönünden bağımlılık yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p=0.556$).

Eğitim durumuna göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puanlara göre ilköğretim mezunu olanların %76.1’i tam bağımlı %67.6’sı ileride derecede bağımlıdır. Eğitim durumu yönünden bağımlılık yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.501$).

Aylık gelir düzeyi göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puanlara göre aylık gelir düzeyi orta olanların %73.9’u tam bağımlı ve %91.9’u ileri derecede bağımlıdır. Aylık gelir düzeyi yönünden bağımlılık yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.105$).

Çalışma durumuna göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puanlara göre çalışmayanların %84.8’i tam bağımlı ve %75.7’si ileri derecede bağımlıdır. Çalışma durumu yönünden bağımlılık yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.066$).

Ameliyatın uygulanma nedenine göre beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ toplam puanlara göre intrakranial kitle nedeni ile ameliyat uygulananların %65.2’si tam bağımlı ve %54.1’i ileri derecede bağımlıdır. Ameliyatın uygulanma nedeni yönünden bağımlılık yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (**$p=0.004$**).

Beyin Cerrahisi Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerine İlişkin Tanıtıcı Bilgilere Göre “KUZBYÖ” Puan Ortalamaları ve Bakım Yükü Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 8. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri ile KUZBYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=102)

KUZBYÖ			
Sosyodemografik Özellikler	n (%)	$\bar{x} \pm SS$	İstatistiksel Analiz
Yaş			
19 – 36 yaş	41 (40.2)	20.8±10.0	KW=22.131 p=0.000
37 – 54 yaş	36 (35.3)	28.5±12.9	
55 yaş ve üzeri	25 (24.5)	36.2±11.0	
Cinsiyet			
Kadın	70 (68.6)	29.4±13.7	Z=-2.387
Erkek	32 (31.4)	22.8±9.2	p=0.017
Medeni Durum			
Evli	82 (80.4)	29.2±12.4	Z=-2.866
Bekar	20 (19.6)	19.5±11.4	p=0.004
Eğitim Durumu			
İlköğretim	58 (56.8)	30.9±12.5	KW=12.518 p=0.002
Lise	22 (21.6)	24.9±13.1	
Yüksekokul/Üniversite	22 (21.6)	20.1±9.7	
Yaşanılan Yer			
İl	60 (58.9)	27.1±12.3	KW=1.377 p=0.502
İlçe	34 (33.3)	26.5±13.4	
Köy	8 (7.8)	32.5±14.4	
Aylık Gelir Düzeyi			
İyi	7 (6.9)	13.2±10.4	KW=9.287 p=0.010
Orta	85 (83.3)	27.7±12.3	
Düşük	10 (9.8)	33.6±12.1	
Aile Türü			
Çekirdek	77 (75.5)	26.4±12.7	Z=-1.005
Geniş	25 (24.5)	29.9±13.1	p= 0.315
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	37 (36.3)	22.3±11.1	Z=-2.924
Çalışmıyor	65 (63.7)	30.2±12.9	p=0.003
Hasta ile Yakınlık Derecesi			
1.Derece akraba	93 (91.2)	27.4±13.0	Z=-0.189
2.Derece akraba	9 (8.8)	26.5±11.3	p= 0.850
Sağlık Sorunu Olma Durumu			
Evet	28 (27.5)	26.6±13.9	Z=-0.398
Hayır	74 (72.5)	27.5±12.4	p=0.691

Tablo 8’de beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik özellikleri ile KUZBYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş gruplarına göre beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının 55 yaş ve üzeri grubunda 36.2 ± 11.0 , 37-54 yaş grubunda 28.5 ± 12.9 ve 19-36 yaş grubunda 20.8 ± 10.0 ’dır Yaş grupları yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (**p=0.000**).

Cinsiyete göre beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının kadınlarda 29.4 ± 13.7 ve erkeklerde 22.8 ± 9.2 ’dir. Cinsiyet yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (**p=0.017**).

Medeni duruma göre beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının evlilerde 29.2 ± 12.4 ve bekarlarda 19.5 ± 11.4 ’tür. Medeni durum yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (**p=0.004**).

Eğitim durumuna göre beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının ilköğretim mezunu olanlarda 30.9 ± 12.5 , lise mezunu olanlarda 24.9 ± 13.1 ve yüksekokul/üniversite mezunu olanlarda 20.1 ± 9.7 ’dir. Eğitim durumu yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (**p=0.002**).

Yaşanılan yere göre beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının köyde yaşayanlarda 32.5 ± 14.4 , ilçede yaşayanlarda 26.5 ± 13.4 ve ilde yaşayanlarda 27.1 ± 12.3 ’dir. Yaşanılan yer yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (**p=0.502**).

Aylık gelir düzeyine göre beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının aylık gelir düzeyi düşük olanlarda 33.6 ± 12.1 , orta olanlarda 27.7 ± 12.3 ve iyi olanlarda 13.2 ± 10.4 ’dür. Aylık gelir düzeyi yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (**p=0.010**).

Aile türüne göre beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının geniş aile olanlarda 29.9 ± 13.1 ve çekirdek aile olanlarda 26.4 ± 12.7 'dir. Aile türü yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.315$).

Çalışma durumuna göre beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının çalışmayanlarda 30.2 ± 12.9 ve çalışanlarda 22.3 ± 11.1 'dir. Çalışma durumu yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (**$p=0.003$**).

Hasta ile yakınlık derecesine göre beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının birinci derece akraba olanlarda 27.4 ± 13.0 ve ikinci derece akrabalarda 26.5 ± 11.3 'dür. Hasta ile yakınlık derecesi yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.850$).

Sağlık sorunu olma durumuna göre beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının sağlık sorunu olmayanların 27.5 ± 12.4 ve sağlık sorunu olanların 26.6 ± 13.9 'dür. Sağlık sorunu olma durumu yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi. ($p=0.691$).

Tablo 9. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri ile KUZBYÖ Bakım Yüklerinin Karşılaştırılması (n=102)

Sosyodemografik Özellikleri	n (%)	KUZBYÖ Durumu			İstatistiksel Analiz
		Hiç Yükün Olmaması	Hafif ve Orta Derecede Yük	İleri Derece Yük	
		0-20 n (%)	21-41 n (%)	42-60 n (%)	
Yaş					
19 - 36 yaş	41 (40.2)	20 (54.1)	21 (45.7)	-	X ² =27.489 p =0.000
37 - 54 yaş	36 (35.3)	13 (35.1)	15 (32.6)	8 (42.1)	
55 ve üzeri	25 (24.5)	4 (10.8)	10 (21.7)	11 (57.8)	
Cinsiyet					
Kadın	70 (68.6)	23 (62.2)	28 (60.9)	19 (100.0)	X ² =10.69 p=0.005
Erkek	32 (31.4)	14 (37.8)	18 (39.1)	-	
Medeni Durum					
Evli	82 (80.4)	28 (75,7)	35 (76.1)	19 (100.0)	X ² =9.302 p=0.010
Bekar	20 (19.6)	9 (24,3)	11 (23.9)	-	
Eğitim Durumu					
İlköğretim	58 (56.8)	16 (43.3)	25 (54.4)	17 (89.5)	X ² =15.519 p=0.004
Lise	22 (21.6)	10 (27.0)	10 (21.7)	2 (10.5)	
Yüksekokul	22 (21.6)	11 (29.7)	11 (23.9)	-	
Yaşadığı Yer					
İl	60 (58.9)	20 (54.0)	30 (65.2)	10 (52.6)	X ² =3.118 p=0.538
İlçe	34 (33.3)	15 (40.6)	13 (28.3)	6 (31.6)	
Köy	8 (7.8)	2 (5.4)	3 (6.5)	3 (15.8)	

Tablo 9. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri ile KUZBYÖ Bakım Yüklerinin Karşılaştırılması (n=102) (Devamı)

Aylık Gelir Düzeyi					
İyi	7 (6.9)	5 (13.5)	2 (4.3)	-	X ² =6.496 p=0.165
Orta	85 (83.3)	30 (81.1)	39 (84.8)	16 (84.2)	
Düşük	10 (9.8)	2 (5.4)	5 (10.9)	3 (15.8)	
Aile Türü					
Çekirdek	77 (75.5)	29 (78.4)	36 (78.3)	12 (63.2)	X ² =1.793 p=0.408
Geniş	25 (24.5)	8 (21.6)	10 (21.7)	7 (36.8)	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	37 (36.3)	18 (48.7)	17 (37.0)	2 (10.5)	X ² =7.909 p=0.019
Çalışmıyor	65 (63.7)	19 (51.3)	29 (63.0)	17 (89.5)	
Hasta ile Yakınlık Derecesi					
1.Derece akraba	93 (91.2)	35 (94.6)	39 (84.8)	19 (100.0)	X ² =6.085 p=0.048
2.Derece akraba	9 (8.8)	2 (5.4)	7 (%15.2)	-	
Sağlık Sorunu Olma Durumu					
Evet	28 (27.5)	11 (29.7)	12 (26.1)	5 (26.3)	X ² =0.152 p=0.927
Hayır	74 (72.5)	26 (70.3)	34 (73.9)	14 (73.7)	
Toplam	102(100.0)	37 (100.0)	46 (100.0)	19 (100.0)	

Tablo 9’da beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik özellikleri ile KUZBYÖ bakım yüklerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş gruplarına göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlarında 55 yaş ve üzeri olanların %57.8’inin ileri derecede ve 19-36 yaş olanların %45.7’sinin hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri saptandı. Yaş grupları yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (**p=0.001**).

Cinsiyete göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlarında kadınların %100’ü ileri derecede ve %60.9’unun hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri bulundu. Cinsiyet yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (**p=0.005**).

Medeni duruma göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlarında evlilerin %100’ü ileri derecede ve %76.1’i hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri saptandı. Medeni durum yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (**p=0.010**).

Eğitim durumuna göre, bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlarında ilköğretim mezunu olanların %89.5’i ileri derecede ve %54.5’ü hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri saptandı. Eğitim durumu yönünden hissedilen bakım yükü puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (**p=0.004**).

Yaşadığı yere göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlarında ilde yaşayanların %52.6’sı ileri derecede ve %65.2’si hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri saptandı. Yaşadığı yer yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi (**p=0.538**).

Aylık gelir düzeyine göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlarında aylık gelir düzeyi orta olanların %84.2’si ileri derecede ve %84.8’i hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri belirlendi. Aylık gelir düzeyi yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (**p=0.165**).

Aile türüne göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlarında çekirdek aile olanların %63.2'si ileri derecede ve %78.3'ü hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri tespit edildi. Aile türü yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p=0.408$).

Çalışma durumuna göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlarında çalışmayanların %89.5'i ileri derecede ve %63.0'ı hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri belirlendi. Çalışma durumu yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0.019$).

Hasta ile yakınlık derecesine göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre birinci derece akrabaların %100'ü ileri derecede ve %84.8'i hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri tespit edildi. Hasta ile yakınlık derecesi yönünden hissedilen bakım yükü puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p=0.048$).

Sağlık sorunu olma durumuna göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre sağlık sorunu olmayanların %73.7'si ileri derecede ve %73.9'u hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri saptandı. Sağlık sorunu olma durumu yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p=0.927$).

Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Vermeyle İlgili Bilgilerine Göre “KUZYBYÖ” Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları

Tablo 10. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Özellikleri ile KUZYBYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=102)

Bakım Verme Sürecine İlişkin Özellikler	n (%)	KUZYBÖ	
		$\bar{x} \pm SS$	İstatistiksel Analiz
Hasta Bakımı ile İlgilenme Süresi			
30 günden az	48 (47.1)	24.3±11.4	KW=9.387 p=0.009
31-180 gün arası	19 (18.6)	25.0±10.8	
181 günden fazla	35 (34.3)	32.7±14.1	
Hastanede Kalma Sıklığı			
Sürekli	75 (73.5)	26.0±13.0	Z=-1.705
Ara sıra	27(26.5)	30.8±11.6	p=0.088
Hastaya Bakım Verme Süresi			
8 saatten az	13 (12.7)	17.9±14.8	KW=6.73 p=0.035
8-16 saat	66 (64.7)	28.5±12.1	
17 saatten fazla	23 (22.6)	29.0±11.8	
Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Varlığı			
Evet	29 (28.4)	29.7±12.4	Z=-1.248
Hayır	73 (71.6)	26.3±12.9	p=0.212
Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler (n=29)*			
Anne-Baba			
Evet	6 (20.7)	30.7±14.7	Z=-0.081
Hayır	23 (79.3)	29.5±12.1	p=0.937
Çocuk			
Evet	25 (86.2)	28.7±12.0	Z=-1.048
Hayır	4 (13.8)	36.5±15.0	p=0.310
Bakıma Destek Olan Diğer Aile Üyesinin Varlığı			
Evet	57 (55.9)	25.2±13.0	Z=-1.738
Hayır	45 (44.1)	30.0±12.2	P=0.082
Bakıma Destek Olan Diğer Aile Üyesinin Hastaya Verdiği Destek Türü (n=57)*			
Psikolojik Destek			
Evet	48 (84.2)	26.1±13.3	Z=-1.228
Hayır	9 (15.8)	20.9±11.5	p=0.219
Fiziksel Destek			
Evet	53 (93.0)	25.2±13.1	Z=-0.047
Hayır	4 (7.0)	25.8±13.6	p=0.964
Maddi Destek			
Evet	39 (68.4)	26.4±14.1	Z=-1.049
Hayır	18 (31.6)	22.7±10.2	p=0.294
Bakım Veren Aile Üyesinin Hastaya Verdiği Destek Türü (n=102)			
Fiziksel Destek			
Evet	96 (94.1)	28.3±12.4	Z=-3.048
Hayır	6 (5.9)	11.3±7.4	p=0.002

Tablo 10. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastalara Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Özellikleri ile KUZBYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=102) (Devamı)

Maddi Destek			
Evet	66 (64.7)	28.7±12.6	Z=-1.445
Hayır	36 (35.3)	24.7±12.9	p=0.149
Psikolojik Destek			
Evet	88 (86.3)	27.3±12.6	Z=-0.049
Hayır	14 (13.7)	27.0±14.1	p=0.961
Bakım Veren Aile Üyesinin Hastanede Sorun Yaşadığı Sorunlar			
Evet	60 (58.8)	29.1±13.6	Z=-1.801
Hayır	42 (41.2)	24.7±11.2	p=0.072
Bakım Veren Aile Üyelerin Hastanede Yaşadığı Sorunlar (n=60)*			
Uyku			
Evet	44 (73.3)	29.8±14.2	Z=-0.780
Hayır	16 (26.7)	27.5±12.1	p=0.436
Yemek			
Evet	42 (70.0)	33.4±12.1	Z=-3.696
Hayır	18 (30.0)	19.4±12.2	p=0.0001
İbadet			
Evet	25 (41.7)	34.0±13.5	Z=-2.406
Hayır	35 (58.3)	25.8±12.9	p=0.016
Ulaşım			
Evet	22 (36.7)	33.2±13.0	Z=-2.008
Hayır	38 (63.3)	26.8±13.6	p=0.045
Hijyen			
Evet	17 (28.3)	29.7±16.4	Z=-0.444
Hayır	43 (71.7)	29.0±12.6	p=0.657

* Yüzdelere sorulara evet yanıtını verenler üzerinden hesaplandı. Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı.

Tablo 10'da beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin bakım verme özellikleri ile KUZBYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hasta bakımı ile ilgilenme süresine göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının 181 günden fazla ilgilenenlerde 32.7±14.1, 31-180 gün arası ilgilenenlerde 25.0±10.8 ve 30 günden az ilgilenenlerde 24.3±11.4 olduğu saptandı. Hasta bakımı ile ilgilenme süresi yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (**p=0.009**).

Hastanede kalma sıklığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının hastanede ara sıra

kalanlarda 30.8 ± 11.6 ve sürekli kalanlarda 26.0 ± 13.0 'dır. Hastanede kalma sıklığı yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.088$).

Hasta bakım verme süresine göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının 17 saatten fazla bakım verenlerde 29.0 ± 11.8 , 8-16 saat bakım verenlerde 28.5 ± 12.1 ve 8 saatten az bakım verenlerde 17.9 ± 14.8 'dir. Hastaya bakım verme süresi yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0.035$).

Evde bakmakla yükümlü olunan kişi varlığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının evde bakmakla yükümlü kişi varlığında 29.7 ± 12.4 ve evde bakmakla yükümlü kişi yokluğunda 26.3 ± 12.9 'dır. Evde bakmakla yükümlü kişi varlığı yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p=0.212$).

Evde bakmakla yükümlü olunan kişi anne/baba varlığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının evde bakmakla yükümlü kişi anne/baba varlığında 30.7 ± 14.7 , anne/baba yokluğunda 29.5 ± 12.1 olduğu ve evde bakmakla yükümlü olunan kişi anne/baba varlığı yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p=0.937$).

Evde bakmakla yükümlü olunan kişi çocuk varlığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının evde bakmakla yükümlü kişi çocuk yokluğunda 36.5 ± 15.0 , çocuk varlığında 28.7 ± 12.0 olduğu ve evde bakmakla yükümlü olunan kişi çocuk varlığı yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.310$).

Bakıma destek olan diğer aile üyesinin varlığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastalara hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının bakıma destek olan diğer aile üyesinin yokluğunda 30.0 ± 12.2 ve bakıma destek olan diğer aile üyesinin varlığında 25.2 ± 13.0 'dır. Bakıma destek olan diğer aile üyesinin

varlığı yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.082$).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya psikolojik destek veren diğer aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının hastaya psikolojik 26.1 ± 13.3 olduğu ve bakıma destek veren diğer aile üyesinin hastaya verdiği psikolojik destek yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.219$).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya fiziksel destek vermeyenlerde diğer aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının hastaya fiziksel 25.8 ± 13.6 olduğu ve bakıma destek veren diğer aile üyesinin hastaya verdiği fiziksel destek yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.964$).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya maddi destek veren diğer aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının 26.4 ± 14.1 olduğu ve bakıma destek veren diğer aile üyesinin hastaya verdiği fiziksel destek yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.294$).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya fiziksel destek veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının 28.3 ± 12.4 olduğu ve bakım veren aile üyesinin hastaya verdiği fiziksel destek yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (**$p=0.002$**).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya verdiği maddi destek vermeyen aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının 28.7 ± 12.6 olduğu ve bakım veren aile üyesinin hastaya verdiği maddi destek yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.149$).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya psikolojik destek vermeyen aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının 27.3 ± 12.6 olduğu ve bakım veren aile üyesinin hastaya verdiği psikolojik destek yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.961$).

Bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı sorunlara göre, bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının hastanede sorun yaşayanlarda

29.1±13.6 ve sorun yaşamayanlarda 24.7±11.2'dir. Bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı sorunlar yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p=0.072).

Bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı uyku sorununa göre, bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının hastanede uyku sorunu yaşayanlarda 29.8±14.2 olduğu ve bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı uyku sorunu yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi (p=0.436).

Bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı yemek sorununa göre, bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının hastanede yemek sorunu yaşayanlarda 33.4±12.1 olduğu ve bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı yemek sorunu yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.001**).

Bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı ibadet sorununa göre, bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının hastanede ibadet sorunu yaşayanlarda 34.0±13.5 olduğu ve bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı ibadet sorunu yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (**p=0.016**).

Bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı ulaşım sorununa göre, bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının hastanede ulaşım sorunu yaşayanlarda 33.2±13.0 olduğu ve bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı ulaşım sorunu yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (**p=0.045**).

Bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı hijyen sorununa göre, bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puan ortalamalarının hastanede hijyen sorunu yaşayanlarda 29.7±16.4 olduğu ve bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı hijyen sorunu yönünden KUZBYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p=0.657).

Tablo 11. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaya Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine İlişkin Özellikler ile KUZBYÖ Bakım Yüklerinin Karşılaştırılması (n=102)

Bakım Verme Sürecine İlişkin Özellikler	n (%)	KUZBYÖ Durumu			İstatistiksel Analiz
		0-20 Hiç Yükün Olmaması n (%)	21-41 Hafif ve Orta Derecede Yük n (%)	42-60 İleri Derece Yük n (%)	
Hasta Bakımı ile İlgilenme Süresi					
30 günden az	48 (47.1)	22 (59.5)	20 (43.5)	6 (31.6)	$X^2=17.835$ p=0.001
31-180 gün arası	19 (18.6)	7 (18.9)	12 (26.1)	-	
181 günden fazla	35 (34.3)	8 (21.6)	14 (30.4)	13 (68.4)	
Hastanede Kalma Sıklığı					
Sürekli	75 (73.5)	30 (81.1)	34 (73.9)	11 (57.9)	$X^2=3.474$ p=0.176
Ara sıra	27 (26.5)	7 (18.9)	12 (26.1)	8 (42.1)	
Hastaya Bakım Verme Süresi					
8 saatten az	13 (12.7)	9 (24.3)	3 (6.5)	1 (5.3)	$X^2=7.6$ p=0.107
8-16 saat	66 (64.7)	22 (59.5)	30 (65.2)	14 (73.7)	
17 saat ve üzeri	23 (22.6)	6 (16.2)	13 (28.3)	4 (21.0)	
Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Varlığı					
Evet	29 (28.4)	9 (24.3)	13 (28.3)	7 (36.8)	$X^2=0.968$ p=0.616
Hayır	73 (71.6)	28 (75.7)	33 (71.7)	12 (63.2)	
Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi/Kişiler (n=29)*					
Anne-Baba					
Evet	6 (20.7)	3 (33.3)	-	3 (42.9)	$X^2=8.551$ p=0.014
Hayır	23 (79.3)	6 (%66.7)	13 (%100.0)	4 (%57.1)	
Çocuk					
Evet	25 (86.2)	8 (88.9)	13 (100.0)	4 (57.1)	$X^2=7.429$ p=0.024
Hayır	4 (13.8)	1 (%11.1)	-	3 (%42.9)	

Tablo 11. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaya Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine İlişkin Özellikler ile KUZBYÖ Bakım Yüklerinin Karşılaştırılması (n=102) (Devamı)

Bakıma Destek Olan Diğer Aile Üyesinin Varlığı					
Evet	57 (55.9)	24 (64.9)	23 (50.0)	10 (52.6)	$X^2=1.938$
Hayır	45 (44.1)	13 (35.1)	23 (50.0)	9 (47.4)	$p=0.379$
Bakıma Destek Olan Diğer Aile Üyesinin Hastaya Verdiği Destek Türü (n=57)					
Psikolojik Destek					
Evet	48 (84,2)	20 (83,3)	18 (78,3)	10 (100.0)	$X^2=4.011$
Hayır	9 (15,8)	4 (%16,7)	5 (%21,7)	-	$p=0.135$
Fiziksel Destek					
Evet	53 (93.0)	22 (91,7)	21 (91,3)	10 (100.0)	$X^2=1.608$
Hayır	4 (7.0)	2 (%8,3)	2 (%8,7)	-	$p=0.447$
Maddi Destek					
Evet	39 (68,4)	16 (66,7)	13 (56,5)	10 (100.0)	$X^2=9.052$
Hayır	18 (31,6)	8 (%33,3)	10 (%43,5)	-	$p=0.011$
Bakım Veren Aile Üyesinin Hastaya Verdiği Destek Türü (n=102)					
Fiziksel Destek					
Evet	96 (94.1)	31 (83.8)	46 (100.0)	19 (100.0)	$X^2=12.839$
Hayır	6 (5.9)	6 (%16.2)	-	-	$p=0.002$
Maddi Destek					
Evet	66 (64.7)	19 (51.3)	32 (69.6)	15 (79.0)	$X^2=5.052$
Hayır	36 (35.3)	18 (%48.7)	14 (%30.4)	4 (%21.0)	$p=0.080$
Psikolojik Destek					
Evet	88 (86.3)	31 (83.8)	41 (89.1)	16 (84.2)	$X^2=0.588$
Hayır	14 (13.7)	6 (%16.2)	5 (%10.9)	3 (%15.8)	$p=0.745$
Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastanede Sorun Yaşama Durumu					
Evet	60 (58.8)	18 (48.6)	29 (63.0)	13 (68.4)	$X^2=2.642$
Hayır	42 (41.2)	19 (51.4)	17 (37.0)	6 (31.6)	$p=0.267$

Tablo 11. Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaya Hastanede Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine İlişkin Özellikler ile KUZBYÖ Bakım Yüklerinin Karşılaştırılması (n=102) (Devamı)

Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastanede Yaşadığı Sorunlar (n=60)					
Uyku					
Evet	44 (73,3)	13 (72.2)	20 (69.0)	11 (84.6)	X ² =1.233 p=0.540
Hayır	16 (26,7)	5 (%27.8)	9 (%31.0)	2 (%15.4)	
Yemek					
Evet	42 (70.0)	10 (55.6)	19 (65.5)	13 (100.0)	X ² =11.210 p=0.004
Hayır	18 (30.0)	8 (%44.4)	10 (%34.5)	-	
İbadet					
Evet	25 (41,7)	7 (38.9)	9 (31.0)	9 (69.2)	X ² =5.474 p=0.065
Hayır	35 (58,3)	11 (%61.1)	20 (%69.0)	4 (%30.8)	
Ulaşım					
Evet	22 (36,7)	7 (38.9)	6 (20.7)	9 (69.2)	X ² =9.184 p=0.010
Hayır	38 (63,3)	11 (%61.1)	23 (%79.3)	4 (%30.8)	
Hijyen					
Evet	17 (28.3)	6 (33.3)	6 (20.7)	5 (38.5)	X ² =1.713 p=0.423
Hayır	43 (71.7)	12 (%66.7)	23 (%79.3)	8 (%61.5)	

*Yüzdelere sorulara evet yanıtını verenler üzerinden hesaplandı. Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı

Tablo 11’de beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecine ilişkin özellikleri ile KUZBYÖ bakım yüklerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Hasta bakımı ile ilgilenme süresine göre, beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlarına göre 181 günden fazla ilgilenenlerin %68.4’ünün ileri derecede ve 30 günden az ilgilenenlerin %43.5’inin hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri belirlendi. Hasta bakımı ile ilgilenme süresi yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p=0.001$).

Hastanede kalma sıklığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre hastanede sürekli kalanların %57.9’unun ileri derecede ve %73.9’unu hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri saptandı. Hastanede kalma sıklığı yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p=0.176$).

Hastaya bakım verme süresine göre, beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre hastaya 8-16 saat bakım verenlerin %73.7’sinin ileri derecede ve %65.2’sinin hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri saptandı. Hastaya bakım verme süresi yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.107$).

Evde bakmakla yükümlü olunan kişi varlığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre bakmakla yükümlü olunan kişi yokluğunda %63.2’sinin ileri derecede ve %73.9’unun hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri tespit edildi. Evde bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.616$).

Evde bakmakla yükümlü olunan anne/baba varlığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre bakmakla yükümlü olunan anne/baba yokluğunda %57.1’inin ileri derecede ve %100’ünün hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri belirlendi. Evde bakmakla yükümlü olunan anne/baba varlığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre bakmakla yükümlü olunan anne/baba varlığında ise %42.9’unun ileri derecede yük hissettikleri bulundu. Evde

bakmakla yükümlü olunan anne/baba varlığı yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (**p=0.014**).

Evde bakmakla yükümlü olunan çocuk varlığına göre, beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre bakmakla yükümlü olunan çocuk varlığında %57.1'inin ileri derecede ve %100'ünün hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri belirlendi. Evde bakmakla yükümlü olunan çocuk varlığı yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (**p=0.024**).

Bakıma destek olan diğer aile üyesinin varlığına göre beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre bakıma destek olan diğer aile üyesinin varlığında %52.6'sının ileri derecede ve %50'sinin hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri belirlendi. Bakıma destek olan diğer aile üyesinin varlığı yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (**p=0.379**).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya psikolojik destek veren diğer aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre psikolojik destek verenlerin %100'ünün ileri derecede ve %78.3'ünün hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri tespit edildi. Bakıma destek veren diğer aile üyesinin hastaya verdiği psikolojik destek yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (**p=0.135**).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya fiziksel destek veren diğer aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre fiziksel destek verenlerin %100'ünün ileri derecede ve %91.3'ünün hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri bulundu. Bakıma destek olan diğer aile üyesinin hastaya verdiği fiziksel destek yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (**p=0.447**).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya maddi destek veren diğer aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre maddi destek verenlerin %100'ünün ileri derecede ve %56.5'inin hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri tespit edildi. Bakıma destek olan diğer aile üyesinin hastaya verdiği maddi destek yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (**p=0.011**).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya fiziksel destek veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre, fiziksel destek verenlerde %100'ünün ileri derecede ve %100'ünün hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri bulundu. Bakıma destek olan diğer aile üyesinin hastaya verdiği fiziksel destek yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0.002$).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya maddi destek veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre maddi destek verenlerde %79.0'ının ileri derecede ve %69.6'sının hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri bulundu. Bakıma destek olan diğer aile üyesinin hastaya verdiği maddi destek yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.080$).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya psikolojik destek veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre psikolojik destek verenlerde %84.2sinin ileri derecede ve %89.1'inin hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri tespit edildi. Bakıma destek olan diğer aile üyesinin hastaya verdiği psikolojik destek yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.745$).

Bakım veren aile üyelerinin hastanede sorun yaşama durumuna göre beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre sorun yaşayanların %68.4'ünün ileri derecede ve %63.0'ının hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri bulundu. KUZBYÖ toplam puanlara göre sorun yaşamayanlarda %31.6'sının ileri derecede ve %37.0'ının hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri bulundu. Bakım veren aile üyelerinin hastanede sorun yaşama durumu yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.267$).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre uyku sorunu yaşayanlarda %84.6'sının ileri derecede ve %69.0'ının hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri bulundu. Bakım veren aile üyelerinin hastanede yaşadığı uyku sorunu yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.540$).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre yemek sorunu yaşayanlarda %100'ünün ileri derecede ve %65.5'inin hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri bulundu. Bakım veren aile

üyelerinin hastanede yaşadığı yemek sorunu yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (**p=0.004**).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre ibadet sorunu yaşayanlarda %69.2'sinin ileri derecede ve ibadet sorunu yaşamayanların %69.0'unun hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri belirlendi. Bakım veren aile üyelerinin hastanede yaşadığı ibadet sorunu yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunamadı (p=0.065).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre, ulaşım sorunu yaşayanlarda %69.2'si ileri derecede ve ulaşım sorunu yaşamayanların %79.3'ünün hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri bulundu. Bakım veren aile üyelerinin hastanede yaşadığı ulaşım sorunu yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (**p=0.010**).

Beyin ameliyatı geçiren hastaya hastanede bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ toplam puanlara göre, hijyen sorunu yaşayaların %38.5'inin ileri derecede ve %20.7'sinin hafif ve orta derecede bakım yükü hissettikleri saptandı. Bakım veren aile üyelerinin hastanede yaşadığı hijyen sorunu yönünden hissedilen bakım yükü yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (p=0.423).

BGYAİ Puan Ortalaması ile KUZBYÖ Puan Ortalaması Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 12. BGYAİ Puan Ortalaması ile KUZBYÖ Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

KUZBYÖ Puan Ortalaması	
$\bar{x} \pm SS$	
BGYAİ Puan Ortalaması	r=-0.265
	p=0.007

* Spearman Korelasyon p<0.05

Tablo 12’de beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ puan ortalaması ile bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Hastalara bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamaları ile hastaların BGYAİ puan ortalamaları arasında anlamlı derecede negatif yönlü ilişki ($r = -0.288$) bulunmaktadır. Buna göre, BGYAİ puan ortalamaları yükseldikçe KUZBYÖ toplam puan ortalaması azalmaktadır.



7. TARTIŞMA

Beyin ameliyatları, beden işlevlerini düzenleyen yapıları etkilediğinden, hastalarda ciddi komplikasyonların gelişmesine, hastaların sakat kalmasına ya da yaşamını kaybetmesine neden olabilecek kadar önemli ameliyatlardır. Bu nedenle, ameliyat süreci ile birlikte hastaların bakım gereksinimleri artmakta ve bu gereksinimleri karşılamakla yükümlü aile üyelerinde ise fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar ortaya çıkmaktadır (5, 8). Bu amaçla yapılan çalışmada, beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanede bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükü değerlendirildi.

Çalışmamızda beyin ameliyatı geçiren hastaların ileri derecede bağımlı olduğu saptandı. Cerrahi girişimler her ne kadar kontrollü travma da olsa cerrahi girişimin türüne ve hastanın özelliklerine göre ağrı, solunum ve dolaşım sorunları, bulantı kusma, konstipasyon, hipotermi, sıvı elektrolit dengesizliği, cerrahi alan enfeksiyonu riski ve anksiyete gibi sorunlara neden olarak hastanın bakım gereksinimlerini arttırmaktadır. Bu sorunlara ek olarak, beyin ameliyatlarının yaşamsal merkezlere yakın olması nedeniyle, ameliyat sonrası dönemde hastalarda KİBA, kardiyak aritmi, hava embolisi, kranial sinirlerin etkilenmesi ile birlikte işitme kaybı yutma güçlüğü gibi ameliyat sonrası süreci etkileyebilecek birçok komplikasyon gelişebilmektedir (4, 6). Çalışmamızla benzer olarak Bayram'ın ortopedi hastaları ile yaptığı çalışmada (18), hastaların ileri derece bağımlı olduğu bildirilmiştir. Farklı hasta grupları ile yapılan çalışmalarda hastaların orta ve az derecede bağımlı olduğunu saptanmıştır (100, 101). Buna göre, beyin ameliyatı geçiren hastaların ileri derecede bağımlı olması beklendik bir sonuçtur.

Araştırma kapsamına alınan beyin ameliyatı geçiren hastaların aile üyelerinin bakım yükü hafif ve orta düzeye yakın derecede saptandı. Farklı cerrahi hasta grupları ile yapılan çalışmalarda bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün orta derecede olduğu saptanmıştır (17, 18). Beyin ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde, belirli bir süre aktivitelerinin kısıtlanması ve uzun dönem bakıma gereksinimleri olması hastaların hastanedeki bakımlarına aile bireylerinin katılım ve desteğini gerektirmektedir. Beyin ameliyatı sonrası hastaların ileride bağımlı olmasının hastalara bakım veren aile üyelerinin yüklerini arttırdığını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastalara uygulanan ameliyat nedenine göre, hastaların BGYAİ toplam puan ortalamalarının subaraknoid kanama nedeni ile ameliyat olanlarda daha düşük ve ameliyat sonrası bağımlılık düzeyinin daha fazla olduğu saptandı. Bu sonucu intrakranial kitle nedeni ile ameliyat olan hastalar izlemektedir. Beyin tümörü nedeni ile ameliyat olan hastalarla yapılan bir çalışmada, ameliyat sonrası dışkılama alışkanlığında bozulma, ağrı, bitkinlik, görünüş değişikliği, güçsüzlük, anlama konuşma ve konsantrasyon güçlüğü, görme ve yürüme bozukluklarının en sık görülen semptomlar olduğu ve semptomların duygu durumu, iş yaşamını ve günlük aktivitelerini etkilediği bildirilmektedir (102). Beyin tümürlü hastalarda ameliyat sonrası görülen bu durumlar hastaları günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale getirmekte ve bakım veren aile üyesinin diğer ameliyatlara göre ileri derecede yük hissetmelerine neden olabilmektedir.

Bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi ve çalışma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülürken yaşanan yer, aile türü, yakınlık derecesi ve sağlık sorunu olma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Çalışmamızla benzer şekilde Selen'nin KOAH hastalığı olan bireylerle yaptığı bir çalışmada (89) cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi ve ekonomik durumu yönünden bakım verme yükü anlamlı bulunmuştur. Böylece toplumumuzun belirli değer yargılarının, bakım verilen bireyin bakımını bir rol olarak üstlenmek ve bu rolü yük algılamaktan çok yardım etme olarak algılamaları ile açıklanabilir.

Çalışmaya katılan aile üyelerinden 55 ve üzeri yaş grubunda olanların KUZBYÖ puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Farklı hasta grupları ile yapılan çalışmalarda yaş arttıkça bakım yükünün de arttığı saptamıştır (14, 73, 103, 104). Genç yaş grupta diğer yaş gruplarına oranla bakım yükünün daha az görülmesinin nedeni olarak gençlerin bakım işlevi için tecrübesiz olması ve günlük yaşamda daha fazla sorumluluklarının bulunmasından kaynaklanabilir. Yaşlanmayla birlikte bakım verenin fiziksel sağlık sorunlarında artma ve hasta gereksinimlerini karşılamada güçlük çekme, emekli olma ya da çalışamamaya bağlı maddi sorunlar yaşama, sosyal etkileşimde azalma nedeniyle yaşlıya bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu düşünülebilir (13, 105).

Araştırmamızda hastaya bakım veren kadın aile üyelerinin bakım yükünün erkeklerden daha yüksek olduğu saptandı. Yılmaz (106) ve Öner'in çalışmasının sonuçları da çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kadınlarda ileri derece bakım yükü oranı diğer bakım yükü durumlarına göre oldukça yüksek görülürken, erkeklerde ileri derece bakım yükü hissetme durumu hiç görülmedi. Bakım verenlerin çoğunluğunun kadınlardan oluşması, kadının toplumda yüklendiği sorumluluklar ve bakıma bağlı olarak aile içindeki rolünün etkilenmesi nedeniyle bakım yükünün kadınlar tarafından daha fazla algılandığını göstermektedir. Literatürde ülkeler arasında fark olmaksızın hasta bakımında kadınların rol almasının daha yaygın olduğu ve bakım vermenin bütün toplumlarda yalnız kadınların üstlenmesi gereken bir rol, iş ya da görev gibi algılandığı vurgulanmaktadır. Toplumsal ya da aile içinde kadına atfedilen sorumlulukların (çocuk bakma, annelik yapma, evle ilgili roller vb.) bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Birçok kültürde bakım verme, özellikle ailedeki kadınların görevi olarak algılanmaktadır (106-109). Aile üyeleri hastaya bakım verme konusunda önemli rol almış olsalar da, kültürel ve ekonomik şartların değişmesi ile bakım verenin rolü güçleşebilmektedir. Aynı zamanda bakım veren durumuna gelme seçilemez ya da planlanamaz bir durum şeklinde de ortaya çıkabilmektedir (19).

Araştırmamızda yer alan evli aile üyelerinin ileri derece yük hissettiği, bekar aile üyelerinin ileri derecede yük hissetmediği durumu belirlendi. Evli olmak çocuklar, eş ve ev sorumluluklarını da beraberinde getirmektedir. Hem bakım verme hem de bu sorumlulukları birlikte yürütmek zorunda kalmanın bakım verme yükünün artmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar da araştırmamızla benzerlik göstermektedir (8, 103, 106).

Çalışmamızda İlköğretim mezunu aile üyelerinin ileri derece bakım yükü hissettikleri saptandı. Lise mezunu olan aile üyelerinde bu oranının oldukça düşük olduğu yüksekokul mezunu olanların ise ileri derece yük hissetmediği görüldü. Bu sonuca göre bakım veren aile üyelerinin eğitim seviyesinin bakım yüküne etkilediği eğitim seviyesi okuma-yazma seviyesinde olanların bakım yükü puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlendi. Garlo (105) eğitim seviyesi ilk okul ve okuma yazma düzeyinde olan bakım verenlerin eğitim seviyesi yüksek okul düzeyinde olanlara göre daha fazla duygusal stres altında olduklarını, fiziksel sağlıklarının kötü olduğu bildirmişlerdir. Buna göre eğitim seviyesi düşük kişilerin daha eğitilmiş kişilere göre

bakım sürecinin yürütülmesinde hemşire ve diğer sağlık personellerinden bilgi veya diğer destekleri almakta sıkıntı yaşayabilecekleri ve sosyalleşmekte sorun yaşayabilecekleri düşünülebilir (68). Aynı zamanda eğitim seviyesi yüksek bireyler daha fazla mali kaynaklara sahip olabileceklerinden, bu durum stres semptomları ortaya çıkmadan baş etmelerine yardımcı olabilecektir. Diğer taraftan eğitim düzeyi daha alt düzeyde olan bakım veren aile üyelerinde stres bulguları geliştirme riski daha yüksek olabileceğinden hemşireler eğitim seviyesi düşük kişilerin problemlerine daha çok dikkat etmelidirler (110). Araştırmamızdan farklı olarak, Karcı (103) yaşlı bireyler ve Yılmaz (106) kolon kanserli hasta yakınlarının bakım yükünü değerlendirdiği çalışmalarda ise eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin bakım yükünün arttığı bulunmuştur. Bu sonucu bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe her konuda olduğu gibi hastalık sürecinde de daha fazla bilgi sahibi olmaya çalışması, bağlı olarak hastalıkların tanısının geleceğe yönelik belirsizlikler taşıdığının ve daha güç süreçlerin yaşanabileceğinin bilincinde olmasının etkili olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan aylık gelir durumu iyi olan aile üyelerinin bakım yükü puanlarının orta ve kötü durumda olanlara göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulundu. Aynı şekilde çalışan aile üyelerinin ileri derece yük hissetme durumu çalışmayanlara göre oldukça düşük olduğu saptandı. Bayram'ın cerrahi hastalarına bakım veren aile üyelerinden (18), çalışmayan bireylerin bakım yükünün daha fazla olması dikkat çekicidir. Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında (59) bakım veren aile üyelerinin %57'sünün ve Bilgili'nin yaptığı çalışmasında (111) da %86.7'sinin çalışmadığı belirtilmiştir. Bu sonuç belli bir işte çalışmayan aile bireylerinin hasta bakımı için daha fazla görevlendirildiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda KUZBYÖ puan ortalamalarının hastaya yakınlık derecesi durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık gösterdiği saptandı. Birinci derece akraba olan bireylerin ileri derece yük hissetme durumu diğer bakım yükü durumlarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Buna karşılık ikinci derece akraba olan bireylerde ileri derece yük hissetme durumu saptanmadı. Çalışmamızın sonucu Yılmaz kolon kanserli hasta ve yakınlarının bakım yükünü değerlendirdiği araştırmanın (106) sonucu ile benzerlik göstermektedir. Fiziksel kan bağının yanında hasta ile sosyal ilişkisi de güçlü olan bireylerin, hastaya bakım verme sorumluluğunu üstlendiği gerçeği

dikkate alındığında bakım yükünün fazla olması olağan bir durum olarak değerlendirilebilir.

Hastaya bakım verme süresine göre KUZBYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Hastaya günde sekiz saatten az veren aile üyelerinin puanları 8-16 saat bakım verenlere göre anlamlı şekilde düşüktü. KUZBYÖ puan durumlarının bakım verenlerin hastanın bakımı ile ilgilenme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık gösterdiği saptandı. Otuz günden az süre bakım veren aile üyelerinde ileri derece yük hissedilmesi durumu daha az görülmesine karşın, 181 günden fazla bakım veren aile üyelerinin ileri derece yük hissetme durumları diğer yük durumlarına göre oldukça yüksek olarak bulundu. Eğili demans hastaları ve bakım verenleri ile yaptığı çalışmada (112) bir yıldan uzun süre bakım veren kişilerde bakım yükünün daha fazla olduğunu bulundu. Yapılan bir çalışma sonucunda (59) bakım verme süresinin bir yıldan fazla olanlarda bakım yükünün yüksek olduğu, saptanmıştır. Yapılan farklı bir çalışmada da, karaciğer transplantasyonu sonrası bir-iki yıl aralığında bakım verenlerin yükünün daha az olduğu tespit edilmiştir. Bir-iki yıl aralığında bakım verenlerin yük algılarının, bir yıldan fazla bakım verenlere göre az olması, hastaların zaman geçtikçe iyileşme göstermeleri ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede daha etkin olmalarına bağlanabilir. Bakım verme süresinin bakım yükünü etkileyen etmenler arasında olduğu; bakım süresi uzadıkça bakım vericinin yükü ve tükenmişlik düzeyinin de arttığı düşünülmektedir (14, 113).

Çalışmamızda beyin cerrahi hastalarının yanında sürekli kalan bakım verenlerin, ara sıra kalan bakım verenler arasında KUZBYÖ puan ortalaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Ancak beyin cerrahi hastalarının yanında sürekli kalan bakım veren aile üyelerin, sürekli kalmayanlara göre KUZBYÖ puan ortalaması düşük olduğu ve hastanın yanında sürekli kalan aile üyesinin daha fazla bakım yükü hissettiği saptandı. Çalışmamız Yılmaz'ın kolon kanserli hasta ve yakınlarının bakım yükünü değerlendirdiği araştırmanın (106) sonucu ile benzerlik göstermektedir. Sürekli bakım verenlerin zamanla hastalarına verdikleri bakımı görev edindikleri, günlük işlerinden biri olarak gördükleri ve alıştıkları, dönüşümlü bakım verenlerin ise bakım vermeyi zorunluluk olarak kabul ettikleri için bakım yüklerinin daha yüksek olabileceğini akla getirmektedir. Öner onkoloji hastaları ve bakım verenleri ile yaptığı çalışmasında (8) da hastaya sürekli bakım verenlerin daha fazla bakım yükü

algıladıklarını bulmuştur. Bakım veren aile üyelerinin hastayla sürekli birlikte olması; bakım vereninin kendine vakit ayıramaması, sosyal hayatının kesintiye uğraması, kendi öz bakımlarını sürdürmede güçlük yaşaması bakım vermeyi stresli bir durum olarak algılamalarına neden olur. Hasta ile sürekli birlikte olmaya bağlı olarak bakım veren aile üyelerinin yaşayabileceği bu stresörlere bağlı olarak bakım yükünün daha fazla algılandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan beyin ameliyatı geçiren hastalarının bakımına destek olan diğer aile üyesinin varlığı ya da yokluğu arasında KUZBYÖ puan ortalaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Ancak hastanın bakımına destek olan aile üyesi varlığında bakım verenin bakım yükünün azaldığı bulundu. Çalışmamız Yılmaz kolon kanserli hasta ve yakınlarının bakım yükünü değerlendirdiği araştırmanın (106) sonucu ile benzerlik göstermektedir. Hastanede kalış süresi yalnız hastaları değil bakım vericileri de etkileyen bir durumdur. Hastanede yatış döneminde aile üyeleri ile bakımın paylaşılması bakım verenlerin yükünü azaltacaktır (19). Çıtlık ve arkadaşlarının karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yükünü incelediği çalışmasında (14), bakım vermede yardımcı birey olmayan bakım verenlerin bakım yükünü daha fazla olduğu bildirilmiştir. Hastaya bakım vermede diğer aile üyelerinin olması bakım verenin bakım verilen birey ile daha az birlikte olmasını ve bakım veren bireyin kendine daha fazla zaman ayırabilmesini sağlayarak kişinin algıladığı bakım yükünü azalttığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamalarının hastaya fiziksel destek verme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık gösterdiği saptandı. Hastaya fiziksel destek vermeyen aile üyelerinde orta ve ileri derece yük hissetme durumu ile karşılaşılmazken, hastaya fiziksel destek veren aile üyelerinin orta ve ileri derece yük hissettiği belirlendi. Yapılan farklı araştırmalarda, çalışmamızla benzer sonuçlar alınmıştır (8, 18, 114). Bu durum beyin ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmesi ve bakım veren aile üyelerinin daha fazla fiziksel destek uygulamaya gereksinim duyduklarını düşündürülebilir.

Beyin ameliyatı geçiren hastaya bakım veren aile üyeleri hastanede kaldıkları süre içerisinde, yemek, ibadet ve ulaşım konusunda sorun yaşadıkları; bu sorunları yaşayan

aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu ve ileri derecede bakım yükü hissettikleri belirlendi. Yapılan farklı araştırmalarda araştırmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (8, 18, 114). Bakım veren aile üyelerinin çoğunluğunun Trabzon ili dışından gelmesi, hastanenin bakım veren aile üyelerine yemek vermemesi, hastalara bakım verilerin alanın fiziksel olarak yetersiz olması, hastaların yaşadığı semptomların fazla olması ve bakım verenlerin il dışından geldiği için sürekli hastanın yanında kalması nedeni ile bu sorunları yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım veren aile üyelerin evde bakmakla yükümlü oldukları çocuk, anne, baba gibi kişiler olduğunda bakım yükünün arttığı bulunmuştur. Yapılan farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (18, 115, 116). Bu sonuca göre bakım veren aile üyeleri hastanede kaldıkları süre içerisinde evdeki rollerini yerine getirememektedir. Aile yaşantıları kesintiye uğramakta ve bunun da bakım veren aile üyelerinde bakım yükü algısını arttıracakları düşünülmektedir.

Hastalara bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamaları ile hastaların BGYAİ puan ortalamaları arasında anlamlı derecede negatif yönlü ilişki olduğu saptandı. Buna göre BGYAİ puan ortalamaları yükseldikçe KUZBYÖ toplam puan ortalaması azalmaktadır. Bakım verilen bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinin artması durumu, bakım veren aile üyesinin hissettiği bakım yükü düzeyini düşürmektedir. BGYAİ puanları yükseldikçe kişinin bağımsızlığı arttığından, bakım veren kişinin üzerinde oluşan bakım yükü de azalmaktadır. İki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan ilişkiden yola çıkılarak yapılan regresyon analizi sonucunda ise, BGYAİ ile ölçümlenen, hastaların bağımlılık düzeylerinin KUZBYÖ ile ölçümlenen bakım verenlerin bakım yükü hissetme durumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Hasta bireylerin bağımlılık düzeyleri arttıkça bakım veren aile üyelerinin de bakım yükü arttığı bulunmuştur. Bağımlılık düzeyinin artması bakım gereksinimini arttırırken bakım verenlerin yükünün de artmasına neden olmaktadır (100). Konuyla ilgili birçok çalışmanın sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir (1, 16, 102, 118).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanede bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükünün belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Hastaların %66.7'sinin 55 yaş ve üzerinde, %63.7'sinin erkek ve %74.5'inin evli olduğu belirlendi. Hastaların %71.6'sı ilköğretim mezunu, %76.5'i orta gelir düzeyine sahip ve %78.4'ü çalışmamakta olup, tamamı sosyal güvenceye sahiptir. Hastaların hastanede ortalama 8 ± 9.13 gündür yattığı ve %63.8'ine intrakranial kitle nedeni ile ameliyat uygulandığı tespit edildi. Ayrıca hastaların %50'sinde ameliyat olduğu hastalık dışında en az bir hastalığın bulunduğu saptandı (Tablo 2).
- Bakım veren aile üyelerinin %40.2'sinin 19-36 yaş arasında, %68.6'sının kadın ve %80.4'ünün evli olduğu belirlendi. Bakım vericilerin %56.8'i ilköğretim mezunu, %58.9'u il merkezinde yaşamakta ve %75.5'i çekirdek aileye sahipti. Katılımcıların %83.3'ünün orta gelir düzeyine sahip olduğu, %63.7'sinin çalışmadığı ve tamamının sosyal güvencesinin olduğu tespit edildi. Bakım vericilerin %91.2'si hastanın birinci derece yakını olup %27.5'i kronik bir hastalığa sahipti (Tablo 3).
- Bakım veren aile üyelerinin yarıya yakının 30 günden az ve iken üçte ikisi 181 gün ve daha fazla süredir hastasının bakımıyla ilgilenmektedir. Bakım veren aile üyelerinin dörtte üçü hastanın yanında sürekli kalmakta, üçte ikiye yakını günde 8-16 saat hastanın bakımı ile ilgilenmektedir. Bakım veren aile üyelerinin üçte ikiye evde bakmakla yükümlü olduğu en az bir kişinin bulunduğu ve beşte dördünden fazlasının çocuklarına bakmakla yükümlü olduğu saptandı. Bakım veren aile üyelerinin yarıdan fazlasının hastanede kaldıkları süre içinde hasta bakımında diğer aile üyelerinden destek aldıkları tespit edildi. Katılımcıların yarıdan fazlasının hastanede kaldıkları süre içerisinde diğer aile üyelerinden hasta bakımında destek aldığı ve en sık alınan destek türünün fiziksel destek olduğu belirlendi. Bakım veren aile üyelerinin tamamına yakını hastasına fiziksel, dörtte üçü psikolojik ve yarıdan biraz

fazlası maddi destek sağlamaktadır. Bakım veren aile üyelerinin yaklaşık üçte ikisinin hastanede kaldıkları sürede sorun yaşadığı ve en sık yaşanan sorunun ise uyku olduğu tespit edildi (Tablo 4).

- Bakım veren aile üyelerinin bakım verdiği hastaların BGYAİ'nden aldığı puan ortalaması 34.8 ± 31.1 ve bakım vericilerin KUZBYÖ'den aldığı puan ortalaması 27.3 ± 12.8 'dir. Buna göre hastaların ileri derecede bağımlı olduğu ve bakım veren aile üyelerinin hafif ve orta derecede yük hissettikleri saptandı (Tablo 5).
- Beyin ameliyatı geçiren hastaların BGYAİ puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, çalışma durumu ve mevcut hastalığı dışında sağlık sorunu olma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamazken, ameliyatın uygulanma nedenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Buna göre 55 yaş ve üzeri, erkek, evli, ilköğretim mezunu, aylık gelir düzeyi orta, çalışmayan, mevcut hastalığı dışında sağlık sorunu olan ve subaraknoid kanaması olanların BGYAİ puan ortalamalarının düşük olduğu ve daha bağımlı olduğu belirlendi (Tablo 6).
- Beyin ameliyatı geçiren hastaların bağımlılık düzeyleri ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, çalışma durumu ve mevcut hastalığı dışında sağlık sorunu olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. Beyin ameliyat uygulama nedeni ile hastaların bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (Tablo 7).
- Bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi ve çalışma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülürken, yaşanan yer, aile türü, yakınlık derecesi, sağlık sorunu olma yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Elli beş yaş ve üzeri, kadın, evli, ilköğretim mezunu, köyde yaşayan düşük gelir düzeyine sahip, geniş aile de yaşayan, çalışmayan, hasta ile birinci derece yakınlığı olan ve sağlık sorunu olmayan aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamalarının yüksek ve bakım yükünün daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 8).

- Bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamalarına göre hissedilen bakım yükü ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve hasta ile yakınlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, yaşanılan yer, aylık gelir düzeyi, aile türü ve sağlık sorunu olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. Elli beş yaş ve üzeri, ilde yaşayan, orta gelir düzeyine sahip, çekirdek ailede yaşayan, çalışmayan, hasta ile birinci derece akraba olan ve sağlık sorunu olmayan aile üyelerinin ileri derecede bakım yükü hissettikleri belirlendi (Tablo 9).
- Bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamaları ile hasta bakımı ile ilgilenme süresi, hastaya bakım verme süresi, aile üyesinin fiziksel desteği, aile üyesinin hastanede yaşadığı yemek, ibadet ve ulaşım sorunu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Ancak bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamaları ile hastane kalma süresi, evde bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı, bakmakla yükümlü olunan anne-baba ve çocuk, bakıma destek olan diğer aile üyesinin verdiği psikolojik, fiziksel ve maddi destek, bakım veren aile üyesinin maddi ve psikolojik desteği, bakım veren aile üyelerinin sorun yaşama durumu ve uyku sorunu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. 181 günden fazla bakım verenlerde, hastanede ara sıra kalanlarda, 17 saatten fazla bakım verenlerde, evde bakmakla yükümlü olduğu kişi olanlarda, evde bakmakla yükümlü anne- baba varlığında, bakıma destek olan diğer aile üyesinin yokluğunda, bakıma destek olan diğer aile üyesinin psikolojik ve maddi destek verenlerde, bakım veren aile üyesinin psikolojik destek verdiğine, bakım veren aile üyesinin hastanede sorun yaşayanlarda ve hastanede yemek, uyku, ibadet ve hijyen sorunu yaşayanların KUZBYÖ puan ortalamaları yüksek ve bakım yüklerinin fazla olduğu saptandı (Tablo 10).
- Bakım veren aile üyelerin KUZBYÖ'ne göre hissedilen bakım yükü ile hasta bakımı ile ilgilenme süresi, evde bakmakla yükümlü olunan anne-baba varlığı, bakıma destek olan diğer aile üyesinin hastaya verdiği fiziksel destek, bakım veren aile üyesinin hastanede yaşadığı yemek ve ulaşım sorunu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Ancak bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ'ne göre hissedilen bakım yükü ile hastanede kalma

sıklığı, hastaya bakım verme süresi, evde bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı, evde bakmakla yükümlü olunan çocuk varlığı, bakıma destek olan diğer aile üyesinin varlığı, bakıma destek olan diğer aile üyesinin hastaya verdiği psikolojik ve fiziksel destek, bakım veren aile üyesinin hastaya verdiği maddi ve psikolojik destek, bakım veren aile üyelerinin hastanede sorun yaşama durumu, bakım veren aile üyelerinin hastanede yaşadığı hijyen, uyku ve ibadet sorunu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. Hasta bakımı ile 181 günden fazla ilgilenen, hastanın yanında hastanede sürekli kalan, hastaya günde 8-16 saat bakım veren, evde bakmakla yükümlü kişi olmayan, evde bakmakla yükümlü anne-baba ve çocuğu olmayan, evde bakıma destek olan diğer aile üyesinin varlığında, hastasına fiziksel psikolojik ve maddi destek veren varlığı, bakım veren aile üyesinin fiziksel, maddi ve psikolojik destekleri, hastanede sorun yaşayanlarda, hastanede hijyen, yemek, uyku, ibadet ve ulaşım sorunu yaşayanların ileri derecede bakım yükü hissettikleri bulundu (Tablo11).

- Hastalara bakım veren aile üyelerinin KUZBYÖ puan ortalamaları ile hastaların BGYAİ puan ortalamaları arasında negatif yönlü ilişki olduğu saptandı. Buna göre bakım verilen bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinin azalması, bakım veren aile üyesinin hissettiği bakım yükü düzeyini düşürmektedir. BGYAİ puanları yükseldikçe kişinin bağımsızlığı arttığından, bakım veren kişinin üzerinde oluşan bakım yükü azalmaktadır (Tablo 12).

8.2. Öneriler

Araştırmada bulunan sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Beyin cerrahi uygulanan hastaların ileri düzeyde bağımlı oldukları için bakıma gereksinim duydukları bu nedenle onlara bakım veren aile üyelerinin desteklenmeleri gerektiği,
- Hastaların bakım gereksinimleri konusunda yardımcı olan yakınları orta düzeyde yük yaşadıklarından, hemşirelerin bakım verenlerle iletişim halinde olması ve gereksinimlerin belirlenmesi,

- Bakım veren bireylere geliştirilen farklı bakım yükü ölçekleri uygulanarak yaşadıkları yükün belirlenmesi, bu doğrultuda stratejiler geliştirilmesi ve taburculuk eğitimi ile desteklenmesi,
- Bakım veren bireylerin hastanede yemek, ibadet gibi yaşadıkları soruna yönelik gerekirse hastane yönetimi ile iletişime geçilmesi,
- Hasta ve yakınların süreç boyunca bilgilendirilmesi de hemşirelerin etkin olarak sorumluluk alması konusunda desteklenmesi,
- Benzer çalışmaların farklı kurumlarda ve daha fazla sayıda hasta ve yakını ile uygulanması önerilmektedir.



9. KAYNAKLAR

1. Kaya H, Acaroğlu R, Merdiye Şendir M, Gölbaş S (2007). Nöroşirürji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile baş etme durumuna etkisi. İstanbul Üniversitesi Florence.Nightingale Hemşirelik Dergisi 15(59):75-81.
2. Öztekin D S (2015). Nöroşirürji Hemşireliği. Birinci baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, No. 111, İstanbul.
3. İlçe A, Totur B, Özbayır T (2010). Beyin tümörlü hastaların uluslararası Nanda hemşirelik tanılarına göre değerlendirilmesi: bakım önerileri. Journal of Neurological Sciences 27(2):178-184.
4. Yıldız T, Önler E, Malak A, Çetintaş M, Çiçek Y (2012). Nöroşirürji hemşireliği ve hemşirelik bakımında manevi boyut. Türk Nöroşirürji Dergisi 22.
5. Kaplan A, Atabey C, Topuz K A, Eroğlu A, Kurt H, Çolak A, Demircan N M (2012). Bakım hastalarının bakım yükünün algılanmasında terapötik iletişim ve hemşirenin rolü. Türk Nöroşirürji Dergisi 22.
6. Moieni M, Poorpooneh Z, Pahlavanzadeh Z (2014). Investigating the effect of family-focused nursing intervention on caregiver burden of the family members of the patients undergoing coronary bypass surgery in ısfahan shahid chamran hospital during. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 19(2):187-192.
7. Gedik A (2015).Nöroşirürji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
8. Öner Ö 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.
9. Chou K, Chu H, Tseng C (2010). The measurement of caregiver burden. Journal of Medical Sciences 23(2):73-82.

10. Güven S, Hazer O (2012).Ülkemizde evde bakım sistemlerinin aile ve yaşlılık açısından gereği, önemi ve bu konuda ev ekonomistlerinin yeri. I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 19-20.
11. Aşiret G D, Kapucu S (2012). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2(1):73-80.
12. 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, Kayseri.
13. İzgü N(2015). Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaların primer bakım vericilerinde bakım verme yükü ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2(1):61–69.
14. Çıtlık S, Bayır K, Sarıtaş S, Ucuzal M (2014). Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2(1):18-25.
15. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. (2004). Gruppo di Lavoro : Burden, attitudes and social support in the families of patients with long-term physical diseases. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 13(4):255-261.
16. Malak AT, Dicle A (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. Türk Nöroşirurji Dergisi 18(2):118-121.
17. Dalgıç C (2015). Larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yüklerinin ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı, İstanbul.
18. Bayram H (2014). Majör ortopedik cerrahi uygulana hastalara klinikte bakım verenlerin bakım yükünün ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı, İzmir.
19. Atagün M İ, Devrim Balaban Ö, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz, Özpolat A (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride güncel yaklaşımlar; 3(3):513-552.

20. Lang D A, Neil-Dwyer G, Garfield J (1999). Outcome after complex neurosurgery: the caregiver's burden is forgotten. *Journal Neurosurgery* 91(3):359-63.
21. Kanan N (2011). Nöroşirurji ameliyathane hemşiresinin rol ve sorumlulukları. İstanbul Üniversitesi Florence. *Nightingale Hemşirelik Dergisi* 19(3):179-186.
22. Demiral B (2016). Serebral palsili çocukların annelerinin ortopedik girişim öncesi ve sonrası bakım yükünün belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
23. Lindsay W K, Bone L, Callander R (1997). *Neurology and Neurosurgery Illustrated. Nöroloji ve Nöroşirurji*. 3th ed. Çeviren: Bozbuğa M, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti., Ankara.
24. Sevilir P C (2011). Ameliyat geçiren hastaların bakım gereksinimlerinin ve hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
25. Karadakovan A, Eti Aslan F (2014). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Üçüncü baskı. Akademisyen Kitabevi, Ankara.
26. Aydemir F, Akar A, Yılmaz C (2015). Delici olmayan kafa travması sonrası meydana gelen intraserebral hematoma bölgesinde gelişen beyin apsesi. *Türk Nöroşirurji Dergisi* 25(3):330-334.
27. Yılmaz T, Gül A, Turan Y, Aydın P, Göçmez C, Kamaşak K, Hattapoğlu S, Ceviz A (2014). Brain abscesses: Clinical analysis of twenty-five cases. *Journal of Neurological Sciences* 31(1):175-187.
28. Okatan Ö (2013). *Beyin cerrahi kliniği hemşirelik rehberi*. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
29. Cancer research UK (2014). <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/brain-other-cns-and-intracranial-tumours#heading-Five> (Alındı: 11.12.2016).
30. Central Brain Tumor Registry of The United States (2016). <http://www.cbtrus.org/factsheet/factsheet.html> (Alındı: 11.12.2016).

31. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013). <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/1793-2013-y%C4%B1%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html> (Alındı: 11.12.2016).
32. Çoker T (2015). Nöroşirürji hastalarında glasgow koma skalası'nın uygulanan genel anestezi üzerine etkisi. Tıpta Uzmanlık, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Edirne.
33. Şimşek A, Dicle A (2015). Primer beyin tümörlü hastalara roy uyum modeli'ne göre verilen eğitimin semptom ve stresle baş etme üzerine etkisinin incelenmesi. Türk Nöroşirürji Dergisi, 25.
34. Çapraz R (2011). Beyin tümörlü hastaların sosyal destek sistemleri ve benlik saygıları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
35. Egemen N, Özdemir M (2012). Anterior kommunikan arter anevrizmaları. Türk Nöroşirürji Dergisi 22(3):197-205.
36. Evliyaoğlu Ç (2012). İntrakraniyal anevrizma patofizyolojisi ve genetiği. Türk Nöroşirürji Dergisi 22(3):189-196.
37. Dentlinger N, Ramdın V (2015). Medical Surgical Nursing. Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. 3th ed. Çeviren: Çelik S, Yeşilbalkan Ö, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul.
38. Özdemir M, Bozkurt M, Kahiloğulları G, Uğur Ç H, Egemen N (2011). Subaraknoid kanama ve komplikasyonlarının tedavisi. Journal of Ankara University Faculty of Medicine 64(1):52-55.
39. Arslan R (2005). İntrakraniyal anevrizma tedavisinde erken cerrahi yaklaşımın tedavi sonucu üzerindeki önemi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi beyin ve sinir cerrahisi kliniği, İstanbul.
40. Korkmaz D Ö, Akçıl E F, Tunalı Y (2015). Travmatik beyin hasarında yoğun bakım tedavisi. Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation 43(1):1-6.

41. Can Ö (2013). Acil servise başvuran kafa travmalı hastalarda kafa içi basınç artışının optik sinir kılıf çapı ölçümü ile saptanması. Tıpta Uzmanlık, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir.
42. Taş U, Ayan M, Kahraman T, Başol N, Ortak H, Esen M, Başol G (2013). Kranium kırığı veya beyin kanaması olan kafa travmalı hastalarda kanama kırık ilişkisinin incelenmesi. The Journal of Academic Emergency Medicine 12(1):85-8.
43. Centers for Disease Control and Prevention. Get the Stats on Traumatic Brain Injury in the United States (2002-2006). https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/bluebook_factsheet-a.pdf (Alındı: 11.12.2016).
44. Ekici M, Olgun T, Papatya E D, Özçelik G, Dalkılıç T (2003). Çocuk klinikleri ile nöroşirürji kliniğinde yatan intrakranial kanamalı hastaların incelenmesi. Şeh Tıp Bülteni 37(4).
45. Ökten A İ, Ergün R, Beşkonaklı E, Akdemir G, Bostancı U, Gezici A, Ergunor F, Taşkın Y (1997). Kafa travmasında prognozu ve ölüm oranını etkileyen unsurlar. Türk Nöroşirürji Dergisi 7(2):51 – 59.
46. Doser K, Norup A (2016). Caregiver burden in Danish family members of patients with severe brain injury: The chronic phase. Brain Injury 30(3): 334-342.
47. Tuna Malak A (2007). Beyin tümörlü hastalarda danışmanlığın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerine ve bakım sonuçlarına etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
48. Tramonti F, Bonfiglio L, Bernardo C, Ulivi C, Virgillito A, Rossi B, Carboncini M (2015). Family functioning in severe brain injuries: correlations with caregivers' burden, perceived social support and quality of life. Psychology, Health Medicine 20(8): 933–939.
49. Koca Kutlu A (2005). Nöroşirürji hastalarında ameliyat sonrası egzersizin kan değerleri üzerine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
50. Abdelmowla R, Abdellateef Z, Elkhayat R (2015). Impact of nursing educational program on reducing or preventing postoperative complications for patients after intracranial surgery. Journal of Education and Practice 6(9):60-70.

51. Çevik K, Eşer İ (2014). Nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. İstanbul Üniversitesi Florence. Nightingale Hemşirelik Dergisi 22(2):76-83.
52. Çivi S, Tanrikulu M Z. (2000). Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Turkish Journal of Geriatrics 3(3):85-90.
53. Cingil D, Gözüm S (2008). Yaşlı bireyler için aile üyeleri tarafından verilen bakımı değerlendirme envanteri' nin geçerlilik ve güvenirliliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 1(1):5-18.
54. Türk Dil Kurumu (2012). <http://www.tdk.gov.tr/> (Alındı: 14.07.2016)
55. Aydın M (2014). Bir üniversite hastanesindeki hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
56. Güldal D, Şemin S, Öner B (2001). Hastanelerde neden refakatçi kalıyorlar? Türk Aile Hekimliği Dergisi 5(4):18-21.
57. <http://www.saglik.gov.tr/Hastahaklari/belge/1-39067/hasta-haklariyonetmeligi.html> (Alındı: 01.10.2016).
58. Toseland R W, Smith G, McCallion P (2001). Family caregivers of the frail elderly. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population, 18(2):99-109.
59. Şahin Z A, Polat H, Ergüney S (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(2): 1-8.
60. Uludağ A (2014). Konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde bakım yükü ve yaşam doyumu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
61. Yıldırım G F (2014). Psikiyatri hastalarına bakım verenlerin ruhsal durumları ve bakım yükünün değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

62. Kahrıman F (2014). Kanserli hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
63. Kurşun Ş, Kanan N (2012). Bakım davranışları ölçeği-24'ün türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 15(4):229-235.
64. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A (2013). Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışı vuran duygu durumu ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 14(1):19-26.
65. Orak O, Sezgin S (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 6(1):33-39.
66. Collins C E, Given B A, Given C W (1994). Interventions with family caregivers of persons with alzheimer's disease. Nursing Clinics of North America 29(1):195-207.
67. Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G (2009). Bakım verenlerin yükü envanterinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. Journal Of Neurological Sciences 26(1):60-73.
68. Durmaz H (2011). Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öz etkililik düzeylerinin bakım yüküne etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
69. Türk Dil Kurumu (2012). Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Tarih Kurumu basımevi; 1983. 505/1. Bakım; s.109.
70. Şeşen E(2015). Role theory and its usefulness in public relations. European Journal of Business and Social Sciences 4(1):136-143.
71. Güner İ C (2008). Meme kanseri ve eşlerinin desteği. Gaziantep Tıp Dergisi 1(1):46-49.
72. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu E, Ülker E (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 15(1):48-54.

73. Yaşar K E (2009). Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
74. Erdem M (2005). Yaşlıya bakım verme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8(3):101–106.
75. Çetinkaya F (2008). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
76. Gülpak M, Kocaöz S (2014). Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Preventive Medicine Bulletin 13(2):99-108.
77. Tosun S A, Doğan A, Kartın Tekinsoy P, Zincir H (2015). Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi. Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi 18(1):9-16.
78. Forster A, Dickerson J, Young J, Patel A, Kalra L, Nixon J (2013). A structured training programme for caregivers of inpatients after stroke (TRACS): a cluster randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. Lancet 382(991):2069-2076.
79. Türken G K (2015). Hemşirelerin informal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
80. Eifert K E (2015). Family caregiver identity: a literature review. American Journal of Health Education. 46(6):357–367.
81. Kekeç M (2011). Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
82. Özer N, Hacıoğlu N, Çevik A R, Akpınar R (2006). Hastaların kendilerini bakım veren yakınlarına yük olarak hissetme durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(4):31-37.

83. Özer N, Yurttaş A, Akyıl Ç R (2012). Psychometric evaluation of the Turkish Version of the Zarit Burden Interview (ZBI) in Family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics. *Journal of Transcultural Nursing* 23(1):65–71.
84. Akgün Ş Z (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalarına (KOAH) bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*; 12(3):113-119.
85. Cheng H Y, Chair S Y, Pak Chau C J (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 95(1):30–44.
86. Bayramova N (2008). Amiyotrofik lateral skleroz’lu (ALS) hastalarının evde bakım gereksinimleri ve bakım verenlerin bakım yükünün belirlenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
87. Krug K, Miksch A, Klimm F P, Engeser P, Szecsenyi J (2016). Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Palliative Care*15(4).
88. Temizer H (2009). İnmeli hastalara evde bakan aile üyelerine verilen hemşirelik görüşmelerinin bilgi düzeylerine ve bakım yükünü algılamalarına etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği, Erzurum.
89. Selen F, Kav S (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 16(1):12-22.
90. Honea N, Brintnal R, Given B, Colao D (2008). Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 12(3):507-516.
91. Uzun Ö, Özer N, Akyıl R Ç (2002). Bazı cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Dergisi* 34(1):39-45.

92. Ak M, Yavuz K F, Lapsekili N, Türkçapar M K (2012). Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 25(1):330–7.
93. Karaaslan A (2012). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
94. Özeltin G (1999). Psikiyatri hemşireliğinde hasta ve hasta aileleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 3(1):1-8.
95. Baltayan A (2012). Yaşlı hastalara bakım veren kadınların bakım yüklerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
96. Openepi istatistik analiz (2016). (online). Available from: <http://www.openepi.com>. (Accessed 1December 2016).
97. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden . *Gerontologist*, 20:649-655
98. Bartel D, Mahoney FL (1965). Functional evaluation: The Bartel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14:56-61.
99. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennat A, Süldür N, Sonel B, Arasıl T (2000). Adaptation of modified Bartel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand Journal of Rehabilitation Medicine* , 32(29),87-92
100. Kankaya H, Doğru B, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç (2016). Multipl skleroz’lu hastaların günlük yaşam aktivite düzeyleri ile bakım verenlerin gösterdiği tepkiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 5 (1).
101. Bassi M, Falautanob M, Cilia S, Goretti B, Grobberio M, Pattini M et al (2014). The coexistence of well- and ill-being in persons with multiple sclerosis, their caregivers and health professionals. *Journal of the Neurological Sciences* 337(12):67–73.

102. Kural E (2017). Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda yaşanan semptomlar ve şiddetinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya.
103. Karcı G U (2016). Adana Yüreğir ilçesinin iki mahallesin de evde yaşayan yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin karşılaştığı sorunların belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
104. Ören N (2016). Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve tükenmişlik durumları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
105. Garlo K (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *Journal of the American Geriatrics Society* 15(8):2315–2322
106. Yılmaz G (2016). Kolon kanserli hasta yakınlarının bakım yükünün değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
107. Etters L, Goodall D, Harrison B E (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20(8):423–428.
108. Stoltz P, Uden G, Willman A (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(2):111-119.
109. Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas S S, Tsangari H, Sourtzi P (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing* 58(5):446–457.
110. Carmen C, Chang A (1999). Stres associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing* 22(4):260-265.
111. Bilgili N, Kubilay G (2000). Yaşlı bireylere bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Doktora Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Ankara.

112. Eğili C S (2016). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
113. Pinquart M, Sörensen S (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *Journal Gerontology Psychological Sciences Social* 62(2):126- 137.
114. Özdemir F K, Şahin Z A, Küçük D (2009). Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 26(3):153-158.
115. Kaynar G Ö (2016). Kolorektal kanserli hastalara bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
116. Bilgili N, Ateş E (2013). Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 15(3):1-12
117. Çelik A (2014). İnmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Ankara.
118. Mc Cullagh E, Brigstocke E, Donaldson D, Kalra L (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *American Heart Association* 36(10):2181-2186.

10. EKLER

10.1. Ek 1. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanedeki Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Değerlendirilmesi

Değerli Katılımcı,

Bakım verme, bakım veren bireyler yönünden çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Büyük oranda samimiyet ve sevginin artması ve bakım verme deneyimiyle anlam bulma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına neden olabilmektedir.

Araştırmanın amacı, beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanedeki bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükünü değerlendirmektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, aile üyelerinin bakım yükünü belirlemekte yardımcı olacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

1. Yaş:

2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumu: () Evli () Bekar

4. Eğitim Durumu: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Yüksekokul/Üniversite

5. Aylık Gelir Düzeyi: () İyi () Orta () Düşük

6. Sosyal Güvence: () Var () Yok

7. Çalışma durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor

8. Ameliyat olduğu hastalığı dışında herhangi bir hastalık/sağlık sorununun varlığı:

() Evet ise (açıklayınız),..... () Hayır

9. Hastaya ameliyatı uygulanma nedeni:

10. Hastanın hastanede yattığı süre:

10.2. Ek 2. Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanedeki Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Değerlendirilmesi

Değerli Katılımcı,

Bakım verme, bakım veren bireyler yönünden çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Büyük oranda samimiyet ve sevginin artması ve bakım verme deneyimiyle anlam bulma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına neden olabilmektedir.

Araştırmanın amacı, beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanedeki bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükünü değerlendirmektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, aile üyelerinin bakım yükünü belirlemekte yardımcı olacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

I. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
4. Eğitim Durumunuz: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Yüksekokul/Üniversite
5. Yaşadığınız Yer: () İl () İlçe () Köy
6. Aylık Gelir Düzeyiniz: () İyi () Orta () Düşük
7. Sosyal Güvenceniz: () Var () Yok
8. Aile Tipiniz: () Çekirdek Aile () Geniş Aile
9. Çalışma durumunuz: () Çalışıyor () Çalışmıyor
10. Hasta ile yakınlık dereceniz:
11. Herhangi bir hastalık/sağlık sorunuz var mı?
() Evet ise, () Hayır

II. BAKIM VERMEYE İLİŞKİN BİLGİLER

12. Ne kadar süredir hastanın bakımıyla ilgileniyorsunuz?.....
13. Hastaneye ne kadar sürede bir gidip geliyorsunuz?.....
14. Hastaya hastanede bakım verme süreniz:
En az ne kadar süre:
En çok ne kadar süre:
15. Hastaneye geldiğinizde evde bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var mı?
() Evet ise (kim/kimler), () Hayır

16. Hastaya bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek alıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

17. 16. soruya yanıt EVET ise, hastaya bakımda diğer aile üyelerinden aldığınız destek türü nedir?

☐ Psikolojik/duygusal destek ☐ Fiziksel bakımda destek ☐ Maddi destek ☐ Diğer.....

18. Hastaya bakım sürecinde en fazla verdiğiniz destek türü:

☐ Psikolojik/duygusal destek ☐ Fiziksel bakımda destek ☐ Maddi destek ☐ Diğer.....

19. Hastanede olduğunuz süre içerisinde hangi konularda sorun yaşıyorsunuz?

☐ Herhangi bir sorun yaşamıyorum ☐ İhtiyaçlarımı gidermek için eve gidiyorum, geliyorum

☐ Yemek ☐ Uyku ☐ İbadet ☐ Ulaşım ☐ Diğer.....



10.3. Ek 3. Kliniğe Uyarlanan Zarit Bakım Yükü Ölçeği (KUZBYÖ)

	Kliniğe uyarlanan ZARİT Bakım Yükü Ölçeği	Hiçbir zaman 0	Nadiren 1	Bazen 2	Sık sık 3	Hemen hemen her zaman 4
1	1-Bakım verdiğiniz yakınınızın ihtiyaç duyduğundan daha çok yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2	2-Bakım verdiğiniz yakınıza harcadığınız zaman nedeniyle kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3	3-Yakınınızın bakımı ile aileniz ya da işinize karşı diğer sorumluluklarınızı yerine getirmeye çalışma arasında sıkıntı hissediyor musunuz?					
4	5-Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman kızgınlık hissediyor musunuz?					
5	6-Bakım verdiğiniz yakınınızın son zamanlarda diğer aile üyeleriyle ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
6	7-Bakım verdiğiniz yakınınızın geleceği ile ilgili olarak endişeleniyor musunuz?					
7	8-Bakım verdiğiniz yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
8	9-Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman gerginlik hissediyor musunuz?					
9	10-Bakım verdiğiniz yakınınzla ilgilendiğiniz için sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?					
10	11-Yakınınızın bakımı nedeniyle istediğiniz gibi özel yaşamınızın olmadığını düşünüyor musunuz?					
11	12-Yakınınızın bakımı nedeniyle sosyal yaşamınızın kısıtlandığını hissediyor musunuz?					
12	14-Bakım verdiğiniz yakınınızın bakım vermeniz gereken tek kişi oymuş gibi sizden ona bakım vermenizi beklediğini düşünüyor musunuz?					
13	15-Kendi harcamalarınıza ek olarak bakım verdiğiniz yakınınızın bakımı için yeterince paranız olmadığını düşünüyor musunuz?					
14	16-Bakım verdiğiniz yakınınızın, bakımını daha fazla üstlenemeyeceğinizi düşünüyor musunuz?					
15	17-Bakım verdiğiniz yakınınızın hastalığı nedeniyle yaşam kontrolünüzü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
16	19-Yakınınız için ne yapılması gerektiği konusunda kararsızlık çektiğiniz oluyor mu?					
17	21-Yakınıza daha iyi bakabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?					
18	22-Bakım verdiğiniz yakınınızın size yük olduğunu düşünüyor musunuz					

10.4. Ek 4. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)

1. Beslenme (10)

10 puan: Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.

5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.

0 puan: Yapamaz

2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)

15 puan: Tam bağımsız.

10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.

5 puan: Tek başına yataкта oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.

0 puan: Tamamen yatağa bağımlı

3. Kendine bakım (5)

5 Puan: Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.

0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Tuvalet Kullanımı(10)

10 Puan: Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).

5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

0 puan: Bağımlı

5. Yıkama(5)

5 puan: Bağımsızdır

0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır

6. Düzgün yüzeyde yürüme(15)

15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüebilir. Breys, baston , koltuk değneği, yürüteç kullanabilir. Breys

kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.

10 puan: Hasta yukardakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürüebilir.

6A. Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) (5)

5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.

Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.

0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz

7. Merdiven inip çıkma(10)

10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)

5 puan: Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.

0 puan:Yapamaz

10.4. Ek 4. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) (Devamı)

8. Giyinip soyunma(10)

10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.

5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sutyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez

0 puan: Tam bağımlıdır

9. Barsak bakımı (10)

10 puan: Kontinan (Suppozituar kullanılabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmalı olgular)

5 puan: Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.

0 puan: İnkontinan

10. Mesane bakımı(10)

10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinal kord yaralanması olan kataterli hastalar, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.

5 puan: Bazen tualete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıırır.

0 puan:İnkontinan veya kateterli ve kontrol edemez

10.5. Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmanın Amacı Nedir?

Çalışma, beyin ameliyatı geçiren hastaların hastanedeki bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükünün değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.

Katılma Koşulları Nedir?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için;

1. Araştırmaya katılmak için gönüllü olmanız,,
2. 18 yaş ve üzerinde olmanız,
3. Hastanızın beyin ameliyatı (Anevrizma, beyin kanaması, beyin tümörü, kafa travması nedeni ile) geçirmiş olması,
4. Hastanızın yakını olmanız,
5. En az hastanede 48 saat hasta yanında refakat etmeniz,
6. Refakat ettiğiniz hastanın 18 yaş ve üzeri olması,
7. Konuşma ve işitme sorununuzun olmaması,
8. Türkçe konuşabilmeniz ve anlayabilmeniz gerekir.

Nasıl Bir Uygulama Yapılacaktır?

Çalışma için size araştırmacı tarafından ameliyat sonrası beyin cerrahisi servisinde 3. gününüzde hasta ve aile üyeleri tanıtım formunda ve ölçekte bulunan sorular sorulacak ve forma kaydedilecektir.

Sorumluluklarım Nedir?

Araştırma ile ilgili olarak sorulara içtenlikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Katılımcı Sayısı Nedir?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık 100-150 hasta yakınıdır.

Katılımım Ne Kadar Sürecektir?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 20-30 dakika'dır.

10.5. Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Devamı)

Çalışmaya Katılma İle Beklenen Olası Yarar Nedir?

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu olmamakla birlikte bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.

Çalışmaya Katılma İle Beklenen Olası Riskler Nedir?

Çalışma, anket formu ve ölçeklerin doldurulmasından ibaret olup, sizi bu araştırmada bekleyen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma Sürecinde Birlikte Kullanılmasının Sakıncalı Olduğu Bilinen İlaçlar/Besinler Nelerdir?

Çalışma, anket formu ve ölçeklerin doldurulmasından ibaret olup, araştırma süresince birlikte kullanılmasının sakıncalı olduğu bilinen herhangi bir ilaç ya da besinler yoktur.

Hangi Koşullarda Araştırma Dışı Bırakılabilirim?

Anket formu ve ölçeklerin doldurulmasında verdiğiniz yanıtların içten olmadığı izlenimi olduğu takdirde araştırmacı sizi çalışmadan çıkarabilir.

Diğer Tedaviler Nelerdir?

Size anket formu ve ölçeklerin uygulanması dışında, çalışma kapsamında herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

Herhangi Bir Zararlanma Durumunda Yükümlülük/Sorumluluk Kimdedir Ve Ne Yapılacaktır?

Size yalnızca anket formu ve ölçekler uygulanacağı için çalışma nedeniyle herhangi bir zarar görmeniz mümkün değildir.

Araştırma Süresince Çıkabilecek Sorunlar İçin Kimi Aramalıyım?

Anket formu ve ölçekler hastanede uygulanacağından ve yaklaşık 20-30 dakikanızı alacağından herhangi bir sorun olduğunda bunu araştırmacıyla paylaşabilirsiniz.

Çalışma Kapsamındaki Giderler Karşılancak Mıdır?

Size, anket formu ve ölçekler için herhangi bir araştırma masrafı ödenmeyecektir.

Çalışmayı Destekleyen Kurum Var Mıdır ?

Yoktur.

Çalışmaya Katılmam Nedeniyle Herhangi Bir Ödeme Yapılacak Mıdır?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmemem Veya Araştırmadan Ayrılmam Durumunda Ne Yapmam Gerekir?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

10.5. Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Devamı)

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

10.6. Ek 6. Kurum İzni



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Konu : Anket Çalışmanız Hk.

Sayın Yasemin GÜNER
KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

İlgi: a) 18.05.2016 tarihli ve 2016-3869 EBYS No'lu dilekçeniz.
F b) 20.05.2016 tarihli ve E.2883 sayılı yazımız.
b) 02.08.2016 tarihli ve 5430 EBYS No'lu dilekçeniz.

İlgide kayıtlı (a) dilekçenizdeki talebinize karşılık ilgi (b) yazımıza istinaden ilgi (c) dilekçeniz ekinde Etik Kurul onaylı sunulan *"Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanedeki Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Değerlendirilmesi"* adlı tez çalışmanız kapsamındaki anketin hastanemizde uygulanması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Halil KAVGACI
Başhekim

Bu belge elektronik imzalı ağı ile aynıdır.

09/08/2016
Emine DİNÇ
Şef



11. Etik Kurul Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859- 450
Konu: Etik kurul onay belgesi

29/07/2016

Sayın; Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanedeki Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2016/92 no.lu tez çalışması raporör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

11. Etik Kurul Onayı (Devamı)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanedeki Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Değerlendirilmesi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2016/ 92		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR. UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Yasemin GÜNER		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		

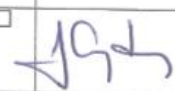
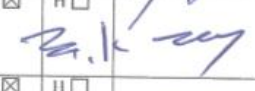
11. Etik Kurul Onayı (Devamı)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 5	Tarih: 25/07/2016
	Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Yasemin GÜNER'e ait "Beyin Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastanedeki Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Değerlendirilmesi" başlıklı 2016/92 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen <u>araştırma/tez</u> başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Evrim Ö. KARAGÜZEL Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : Güner, Yasemin
Uyruğu : T.C
Doğum tarihi ve yeri : 13.04.1988 AKSARAY
Medeni hali : Evli
Telefon : 0 462 227 77 77
E-Posta : yasemin-kul@hotmail.com
Yazışma adresi : KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Üniversite Mah.
Farabi Cad. No:88 61080/TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	AÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	2010
Lise	Aksaray Osman Gazi Lisesi	2005

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Ankara Özel Bayındır Hastanesi	2010-2011
Hemşire	Rize Devlet Hastanesi	2011-2013
Hemşire	Akçabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi	2013-

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR/BİLDİRİLER

1. **Güner Y**, Başar Z, Turna Ö, Gürsoy A, Çilingir D “Hasta Güvenliği için Kimlik Doğrulama: Hemşirelerin Bileklik Kullanımına İlişkin Görüş ve Uygulamaları”, Sözlü Bildiri, 20. Ulusal Cerrahi VE 15. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, 13-17 Nisan 2016.

2. **Güner Y**, Başar Z, Turna Ö, Gürsoy A, Çilingir D “Identity Verification for Patient Safety: Opinions and Applications of Nurses and Patients for Using Identifier Wristbands”, E-poster bildiri, 8th EORNA The Colossus of Perioperative Nursing, Rodos/Yunanistan, 4-7 Mayıs 2017.

