

**KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜ
VE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Şerife AKSEL
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**LEFKOŞA
2010**

**KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜ
VE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Şerife AKSEL
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

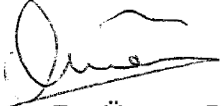
**DANIŞMAN
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER**

**LEFKOŞA
2010**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:


Yrd. Doç. Dr. Ümran DAL
Yakın Doğu Üniversitesi

Danışman:


Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Mersin Üniversitesi

Üye:


Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
Gazi Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukardaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İhsan ÇALIŞ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek veren Sayın Doç. Dr. Sabire Yurtsever'e,

Çalışmamın yürütülmesi için izin veren Başhekimlik, Başhemşirelik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Yakın Doğu Üniversitesi bünyesinde gerçekleştirilen ve Yüksek Lisans Programının başlangıcından bitimine kadar bana verdikleri hizmet ve destekleri için gerek ders hocalarıma gerekse kurumdaki tüm meslektaşlarıma,

Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinde hizmet veren, araştırmamın başlangıcından bitimine kadar bana yardımcı ve destek olan değerli meslektaşlarıma,

Yüksek lisans programı süresince gerek ders aşamasında, gerekse veri toplama aşamasında gösterdiği sabır ve desteğini hiç esirgemeyen değerli eşim Erkan Aksel'e, hayatımın en önemli varlıkları olan ve yaşamıma anlam katan biricik kızlarım Oya ve Aylin Aksel'e verdikleri destek ve gösterdikleri sabır için, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Aksel, Ş. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Gücü ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2010. Araştırma, kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışma kapsamına, 1 Ağustos-30 Kasım 2009 tarihleri arasında LDrBNDH Dahiliye I ve II kliniğinde yatan 100 hasta alınmıştır. Veriler; hastaların sosyo-demografik özelliklerini, öz bakım gücünü etkileyebilecek bazı değişkenleri ve evde bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ve öz bakım gücünü belirlemeye yönelik “Öz Bakım Gücü Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde yüzdelik, ortalama, student t testi, tek yönlü varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, hastaların öz bakım gücü puanlarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olup evli olanların, çocuk sayısı az olanların, emekli, sosyal güvencesi olanların, hastaneye yatma sayısı az olanların, başkalarına bağımlı olmayanların öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalıklarına bağlı yaşadıkları semptomlardan yorgunluğun, öz bakım gücünü en fazla etkileyen semptom olduğu ve hastaların günlük aktivitelerini etkilediği belirlenmiştir. Özellikle, hastaneye yatma sayısı, hastalık süresi fazla olan ve yalnız yaşayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük çıkması, evde bakım hizmetlerinin istendik düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Çalışma sonucunda, kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücünün yükseltilmesinde, evde bakım hizmetleri ile bakımın sürekliliğinin sağlanmasının gerekliliğinin önemi ortaya konulmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini arttırmak ve hastalığa uyumlarını kolaylaştırmanın evde bakım hizmetlerinin hayata geçirilmesi ile sağlanacağı öngörülmektedir.

Anahtar kelimeler: Kronik hastalık, evde bakım, öz bakım gücü, hemşire.

ABSTRACT

Aksel, Ş. Determination The Self-Care Agency And Home Care Needs Of Patients Who Has Chronic Diseases. Institute for Near East University of Health Sciences. Master's Thesis, Nicosia, 2010. The research has been conducted at Dr. Burhan Nalbantoglu State Hospital's (LDrBNDH) Internal Medicine I'st and II'nd services, in Nicosia, Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Aim of the research, which used sectional and descriptive methods, was to determine the self-care agency and home care needs of patients who has chronic diseases. 100 patients who hospitalized in the LDrBNDH Internal Medicine I'st and II'nd Services had been interviewed between 1 August and 30 November 2009. The data obtained through two methods. First one which included questions about socio-demographic characteristics of patients, the power of self-care and home care needs was "Personal Information Form", developed by the researcher and the second one was "Self-Care Agency Scale". The data analyzed with the t-test, ANOVA, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test. Finding of research show that patients with chronic diseases have low level of self-care agency. On the other hand patients who has chronic diseases, who are married, who have few children, pensioners, social benefit holder, those who are seldom hospitalized those who depend of other are found to have self care agency score higher than the other groups. These outputs are also statistically significant. Fatigue was identified to be as the most influential symptom by patient and it was identified to have an adverse effect on the daily activities of patient. Especially, people whose disease duration, number of hospitalization is much and people who lives alone have less self care capability points than the other groups makes us thought that home care services are not at the expected level. The results of the research put forward the importance of self-care agency and home care in terms of nursing practises. It is estimated that, increasing the life quality of individuals with chronic diseases will be possible through maintaining a compliance with the disease and making home care services possible.

Key words: Chronic disease, home care needs, self care agency, nurse.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kronik Hastalıklar	6
2.1.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Önemi	6
2.1.2. Kronik Hastalıkların Özellikleri	7
2.1.3. Kronik Hastalıkların Seyri ve Evreleri	11
2.1.4. Kronik Hastalıkların Etkileri ve Hastalığa Uyum Süreci	12
2.2. Öz Bakım ve Öz Bakım Gücü	14
2.2.1. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım	17
2.3. Evde Bakım	19
2.3.1. Evde Bakımın Tarihçesi	21
2.3.2. Evde Bakımın Önemi	22
2.3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları	24
2.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları	25
2.4. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Gücünün Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi	26
2.5. KKTC’de Evde Bakım Hizmetleri	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri	29
3.3. Araştırmanın Evreni	30
3.4. Araştırmanın Örneklemi	30
3.5. Verilerin Toplanması	30
3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	30
3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu	31
3.5.1.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği	31
3.5.2. Ön Uygulama	32
3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	32
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
6.1. Sonuçlar	63
6.2. Öneriler	65

7. KAYNAKLAR	67
EKLER.....	
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	
EK 2. Öz Bakım Gücü Ölçeği	
EK 3. İzin Yazıları	
EK 4. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi izin formu	
ÖZGEÇMİŞ.....	92

KISALTMALAR

DM:	Diyabetetes Mellitus
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GYA:	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HD:	Hemodiyaliz
HIV:	İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HİE:	Hizmet İçi Eğitim
KBY:	Kronik Böbrek Yetmezliği
KKH:	Koroner Kalp Hastalıkları
KKTC:	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDrBNDH:	Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi
MI:	Myokard İnfarktüsü
ÖBG:	Öz Bakım Gücü
ÖYD:	Öz Yeterlilik Durumu
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
USD:	Amerika Birleşik Devletleri Doları (<i>United States Dolar</i>)
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü (<i>World Health Organisation</i>)

TABLÖLAR

Sayfa

1.	Hipotez testi seçimi	33
2.	Hastaların Öz Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı	35
3.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	36
3.2.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	37
4.	Hastaların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
5.	Hastaların Hastalıklarının Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
6.	Hastaların Hastalıklarına Bağlı Deneyimledikleri Semptomların Sıklıklarına Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
7.	Hastaların Hastalıkları Nedeniyle Günlük Aktivitelerinin Etkilenme Durumlarına Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı ...	50

KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜ VE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerin sonucu olarak tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile hastalıklara bağlı ölümler azalmış, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış ve kronik hastalığı olan birey sayısı artmıştır (DSÖ, 2009; Eski, 2002; WHO, 2005). Gelişmiş toplumlarda yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının giderek arttığı görülmektedir. Bazı gelişmiş ülkelerde bu değer %12-18 arasında değişmektedir. 2050'li yıllarda 65 yaş üstü nüfusun 15-64 yaş nüfusuna göre gelişmiş ülkelerde iki kat ve gelişmekte olan ülkelerde ise üç kat daha hızlı artacağı ve 2025 yılında dünyadaki yaşlı insan sayısının 800 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir. Toplumdaki yaşlı oranı arttıkça kronik hastalık yükü de artmaktadır. 2000 yılında dünya genelinde total mortalitenin %59'u kronik hastalıklardan kaynaklanmıştır. Hastalık yükünün %46'sını da kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Bu yükün 2020'ye kadar %60'a çıkması beklenmektedir (DSÖ, 2009).

Kronik hastalıklar tam olarak iyileşmeyen, sürekli ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklara ve yetmezliklere yol açan bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik sorunlar ve ağrı yaşamasına neden olan, uzun süreli gözlem, bakım ve kontrol gerektiren geriye dönüşsüz patolojik değişikliklerdir (Bağ, 2007; Akdemir, 2005). Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna neden olup hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunlarına dönüşebilmektedir. Kronik hastalıklar bu nedenle birey, aile ve toplum için stres kaynağı olabilmektedir. Kronik hastalık durumu bireyin kimlik algılayışını değiştirebilmekte, en çok önem verdiği hedeflerinden vazgeçmesine, ailenin ve toplumun maddi kayıplar yaşamasına ve bireyin bağımlılık düzeyinin

artmasına neden olabilmektedir (Bağ, 2007; Akdemir, 2005; Akdemir ve Yurtsever, 2004).

Tüm bu olumsuzluklarla birlikte bireyin hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrenmesi ve hastalığın yarattığı olumsuz etkilerle baş etmede öz bakım gücünün geliştirilmesi son derece önemlidir. Kronik hastalığı olan bireyler kısmen ya da tamamen başkalarının yardımına ihtiyaç duymakta ve öz bakım öncelikli bir konu olmaktadır (Bağ, 2007; Akça ve Taşçı, 2005). Orem'e göre öz bakım bireyin yaşamını, sağlık ve iyilik halini korumak için kendine düşen aktiviteleri gerçekleştirmesidir (Bağ, 2007). Kronik hastalıklarda öz bakım davranışları arasında; tedavinin devamlılığını sürdürme, diyetle uyma, hastalığa özgü yaşam değişikliklerini yapabilme yer almaktadır. Öz bakım gücü yeterli olan birey, öz bakım gereksinimlerini yeterli bir şekilde karşılayabilecek, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilecek ve başkalarına bağımlı olmadan günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'ni gerçekleştirebilecektir (Bahar ve Parlar, 2007). Yeterli öz bakım gücüne sahip olmak, bireyin yaşamdan doyum alma derecesini desteklemektedir. Yapılan çalışmalar kronik hastalığı olan hastaların öz bakım düzeyi ile tedaviye uyum, sağlığı geliştirici davranışlar, fiziksel ve psikolojik semptomların azalması arasında pozitif yönde korelasyon olduğunu göstermektedir (Bağ, 2007; Yurtsever ve Kuyurtar, 2005; Bakoğlu, 2007). Bame ve ark. (1998) yaptıkları çalışmada hemodiyaliz (HD) hastalarının %49,5'inin hastalıkları ve semptomları ile baş etmede yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Mollaoğlu (2005) çalışmasında HD uygulanan bireylerde öz bakım gücünün orta derecede olduğunu belirlemiştir. Yurtsever ve Kuyurtar (2005) tarafından yapılan çalışmada da HD hastalarında yorgunlukla, öz bakım gücü arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yine yapılan bir başka çalışmada koroner arter hastalığının, bireyin fiziksel, emosyonel, ekonomik ve sosyal fonksiyonlarını içeren tüm yaşam alanlarına getirdiği kısıtlamalardan dolayı, insan sağlığını çok yönlü olarak etkilediği, bireylerin yaşamdan aldığı doyumunu ve öz bakım düzeyini azalttığı belirlenmiştir (Kars, 2004). Benzer olarak bir başka çalışmada da koroner arter hastalığı olan bireylerin öz bakım gücünü yaş,

cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, iş doyumu, alkol kullanma ve sigara içme gibi sağlıkla ilgili davranışlar, diyabet gibi diğer kronik hastalıklar ve cinsel yaşamdan memnuniyet düzeyini etkilediği saptanmıştır (Lukkarinen, 1997). Onsri ve arkadaşları (2002) Tayland'da 57 HIV (+) olan hasta ile yaptıkları araştırmada, sosyal destek ile öz bakım gücü arasında güçlü bir korelasyon bulmuşlardır.

Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücünün geliştirilmesinde, hastanın, tanısının konulduğu andan itibaren bütüncül olarak değerlendirilmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması önem taşımaktadır. Burada evde bakım hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Evde bakım kavramı taburculuk planlaması, tedavi ve bakım sürekliliği kavramları ile birlikte değerlendirilmelidir (Kars, 2004). Taburculuktan sonra başlayan tüm olası sorunların belirgin hale gelmesi hasta ve aileler için sıkıntı yaratmaktadır. Birçok hasta ve ailesi evdeyken sorularına yanıt almaya ve bu sorunların çözümü için yardıma gereksinim duymaktadırlar. Hastaların hastanede daha kısa sürede kalmasıyla birlikte ailelerin tedavi sonrası bakım ve izlem sorumlulukları da artmakta, buna hazır olmayan aile üyelerinin hastanın, özellikle öz bakımına ilişkin bilgi ve eğitim gereksinimleri de artmaktadır (Yılmaz, 2006; Çiftci, 2006; Daniş, 2004; Daniş, 2009). Birey ve ailenin evde yaşadığı bu sorunlarla baş edebilmesi için profesyonel desteğe gereksinimleri olabilmektedir (Bağ, 2007). Bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik en önemli ve ucuz yöntem sağlık eğitimidir. Bu nedenle hemşireler, en önemli rollerinden biri olan eğitici rolleri ile bireylere gerekli olan öz bakım yeteneklerini ve öz bakım gücünü artırmada yardım edecek destek ve bilgiyi sağlamalıdır (Lukkarinen ve ark., 1997). Hemşireler, bireylere verdikleri eğitim ile bireylerin bilerek ya da bilmeyerek uyguladıkları olumsuz alışkanlıklarının ve davranışlarının, olumlu sağlık alışkanlıklarına dönüşmesini sağlayacaklardır (Kars, 2004; Yıldız, 2003).

Blair (1999) yaptığı çalışmada eğitim ve destekleme ile davranış değişikliğini sağlayan hemşirelik bakımının hastaların öz bakımını artırmada

çok önemli olduğunu saptamıştır. Jaarsma ve arkadaşları (2000) kalp yetmezliği olan bireylere eğitim verilmesi ve desteklenmesi ile bilgi ve karar verme becerilerinin taburculuk sonrasında geliştiğini ve öz bakım davranışlarının olumlu yönde etkilendiğini belirtmiştir.

Kronik hastalığı olan hastaların var olan veya gelişebilecek sorunlarının çözümlenmesinde, hastalıkları ile yaşama uyum sağlamalarına yönelik öz bakım gücünün artırılmasında hemşirelik bakımının ve eğitiminin yaşamsal önemi vardır. Tüm bu veriler, kronik hastalarda taburculuk eğitimi ile hastaların öz bakım güçlerinin artırılmasını ve bakımın sürekliliğini sağlamada evde bakıma yönelik takibin önemini ortaya çıkarmaktadır. Bireylerin öz bakım sorumluluğunu almalarının sağlanması son derece önemlidir (Akça ve ark., 2005; Yıldız, 2003; Honjo, 2000). Kronik hastalığı olup daha önce hastanede tedavi gören hastalar tedaviye uyumsuzluk, yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlayamama vb. nedenlerle sık sık hastaneye yatmaktadırlar (Açıksöz, 2007; Davis, 1999; Demir ve Ünsar, 2008; Ünsar, 2006; Türk, 2005; Topbaş, 2003).

Bu olumsuzlukları önlemede hemşirenin; kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım güçlerinin artırılmasında, hastaneden taburcu olmadan önce, evde ihtiyacı olan gereksinimlerini, her hasta ve ailesine yönelik bireysel olarak belirlemesi, gerekli yaşam şekli değişikliklerine uyumu sağlaması bu girişimleri evde bakımla da devam ettirmesi gerekmektedir. Böylece hem kronik hastalığı olan bireylerin hem de ailesinin dolayısı ile toplumun yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlanacaktır.

KKTC’de bu konuda hemşireler tarafından yapılmış herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu araştırma sonucunda elde edilecek verilerin; hastaların hastaneye sık yatışlarının engellenmesi, maliyetin azaltılması, kronik hastalığı olan hastaların evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve bu bireylerin evde takibine yönelik katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar

2.1.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunlarıdır. Gizli hastalık durumları, tedavisi henüz olmayan ya da kesin olmayan hastalıklar ve tedavileri süreklilik gösteren hastalıklar kronik hastalıklar grubunda yer almaktadır. Tedavileri süreklilik gösteren kronik hastalıklar 'iyilik' ve 'hastalık' bileşenlerini içermektedir. (Chronic Disease Prevention, 2009; Akdemir ve Birol, 2005).

Kronik hastalıklar her yaşta, her sosyo-ekonomik düzeyde, her etnik grupta ve her kültürde görülmekle birlikte, düşük sosyo-ekonomik guruplarda daha fazla görülmektedir. Kronik hastalıklar yaşamın her hangi bir döneminde ortaya çıkabilmekle birlikte, bu hastalıkların görülme sıklığı 45-64 yaşlar arasında artış göstermektedir. 65 yaş ve üzeri yaşlardaki bireylerin yaklaşık %80'inde en az bir kronik hastalık olduğu bilinmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Kronik Hastalıklar Raporu, 2006).

Diğer taraftan, günümüzde akut sağlık sorunlarından ölümlerin azalması ve kazaların artması da kronik hastalıkların görülme sıklığını da artırmıştır. Kronik sağlık sorunu olan birey hasta birey olmanın ötesinde toplum içinde sınırlılıkları ile normal yaşamını sürdüren birey olarak ele alınmaktadır. Önceleri sağlık, hastalığın olmayışı olarak tanımlanırken, bugün bireyin mevcut sağlığı ile ölüme kadar iyilik hali olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireyler, hem sosyal ortamlarda hem de iş ortamlarında sıklıkla bulunmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005).

Kronik hastalıkların giderek artması ve günümüzde beklenen yaşam süresinin uzaması, toplumumuzda birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı

nüfusun da artmasına yol açmaktadır. Bu nedenle kronik hastalıklar sağlık sisteminin güncel ve önemli bir sağlık sorun alanı haline gelmiştir. Geçmişte eğitim, araştırma ve sağlık bakım uygulamaları genellikle akut hastalıklar üzerinde odaklanırken, son yıllarda kronik hastalıklar ve korunma konusuna yoğunlaşmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005; T.C. Kronik Hastalıklar Raporu, 2006).

Günümüzde tanı, tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artması; erken yaşta ölümlerin azalmasına, yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 1993). Ayrıca hızlı kentleşme ve sanayileşme beraberinde çeşitli stresörleri de getirerek kronik hastalık insidansı ve prevalansında artmaya yol açmıştır. Türkiye’de sağlıklı veriler olmamakla birlikte T.C. Sağlık Bakanlığı kronik hastalıklar (2006) raporuna göre, kronik hastalıkların insidansında artış olduğu, Türkiye’deki insanların 15 milyonunun hipertansiyon, 4 milyonunun diyabetes mellitus, 3 milyonunun kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), 2 milyonunun ise koroner kalp hastalığının (KKH) olduğu belirtilmiştir. Ayrıca tüm ölümlerin %49.5’ini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. KKTC’de ise kronik hastalıklar ile ilgili kesin bir istatistik olmamakla birlikte, Sağlık Bakanlığının verilerine göre; kronik hastalıkların sayısında artış olduğu, ilk sırada kalp hastalıkları ve sırasıyla kanser, hipertansiyon, diyabetes mellitus ve böbrek yetmezliğinin yer aldığı belirtilmektedir (KKTC Sağlık Bakanlığı Hastalıklar İstatistiği, 2007).

2.1.2. Kronik Hastalıkların Özellikleri

Kronik hastalıklar ile ilgili özellikleri şöyle sıralayabiliriz;

- * Kronik hastalık ile baş etme, daha fazla tıbbi sorun ile baş etmeyi gerektirir.

- * Kronik hastalık durumu, hastalık süresince farklı evrelerin yaşanabilmesi demektir. Her evrenin farklı fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunları ile birlikte farklı çözüm yolları bulunmaktadır.

* Tedavi rejimine bağlılık ve düzenli uygulama, kronik hastalığın kontrol altına alınması için gereklidir.

* Bir kronik hastalık diğer kronik durumlara neden olabilir.

* Kronik hastalıklar bütün aileyi etkiler.

* Kronik hastalığı olan birey ve aile bu durum ile baş etmede temel sorumluluğa sahiptir ve bu sorumluluk her geçen gün artar. Hastane, özel klinik, doktor muayenehanesi, ziyaretçi hemşirelik hizmetleri, hastalıklar için özel dernekler ve sosyal hizmetler gibi destek kurum hizmetleri olsa da kronik durumlarda bakımın merkezi bireyin evidir.

* Kronik durumlar ile baş etme, yaşayarak öğrenmeyi kapsayan bir süreçtir. Örneğin, teorik olarak hipoglisemi ya da anjina belirtilerini ve gelişmesine neden olan faktörleri bilmek yeterli değildir. Hipoglisemi ya da göğüs ağrısını yaşadından sonra birey neleri, nasıl ve ne zaman yapması ya da yapmaması gerektiğini, sorunların gelişmemesi için alması gereken önlemleri tekrarlanan deneyimlerle öğrenir.

* Kronik hastalıklarla baş etme işbirliği yapmayı gerektiren bir süreçtir. Kronik hastalıklardaki tıbbi, sosyal ve psikolojik problemlerin çeşitliliği, farklı meslek guruplarının işbirliğini gerektirir.

* Kronik hastalıkların maliyeti yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarının %75'i kronik hastalıklar için yapılmaktadır.

* Kronik hastalık ile yaşamak demek hayatın belirsizliği, kararsızlığı ve değişkenliği demektir (Ralph, 2002; Akdemir, 2005).

Kronik hastalıkların sayılan bu özellikleri nedeniyle birey ve ailenin duruma uyumu zor ve zaman alıcı bir süreçtir. Kronik sağlık sorunu ile yeterince mücadele yapılamadığında fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlar katlanarak artış gösterir ve hasta bireyin günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenir. Bu konuda yapılan birçok çalışma bunu göstermiştir (Yurtsever, 1999; Meyerowitz ve ark., 1996).

Bu nedenle kronik hastalıklarda ortaya çıkan semptomların kontrol altına alınması ve bireyin hastalığı ile birlikte yaşamdan doyum sağlaması

amacına yönelik olarak yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır (Meyerowitz ve ark., 1996). Hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, fiziksel çevresi, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu ve alabileceği resmi ya da kurumsal destek hizmetleri, aile, komşu, akraba, arkadaş gibi sosyal destek sistemleri, kronik hastalığa uyum sürecinde ve kronik hastalığın yarattığı sonuçlarda önemli etkileri olan faktörlerdir (Orem, 2001).

Kronik hastalık, hasta ve ailesinin yaşantısında önemli değişikliklere neden olmaktadır. Örneğin; yapılan bir araştırmada, hastaların sık sık hastanede bulunmalarının, normal yaşantılarını ve eğitim yaşantılarını olumsuz yönde etkilediği normal aktivitelerinde aksama ve kısıtlamalara neden olduğu saptanmıştır (Çiftci, 2006). Ayrıca kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar ve ağrı bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimini artırmakta, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinliklerini kısıtlamaktadır. Tüm bu değişiklikler nedeniyle de bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Söz konusu hastalıklarda gelişebilecek komplikasyonları önlemek ya da geciktirmek için; diyet, yaşam tarzı değişikliği (sigarayı bırakmak, egzersiz gibi) ve bazı ilaçlar önerilmektedir. Tuzun kısıtlanması, bireyin damak tadına, alışkanlıklarına uygun olmayan besinlerin önerilmesi, düzensiz egzersiz uygulamaları, bireyin tedaviye uyum yapmaması bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Akdemir, 2005; Çiftci 2006).

Kronik hastalıklar; uzun süreli gözlem, kontrol ve bakım gerektirmesi, geriye dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olması, bireyde kalıcı yetersizlik, sakatlık ya da hareket kısıtlılıklarına yol açabilmesi nedeniyle, günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik ya da zorluk, hasta birey, ailesi ve ülke açısından çeşitli sorunlara yol açabilmektedir.

Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam biçimlerindeki değişiklikler, tanı, tedavi ve kontrollere yönelik olarak yapılan inceleme ve uygulamalar bireylerde:

- Yorgunluk
- Bezginlik, bıkkınlık
- İsteksizlik
- Mutsuzluk
- Yaşamdan zevk alamama
- Sorumluluklarını yerine getirmede aksamalar
- Depresyon
- Öfke
- Sağlık sorunlarını sekonder kazanç aracı olarak kullanma
- Sağlığını algılama değişikliği
- Tedaviyi reddetme ya da bırakma gibi duygulara ve davranış değişikliklerine neden olabilmektedir.

Kronik hastalığı olan bireylerin, ailelerinin ve özellikle bakım veren bireyin; rutinlerinin değişmesi, bağımlılık, yorgunluk, bıkkınlık, mutsuzluk vb. değişiklikler, fiziksel sağlık sorunları, sürekli stres içinde yaşamaları, yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir.

Kronik hastalığı olan birey ve ailesinin rehabilitasyon konularında özel eğitime gereksinimleri bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, tanı konulduğu andan itibaren rehabilitasyonun başlaması ile olasıdır.

Kronik hastaların, seyri sırasında görülen komplikasyonlar nedeniyle, mortalitesi yüksektir. Ayrıca hastaların sık sık ve uzun süreli hastaneye yatmaları hastane infeksiyon riski açısından aile ve ülke ekonomisine önemli derecede yük olmaktadır (Akdemir, 2005).

Günümüzde kronik hastalığı olan/olmayan tüm bireyler için sağlık bakımının amacı; bireyin sadece yaşamını uzatmak değil, sorunları ile baş etme gücünü artırma, öz bakımını geliştirme, becerilerini koruma ve geliştirme, bilgi gereksinimlerini karşılama, hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve iş birliğini sağlamaktır. Böylece birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir (Akdemir, 2005; Kuyurtar, 1998).

2.1.3. Kronik Hastalıkların Seyri ve Evreleri

Kronik hastalık durumunda hastanın içinde bulunduğu evreye göre tıbbi ve hemşirelik sorunları, bu sorunların çözüm yolları hastanın ve ailenin gereksinimleri değişiklik gösterir. Bu nedenle hastalık evrelerini tanımak gerekir (Akdemir, 2005; Kuyurtar, 1998; Williams, Pace, A.E. 2009).

1- Hastalık öncesi evre: Bireyin genetik özellikleri ve yaşam biçimi nedenleriyle risk altında olduğu dönemdir.

2- Hastalık evresi: Bu evre sıklıkla kronik hastalık semptomlarının belirgin olmadığı evredir. Bireyin değerlendirilmesi ve tanı testleri ile kronik durum netleşmiştir.

3- Stabil evre: Bu evrede semptomlar kontrol altındadır.

4- Stabil olmayan evre: Bu evre semptomların yeniden görülmesi ve hastalığın aktive olması nedeniyle stabil olmadığı ya da komplikasyonların görülmeye başladığı evredir. Bu evrede hastada semptomlar nedeniyle ve yeni uygulamalar ile günlük aktivitelerde kesintiler görülür. Bu evrede hastaların sorunlarının çözülmesi için yeni stratejilere ya da uygulamalara gereksinimleri vardır.

5- Akut evre: Bu evre ani gelişen ve kontrol edilemeyen semptomlar ya da komplikasyonlar ile karakterizedir ve bu evredeki sorunların kontrolü için bireyin çoğunlukla hastaneye yatırılması gerekir (Akdemir, 2005; Eski, 2002)).

Kriz evresi: Acil bakım ya da tedaviyi gerektiren ve yaşamı tehdit eden durumlar ile karakterize olan evredir.

Geriye dönüş evresi: Akut evreden sonraki geriye dönüşün olduğu evredir ve kronik durumun sınırlılıkları ile kabul edilebilir bir yaşam biçimini öğrenmeyi kapsar.

Düşüş evresi: Bu evrede ortaya çıkan semptomlar daha yoğun, yetersizlikler ilerleyicidir. Buna rağmen hastalığın kontrolü için uygun bakım ve tedavi rejimleri vardır.

Ölüm evresi: Bu evrede hastanın durumunda giderek ya da hızlı gerileme görülür. Hastalığın yönetimi zorlaşmıştır. Vücut fonksiyonlarının, yaşamın idamesi için yetersizliğin söz konusu olduğu evredir (Akdemir, 2005).

2.1.4. Kronik Hastalıkların Etkileri ve Hastalığa Uyum Süreci

Hastalığa uyum (adaptasyon) süreci süreklilik gösteren karmaşık bir durumdur. Uyum:

- Fizyolojik
- Sosyolojik
- Psikolojik
- Teknolojik
- Zaman faktörlerini içerir (Akdemir, 2005; Kuyurtar, 1998; Williams, Pace, A.E. 2009). .

Fizyolojik uyum

- Yaşam biçimi değişikliğine,
- Semptom kontrolüne,
- Tedavi ile baş etmeye,
- Organizmanın, hastalık süresince fiziksel görünüş ve fonksiyonel değişikliklerine,
- Hastalık ve tedavisi konularında bilgi edinme,
- Fonksiyon kaybını karşılayacak teknikler ve araç-gereçlerin kullanımında yeterli hale gelme,
- Organizmanın tedaviye cevabını izleme ve kaydetme alışkanlığını kazanma konularını içerir (Akdemir, 2005; Kuyurtar, 1998; Williams, Pace, A.E. 2009).

Sosyal uyum

Kronik hastalık bireyin sosyal yaşantısında az ya da çok değişikliklere neden olduğu için bireyin sosyal durumu etkilenir. Bu etkilenme bireyin sosyal rolleri, yaşı, cinsiyeti, ailesi, iş yaşantısı ve diğer sosyal rolleri ile ilişkilidir.

Psikolojik uyum

Kronik hastalığı olan bireyin yaşadığı yoğun fiziksel ve psikolojik sorunlar ve bu sorunların, aynı yoğunlukta olmasa bile, yaşam boyu devam etmesi nedeniyle hastalığa psikolojik uyum zor bir süreçtir. Kronik hastalıklarda bireyin yaşadığı duygular; suçluluk, ölüm korkusu, yapılan tıbbi girişimlere ilişkin korkular, olayları kontrol ve tahmin etme yeteneğini kaybetme korkusu, geleceğin belirsizliği, yaşam amacı ve anlamını kaybetme, üretkenliğini, işini, rollerini, ilişkilerini kaybetme korkularıdır (Akdemir, 2005; Kuyurtar, 1998; Williams, Pace, A.E. 2009).

Genel psikolojik uyum sürecinde bireyin uyum yapması gereken durumlar:

- Anksiyete ve suçluluk duyguları
- Uzun ve ağırlı testlere ve işlemlere katlanma
- Tanı ve tedavi
- Sağlık sistemindeki farklı meslek üyeleri ve ilişkiler
- Aile içindeki ve ev dışındaki bireylerle ilişkilerdeki değişiklikler
- Kronik duruma göre yaşamı yeniden yapılandırma
- Yeni ve farklı ilişkileri kendisi, aile üyeleri, arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile tartışma
- Yaşam planındaki ve günlük rutinlerdeki değişiklikler
- Sağlığı ile ilgili değişiklikleri yönetme davranışları
- Geleceğe yönelik planları, öncelikleri ve iş takvimini yeniden yapılandırma süreci
- Aktivite, uyku
- Ekonomik değişiklikler
- Kronik hastalıkların farklı dönemlerdeki sorunları

- Bireysel, hastalığa ve emosyonel özel durumlara ilişkin özel sorunlar
- Fiziksel görünümündeki değişikliklere uyum yapmak ve baş etmek
- Tedavi programlarının uygulanmasına aktif katkıda bulunabilecek bilgi ve becerilerini geliştirme
- Semptom kontrolü
- Akut sorunları önleme ve akut sorunlar
- Yaşam boyu hastalığın gelişim süreci
- Hastalığa ilişkin teknolojik gelişmelerdir.

Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Bu da bireylerde öz bakım gücünün artırılması ile gerçekleşebilmektedir. Böylece birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir. Son yıllarda hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ön plana çıkmıştır. Dolayısıyla hemşireliğin sağlık bakımındaki rolü değişerek daha çok “öz bakım” kavramı üzerinde yoğunlaşmıştır (Bakoğlu ve ark., 2000; Akdemir, 2005; Kuyurtar, 1998; Williams, Pace, A.E. 2009).

2.2. Öz Bakım ve Öz Bakım Gücü

Öz bakım; bireyin kişisel olarak yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak, sağlık düzeyini yükseltmek için kendine düşeni yapmasıdır. Öz bakım modeli, Dorethe E. Orem tarafından hemşireliğin yapılanması amacı ile geliştirilmiş ve ilk kez 1956 yılında ele alınmıştır. Orem’e göre hemşireliğin ilgi alanı; insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulması ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşır (Orem, 1996; Velioğlu, 1999; Rice, 1995; Alexander, 1999; Kara, 2001; Ageborg ve ark., 2005; Potter, 2001). Norris, öz bakımın birey ve ailesinin sağlık için kendi güçlerini etkili olarak geliştirmelerine, sorumluluk almalarına ve girişimciliğe izin veren bir süreç olduğunu belirtmektedir. Norris’in öz bakım ifadesi Orem’le benzerlik göstermektedir. Orem’in öz

bakım teorisi; “öz bakım, kişileri olgunlaştıran veya kişilerin becerilerini olgunlaştıran, zaman çerçevesinde yapılan, yaşamı elde etmek amacıyla kendilerinin yaptıkları, sağlıklı, etkin, kişisel gelişme ve iyileşmeyi devam ettiren aktivitelerin uygulanmasıdır” şeklinde belirtilir. Öz bakım, birey ve ailesinin sağlık için kendi güçlerini etkili olarak geliştirmelerine, sorumluluk almalarına ve girişimciliğe izin veren bir süreç olması nedeni ile önem taşımaktadır (Lukkarine ve ark., 1997; Nahcıvan, 1993).

Öz bakım gereksinimlerinin karşılanması, bireyin öz bakım yeteneğine ya da gücüne bağlıdır (Narrow, 2000). Öz bakım gücü; kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yoluyla gelişen ve bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması amacına yönelik bir insani güç ya da yetenektir (Billings, 2001). Bu gücün kullanılabilmesi için; kendine dikkat etme, karar verirken öz bakım anlayışı içinde yargılama, fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme, güdüleme, öz bakım kararını verme ve uygulama, eylemleri sıraya koyma, eylemlerini gerçekleştirme ve sıraya koyma gibi özelliklere sahip olması gerekir (Velioğlu, 1999; Kara, 2001).

İnsan fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlıktır. Bireyin öz bakım gücü çocukluktan başlayarak ileri yaşlara kadar gelişim göstererek değişmektedir. Bu değişim; bireyin sağlık durumu, eğitimi, yaşam deneyimleri, günlük yaşamdaki olanakları kullanabilmesi gibi faktörlere bağlıdır. Öz bakım; insan, çevre, kültür ve bireyin sahip olduğu değerlerle yakından ilişkilidir. Çevre ve insan sürekli etkileşim halindedir ve birlikte bir bütünü ve sistemi oluştururlar. İnsan, gereksinimlerini çevresindeki olanaklar çerçevesinde gerçekleştirdiği için çevresindeki olumlu ya da olumsuz değişiklikler öz bakımı etkilemektedir (Lukkarinen, 1997; Crips, 2001; Balcı, 2003; Kara ve Fesçi, 2000).

Kültür; insanların fiziksel ve toplumsal çevrelerine uyum sağlayabilmeleri için yarattıkları maddi ve manevi eserlerin tümüdür. Öz bakım, insanın kültürel temeline dayanarak öğrendiği edimsel bir davranıştır.

Örneğin, sağlığa karşı kaderci yaklaşımla yetişen birey hastalıklarla karşılaştığında, kendi işini etkilemediği sürece tedavi yollarını aramamaktadır (Lukkarinen, 1997). Bireyin sahip olduğu değerler, bireyin gelişimi sırasında kültürel etkinliklerle kazanılmaktadır. Bireyin rolü, yaş ve sağlık durumu sahip olduğu değerleri etkilemektedir. Kişinin değerler sistemi onun öz bakımındaki önceliklerini belirlemektedir. Aileye, sağlığa, yaşama, dine, paraya verilen değer bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Bazen birey öz bakım değerleri ile diğer değerler arasında seçim yapmak durumunda kalabilmektedir. Örneğin; bir maden işçisinin ailesinin geçimini sağlaması, kendi sağlığından daha önemli olabilmektedir. Bu nedenle birey çalıştığı sağlıksız ortamı önemsemeyen geçimini sağlamaya çalışabilmektedir (Lukkarinen, 1997; Kars, 2004).

Dorethea Orem 1971'de bireylerin öz bakım gereksinimlerini vurgulayan hemşirelik kuramını geliştirmiştir. Orem'e göre öz bakım gereksinimleri üç şekilde olur:

1. Evrensel öz bakım gereksinimleri,
2. Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri,
3. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri (Ageborg, 2005; Kars, 2004; Deatrick ve ark., 1998).

1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri: Bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan hava, besin, su alımının sürdürülmesi, atıkların atılması, hareket edebilme, tehlikeden kaçma, toplumsal etkileşimde bulunma gibi temel gereksinimleri içermektedir. Bu gereksinimlerin karşılanması sağlığı olumlu bir şekilde etkilemektedir (Rice, 1995; Orem, 1996; Velioğlu, 1999; Balcı, 2003).

2. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri: Yaşamın çeşitli dönemlerinde insanın karşılaştığı, gelişimi etkileyen ve yaşamı destekleyen yaşam koşullarının düzenlenmesidir. Gelişmeyi olumsuz etkileyebilen olay ve koşullar, yaşamın çeşitli evrelerinde meydana geldiğinde bu gereksinimler,

gelişimsel süreçlere özgü evrensel öz bakım gereksinimleridir (Orem, 1996; Velioğlu, 1999; Balcı, 2003).

3. Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım: Yaralanma, hastalık ya da rahatsızlığa bağlı ortaya çıkan öz bakım gereksinimleridir (Orem, 1996; Velioğlu, 1999; Balcı, 2003).

2.2.1. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım

Orem, modelinde sıklıkla hastalık ya da kaza geçiren bireyin, hastalık etkisi ile baş etme ve sağlıklı yaşamı sürdürme, kendi sağlığı, geleceği, iyileşme durumu ve hastalığın çevresindekilere etkisi gibi pek çok sorunu vardır. Bireyin bu gereksinimleri nasıl karşılayacağı ya da bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı ise; hemşirelik sisteminde aranmaktadır (Nahcıvan, 1993; Rice, 1995; Orem, 1996; Velioğlu, 1999; Kara, 2000; Kara, 2001; Balcı, 2003). Orem'e göre hastalık meydana geldiğinde, öz bakım yeterince sürdürülemez. Öz bakımı sağlamadaki kayıp, sağlık problemi olarak karşımıza çıkabilir. Buna bağlı olarak Orem, hastanın gereksinimlerini karşılamadaki yardımda 3 temel hemşirelik sistemi tanımlamıştır;

1. Tümüyle Eksikliği Giderme: Hasta öz bakımını sağlamak için yetersiz olduğundan, hastanın bakımını tamamen hemşire üstlenmektedir. Hasta öz bakımına katılamamaktadır.

2. Kısmen Eksikliği Giderme: Hemşire, hastanın yapamadığı öz bakım davranışlarında kısmi yardımda bulunarak hastayı desteklemektedir. Burada hastayla birlikte bakım sağlanır.

3. Destekleyici-Eğitsel: Hasta öz bakımını sağlamada yeterlidir ancak bu aktiviteleri başarmasında hemşirenin eğitici, rehberlik edici, destekleyici rollerine gereksinimi vardır. Hemşire hastanın bilgi gereksinimini, öz bakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini giderir ve hastanın kendi

bakımını üstlenmesine, öz güveninin gelişmesine yardımcı olur (Deatrick, 1998; Velioğlu, 1999; Kara, 2000; Balcı, 2003).

Bireyin öz bakım gereksinimlerini yeterince karşılayamaması, nöromüsküler ya da bilişsel fonksiyonda bozulma ile bağlantılı görülebilir. Örneğin epilepsi hastalarında öz bakım gereksinimlerinin büyük ölçüde karşılanamadığı görülmüştür. Dilorio ve arkadaşlarının (1996) yaptığı araştırmada epilepsi hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmadıkları, bunun da cinsiyet, ırk, eğitim düzeyi, yaş, ilaç dozu ve sayısı gibi durumlardan da etkilendiği belirtilmektedir. Hastanın ilaçlarını düzenli kullanması ve öz bakım gereksinimlerinin karşılanması; aile, arkadaş gibi sosyal destek sistemlerinin gücünden, bireyin öz bakım ve hastalığı konusundaki düşünce, tutum ve eğitiminden etkilenmektedir. Hemşire, hasta bakımında öncelikle hastanın mevcut durumunu değerlendirmeli, sınırlılıklarını bilmelidir. Bunun için hastanın performansını doğru saptayacak şekilde veri toplamalıdır. Örneğin kronik kalp yetmezliği olan hastalar temel aktivitelerini gerçekleştirememektedir. Solunum güçlüğü çeken kronik kalp yetmezliği hastaları çoğunlukla temel aktivitelerini kısıtlamaktadırlar. KOAH'da görülen dispne, hipoksi bireyin egzersiz kapasitesini sınırlar ve günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olur ve hemşire bu bağlamda hastanın öz bakım gereksinimlerini belirlemeli ve hangi düzeyde yerine getirebildiğini saptamalıdır (Smeltzer, 2000). HD uygulanan hastaların hastalık süreci ve hastalık semptomlarını kontrol edebilmelerinde öz bakımlarını yapma düzeyleri önemlidir. Öz bakım davranışları içinde uygun diyet alımı, düzenli ilaç kullanımı, sıvı alımını kısıtlama, stresle baş edebilme yer almaktadır. Yapılan çalışmalar öz bakım düzeyi ile tedaviye uyum, sağlığı geliştirici davranışlar, fiziksel ve psikolojik semptomların azalması arasında korelasyon olduğunu göstermektedir (Akyol, 1996; Tsay, 2003).

Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına kavuşturmak değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve

işbirliğini sağlamaktır. Bunun sonucunda birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir (Pınar, 1995).

Bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik en önemli ve ucuz yöntem sağlık eğitimidir. Bu nedenle hemşireler, en önemli rollerinden biri olan eğitici rolleri ile bireylere gerekli olan öz bakım yeteneklerini ve öz bakım gücünü artırmada yardım edecek destek ve bilgiyi sağlamalıdır (Lukkarinen, 1997). Hemşireler, bireylere verdikleri eğitim ile bireylerin bilerek ya da bilmeyerek uyguladıkları olumsuz alışkanlıklarını ve davranışlarını, olumlu sağlık alışkanlıklarına dönüştürmesini sağlayacaklardır (Kars, 2004; Yıldız, 2003). Blair (1999) yaptığı çalışmada eğitim ve destekleme ile davranış değişikliğini sağlayan hemşirelik bakımının hastaların öz bakımını artırmada çok önemli olduğunu saptamıştır. Jaarsma ve arkadaşları (2000) kalp yetmezliği olan bireylere eğitim verilmesi ve desteklenmesi ile bilgi ve karar verme becerilerinin taburculuk sonrasında geliştiğini ve öz bakım davranışlarının olumlu yönde etkilendiğini belirtmiştir.

Verilen bilgilerin davranış değişikliğine dönüşebilmesi, hastaların yaşadıkları ortamda da izlenmesi çok önemlidir. Burada hastalara verilecek evde bakım hizmetinin önemi ortaya çıkmaktadır.

2.3. Evde Bakım

Son yıllarda sağlık harcamalarındaki sürekli artış, buna karşın sağlık hizmetleri kaynaklarının sınırlı olması, sağlık hizmetinde risk önleyici, maliyet azaltıcı yaklaşımları gündeme getirmiştir (Marchall, 2004). Bu nedenle, hastaneye hastanede tedavi edilmesi gereken hastaların yatırılması, hastanede yatarak tedavi edilmesi gerekmeyen sorunların birinci basamak hizmet alanlarında ve hastaların evinde bakım verilerek çözüm bulunması gerekliliği gündeme gelmiştir. Bu bağlamda kronik hastalığı olan hastalar hastanenin stresli ortamından rahat ettikleri kendi ortamlarına (evlerine) gönderilerek iyileşme sürecini hızlandırmak amacı ile erken taburcu edilmektedir (Emiroğlu, 1997). Literatürde, son yıllarda ABD'deki evde bakım

hizmetlerinin uygulama alanına girmesi ile hastanede yatma süresinde %35-50, hasta sayısında ise ortalama %65 azalma kaydedildiği bildirilmektedir (Öztekin, 1998; Özhan, 2002). Bunun sonucunda “Evde Bakım Hizmetleri” kavramı gündeme gelmiştir. Evde bakım, evde bakımı gerektiren hastalığı olan bireylere ve ailelerine hastalık, hastalığın tedavisi ve bakımıyla etkili olarak baş edebilmelerinde yardım etmeye yönelik birey ve aile merkezli hizmetler olarak tanımlanabilir (Yuska ve Nedved, 2000). Aynı zamanda evde bakım sağlık sorunu olan bireylerin yaşamlarını aile ve toplum içinde sürdürmelerini ve hastalığın yıpratıcı etkisinin en aza indirilmesini hedefleyen bir bakım şekli olup, birey ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmeye odaklıdır (Cimete, 1998).

Gelişmiş ülkelerdeki evde bakım endüstrisinin büyük değişim göstermesiyle hastanedeki kalış süreleri azalmaya başlamış, evde bakım hizmetlerinin kullanımı artmıştır (Anderson, Helms, Hanson and et al., 1999). Sağlık hizmeti sunum sistemindeki makro düzeydeki değişimler her toplumda evde bakım olanaklarını ve yeni değişimleri beraberinde getirmektedir. Gelişmiş ülkelerde son yirmi yıldır kronik hastalar ve ailelerine evde sunulan kompleks sağlık bakım hizmetleri giderek artmaktadır. Evde hizmet sunulmasını etkileyen etkenler; yaşam süresi, gelişmiş teknolojik destek araçları, etkili destek bakım terapileri ve ailenin tercihidir (Friedrich, 2003).

Son yıllarda “bakım maliyetlerinin sınırlandırılması gereği, evde daha kaliteli bakım olanaklarının gelişmesi ve teknolojinin ev ortamında kullanılabilir hale gelmesi” evde bakıma yönelmeye neden olan etmenler olarak sıralanmaktadır. Sağlık hizmetinin bireyin kendi ortamında veriliyor olması, iyileşmeyi hızlandırması, ailenin bir arada kalabilmesi, ekonomik olması, yaşam süresini uzatması, birey için maksimum özgürlük sağlaması evde bakımın tercih edilme nedenleri arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalar taburcu olan hastalara yönelik sunulan evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetleri maliyetlerini dikkati çeker boyutlarda düşürdüğünü, ayrıca evde bakımın hasta ve aileleri açısından da birçok yararları olduğunu

göstermektedir. Ayrıca evde bakım hizmetleri, kronik hastalıklarda bireyin kendine bakım aktivitelerini üstlenmesini, kısa sürede bağımsız duruma gelmesini destekleyerek ileride evde bakım hizmeti almaya bile gereksinim duymayacak düzeye ulaşmalarına yardımcı olabilmektedir (Yost, 1995; Aksayan, 1998). Hastanede kalış süresi, hastaneye yapılacak yeniden yatışlar için bir risk faktörüdür. Bu tür hastalarda yeniden yatış riski, taburculuğu izleyen ilk ay içinde daha yüksektir. Kronik hastaların bakımı ve tedavisi için hastaneye sık yatışlar ve gelişler birey/ailenin normal yaşam ve sosyalizasyonunu engellemektedir (Close, 1995). Yeniden yatışlar uygun hizmetlerin sunulmasıyla genellikle önlenir. Hastaneye yeniden yatma riski olan bireylerin belirlenmesi, evde bakım hemşirelerinin evde bakım hizmetlerini artırmaları ya da gözden geçirerek düzeltmeleri için fırsat sağlar (Anderson, Hanson and Devilder, 1996; Weaver, Schiech, Held-Warmkessel and et. al., 2006).

2.3.1. Evde Bakımın Tarihçesi

Ev bakım hizmeti, 1700'lerde dini amaçlarla hasta ve fakirlere yapılan ziyaretlere dayanır. Evde bakım hizmeti veren ilk kurum 1796 yılında İngiltere'de kurulmuş ve 1800'lü yılların sonuna kadar sağlık personeli olmayan kişilerce yürütülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk ziyaretçi hemşirelere "Bölge Hemşireleri" denmiş, bunun en önemli temsilcisi ise F. Nightingale olmuştur. Nightingale, hasta kişilerin bakımı için görevlendirilecek kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde, ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan sunmuştur. Nightingale'in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool'da evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık bir eğitim veren ilk kez okul açılmıştır (Öztek ve Kubilay, 1995). Nightingale'in hastalara, özellikle gelir düzeyi düşük hastalara ilgisi yaşamı boyunca sürmüştür. Nightingale'in yazılarının ana konularından bir tanesi de hemşirelerin yeterli eğitim almasıyla birlikte, kırsal kesimde yaşayan annelere hijyen bilgilerinin verilebilmesi için, kırsal sağlık misyonerleri ve hemşire olmayan sağlık ziyaretçilerinin yetiştirilmesiyle

ilgilidir. Ziyaretçi hemşirenin rolü 20. yüzyılın başlarında genişlemeye başlamış ve ev ziyaretlerine, ziyaretçi öğretmen ve sosyal görevli de katılmaya başlamıştır. Ziyaretçi hemşireler çalışmalarına koruyucu bakım hizmetini de eklemişlerdir. Çoğu kentsel hemşire kuruluşu, 1910'lu yıllarda öğrenciler, bebekler, anneler ve tüberkülozlu hastalar için koruyucu programlar başlatmıştır. Ziyaretçi hemşirelerin ve halk sağlığı hemşirelerinin tedavi edici ve koruyucu hizmetlerdeki görevleriyle ilgili tartışmalar günümüze kadar sürmüş olmakla birlikte, her iki grup hemşire de tüm yüzyıl boyunca ev bakımında görev almışlardır (Buhler, 1985). Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler halk sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandıran önemli olaylardır. Avrupa'da 1937 yılında Danimarka'da başlatılan ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka'daki ileri düzeyde gelişmiş evde bakım sistemi, evli olmayan annelerin çocuklarının ve terk edilmiş ya da yetim-öksüz kalmış, sıklıkla kötü muamele gören çocukların, özel ailelere yerleştirilme uygulamasına dünya çapında bir ilginin uyandırdığı, 19. yüzyılın sonlarına dayanır. Danimarka'da, dört coğrafik bölgede uygulanan altı yıllık bir pilot çalışmanın olumlu sonuçları, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma sıklığını azalttığını göstermesi, evde bakım ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasını büyük oranda hızlandırmıştır (Rossman ve Schulmerich, 1996).

2.3.2. Evde Bakımın Önemi

Evde bakım hizmetinin içinde yer alan en önemli kavramlardan birisi taburculuk eğitimidir. Taburculuk eğitimi, hasta bireyin kendi bakım aktivitelerini üstlenerek, kısa sürede bağımsız duruma gelmesini sağladığı için sık hastaneye yatışı engellemektedir. Ayrıca hastanın daha sonra evde bakım hizmeti almaya bile gereksinim duymayacak düzeye ulaşmasını sağlayarak aile ve ülke ekonomisine olumlu katkısı olabilmektedir (Aksayan ve Cimete, 1998). Taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin yeterli verilmemesi sonucunda hastaneye tekrarlı yatışlar artmakta ve hastanın hastanede kalış süresi uzamaktadır. Bu durum hastada hastaneye

yatış ile ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olmakta, uzun süreli hastane bakımı aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirmektedir (Oskay ve Şahin, 2003). Ancak, hastaların ve ailelerinin hastane sonrası yaşamlarında, tedavi ve bakımları ile ilgili karşılaştıkları sorunların çözümünde yol gösterebilecek sistemli bir "taburculuk planlaması" yapılmamaktadır. Ayrıca birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde işbirliğinin olmaması, hastalar evde tedavi ve bakımları sırasında kendi kendilerine çözümleyemedikleri küçük-büyük birçok sorun nedeniyle tekrar hastaneye yatırılmaktadır (Cimete ve Aksayan, 1998). Maliyetin daha düşük olması, daha iyi bakım verilmesi ve hastaneyi gereksiz kullanımların önlenmesi açısından sağlık ekibinin veya hasta ailesinin ev ortamında etkili bakım vermesi önemlidir. (Smeltzer ve Bare, 1996). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), özellikle kurum dışı sağlık hizmetleri kapsamında evde bakım gereksiniminin karşılanmasında hemşireleri kilit insan gücü olarak görmektedir (Oktay ve ark.,1996). Evde bakım, sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmada etkili bir yöntem olarak görülmektedir. Evde bakım hizmetinin bulunduğu ülkelerde yapılan çalışmalar, evde bakım sisteminin sağlık hizmetleri maliyetini önemli boyutlarda düşürdüğünü göstermektedir (Cimete ve Aksayan, 1998). Örneğin;

*Evde ve hastanede kemoterapi uygulanan çocuklara yönelik yapılan bir araştırmada, hastane bakım maliyeti 2329 Amerika Birleşik Devletleri Doları (USD) iken, evde bakım maliyetinin 1865 USD olduğu, ayrıca evde bakım verilen çocukların bağımsızlık, kendini iyi hissetme, iştah, genel duygusal durum, okula devam etme durumlarının hastanede tedavi gören çocuklara göre daha iyi durumda oldukları ve aile yaşam biçimlerinin olumlu yönde etkilendiği,

*Kanser gibi uzun süre tedavi gerektiren hastalıklarda sağlık masraflarının artması hastane tedavisini zorlaştırır, evde bakımda normalde maliyet 1\4 oranında azaldığı,

*Demanslı hastaların uzun süreli bakım kurumlarındaki giderleri 2.18 milyon USD iken, kendi ortamlarındaki bakım giderlerinin 1.25 milyon USD'a düştüğü,

*Konjestif kalp yetmezliği olan ve evde bakım uygulanan yetişkinlerin 90 günlük izlemleri sonucu yaşam kalitelerinde yükselme, hastaneye başvurma sıklığında ve tıbbi harcamalarında azalma olduğu saptanmıştır (Cimete ve Aksayan, 1998).

Sonuç olarak; bireylerin kendi ortamlarında bakılması, tedavi sürecini hızlandırmaktadır. Evde sağlık bakım hizmetinin bu özellikleri nedeniyle geliştirilmesi ve hastanelerin ise yalnızca hastanede bakımı şart olan olgularda kullanılmasının önemli olduğu görülmektedir. Bu nedenle hemşireler, hastaların hastaneye yattığı andan itibaren taburculuk eğitimi başlatması ve her bireye özgü eğitim programları düzenlenmesi, taburcu olana kadar hastanın kronik hastalığıyla ilgili öz bakım gücünü en üst düzeye çıkartması gerekir. Nitekim yapılan çalışmalarda, taburculuk eğitiminin öz bakım gücünü arttırdığı ortaya konulmuştur (Rice, 1996). Pınar (1995) diyabeti olan bireylerin eğitim sonrası öz bakım güçlerinin arttığını, Blair (1999) yaptığı çalışmada eğitim ve destekleme ile davranış değişikliğini sağlayan hemşirelik bakımının öz bakımı artırmada çok önemli olduğunu, Jasarsma ve arkadaşları (2000) kalp yetmezliği olan bireylere eğitim verilmesi ve desteklenmesi ile bilgi, karar verme becerilerinin taburculuk sonrasında geliştiğini ve öz bakım davranışlarının olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. Yukarıda da ifade edildiği gibi kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım güçlerini artırmada evde bakım hizmetlerinin verilmesi son derece önemlidir.

2.3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları

Sağlık hizmetleri sistemi içerisinde evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini en iyi açıklama yöntemi, evde bakım hizmetlerinin birçok avantajının olmasıdır. Evrensel olarak kabul edilmiş olmasa da uygulamaları örgütlenme, eğitim ve finansal kaynak gerektirse de evde sağlık bakım hizmetleri uygulamalarından genel olarak aşağıdaki avantajların elde edilmesi beklenmektedir (Akdemir, 2001; Çoban, 2003; Karamercan, 2001; Tanlı, 1996).

Evde bakım hizmetlerinin avantajları şu şekilde sıralanabilir;

- Komplikasyon gelişme olasılığının (ör. nazokomiyal enf.) az olması,
- İyileşmenin hızlı olması,
- Tekrarlı yatışların azalması,
- Stresi azaltması,
- Yaşam süresini uzatması,
- Hastane sirkülasyonunu artırması,
- Yaşam kalitesini yükseltmesi,
- Hasta memnuniyetini artırması,
- Maliyetin düşük olması,
- Bireye bağımsızlık sağlaması,
- Aile bütünlüğünü koruması,
- Aile üyelerinin tükenmişlik yaşama riskini azaltması,
- Kişiye özel hizmet sağlayıp tedaviyi daha konforlu kılması,
- Tanıdan iyileşme dönemine kadar kesintisiz hizmet sağlaması,
- Ekip, hasta, hasta ailesi işbirliğinin daha iyi olması,
- Aktivite, hobi, sosyal etkinliklere olanak sağlaması,
- Aile bireylerinin de eğitimi sağlaması,
- Hastane yemeği yakınmasının olmaması,
- Bireyin kimliğinin kendi ortamında hastane ortamına göre daha iyi korunması ve kendi bakımına katılımını artırmasıdır (Astı, 2003; Lewis, Collier ve Heitkemper, 1998; Potter ve Perry, 1997; Akdemir, 2008).

2.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları

Tüm alternatif hizmetler gibi evde bakım hizmetlerinin de dezavantajları bulunmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin birçok ülke için yeni bir alan olması yeni riskler ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri, birçok dış etkene maruz kalabilen, detaylı bir eğitim programı ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren zor organizasyonlardır. Evde bakım hizmetleri verilirken karışık, sarmal, birbirinin içine girmiş sağlık bakımı gerektirecek durumlarla karşılaşmaktadır (Schulmerich, 1996).

Evde bakım hizmetlerini verecek personelin alışmış olduğu bir ortam dışında hizmet vermesi verimliliği azaltabilmektedir. (Çoban, 2003; Tanlı, 1996). Profesyonel sağlık personeli olarak yetişmemiş aile üyeleri için giydirme, yemek yapma, banyo yaptırma, kaldırma, ev temizliği, çamaşır, ilaç verme gibi yapılması gereken günlük hasta ve ev bakım faaliyetleri zor gelebilir ve bu da aile fertleri üzerinde artan bir baskıya neden olabilir. Aile fertleri açısından baktığımızda bir diğer dezavantaj da sürekli bir hasta ile birlikte olmanın yarattığı gerginliktir (Arras, 1995; Karamercan, 2001; Tanlı, 1996).

Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel bir kişinin olmaması evde bakımın hastane bakımı karşısında bir dezavantajdır (Çoban, 2003).

2.4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz Bakım Gücünün Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi

Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakımlarının geliştirilmesinde evde bakım hizmetlerinin geliştirmesi son derece önemlidir. Kronik hastalıklar tam olarak iyileşmeyen, sürekli ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklara ve yetmezliklere yol açan bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik sorunlar ve ağrı yaşamasına neden olan, uzun süreli gözlem, bakım ve kontrol gerektiren geriye dönüşsüz patolojik değişikliklerin olması sebebiyle hem birey hem de aile için stres kaynağı olabilmektedir. Bu durum bireyin kimlik algılayışını değiştirebilmekte, en çok önem verdiği hedeflerinden vazgeçmesine, ailenin ve toplumun maddi kayıplar yaşamasına ve bireyin bağımlılık düzeyini artırmasına neden olabilmektedir (Nahcıvan, 2004; Orem, 2001; Akdemir, Yurtsever ve Özer, 2004).

Kronik hastalıklarda ortaya çıkan semptomların kontrol altına alınması ve bireyin hastalığı ile birlikte yaşamdan doyum sağlaması amacına yönelik birçok çalışmada, semptomların kontrol altına alınması ile bireyin yaşam

kalitesinin olumlu yönde etkilendiği gösterilmiştir. Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerde ortaya çıkan bazı semptomlar (yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma vb.) hasta bireylerin öz bakım gücünü azaltabilmektedir. Bu durumda evde bakım hizmetleri hastanın bilgi gereksinimini, öz bakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini gidermede son derece önemli hizmetlerdir ve hastanın kendi bakımını üstlenmesine ve öz güveninin gelişmesine yardımcı olabilmektedir (Deatrick, 1998; Velioğlu, 1999; Kara, 2000; Balcı, 2003; Yurtsever ve Kuyurtar, 2005).

Kronik hastalığı olan hastaların var olan veya gelişebilecek sorunlarının çözümlenmesinde, hastalıkları ile yaşama uyum sağlamalarına yönelik öz bakım gücünün artırılmasında hemşirelik bakımının ve eğitiminin yaşamsal önemi vardır. Blair (1999) yaptığı çalışmada eğitim ve destekleme ile davranış değişikliğini sağlayan hemşirelik bakımının hastaların öz bakımını artırmada çok önemli olduğunu saptamıştır. Jaarsma ve arkadaşları (2000) kalp yetmezliği olan bireylere eğitim verilmesi ve desteklenmesi ile bilgi ve karar verme becerilerinin taburculuk sonrasında geliştiğini ve öz bakım davranışlarının olumlu yönde etkilendiğini belirtmiştir.

Yapılan birçok araştırma doğrultusunda kronik hastalarda taburculuk eğitiminin hastaların öz bakım gücünü artırdığı ve bakımın sürekliliğini sağlamada evde bakıma yönelik takibin önemini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle biz hemşirelerin yapacağı hemşirelik girişimleri ile bireylerin öz bakım sorumluluğunu almaları sağlanacak ve hastaların sık sık hastaneye yatışları en aza indirilecektir (Akça ve ark., 2005; Kars, 2004; Yıldız, 2003; Honjo, 2000).

2.5. KKTC’de Evde Bakım Hizmetleri

KKTC’de evde bakım hizmetlerine yönelik yapılan uygulamalar şöyledir;

Lefkoşa’da Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi’ne bağlı olan, Kentsel Sağlık Merkezi’nde 1990 yılından beri ev ziyaretleri

yapılmaktadır. Bu ev ziyaretleri bir doktor, hemşire ve şoför ile gerçekleştirilmektedir. Ayrıca belediyeden bir personel de ekibe katılmaktadır. Bu ekip, hastaları yaşadıkları ortamda görüp değerlendirmektedir. Hemşirelerin burada verdiği hizmetler; rutin muayeneler, kan basıncı ölçümü, kan şekeri ölçümü, doktor istemi ile ilaçların verilmesi, pansumanlar ve kemoterapi alan hastaların tedavisidir.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı Karpaz Bölgesi'nde başlatılan "Yaşlı Bakım Projesi"; 1999 yılında planlanmaya başlanan ve 2001 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hayata geçirilen Karpaz Bölgesi'nde 60 yaş üzerinde olanlara yönelik verilen Yaşlı Bakımı Projesi ile (Türkler ve Rumlara) evde bakım hizmeti verilmektedir. Bu bölge pilot bölge olup, sosyal ve medikal olmak üzere iki ekip bulunmaktadır. Sosyal ekipte; sosyal işçiler (kuaför, tesisatçı, temizlikçi vs.) ve bir hemşire görev yapmaktadır. Hemşirenin görevi; evde bakım hizmeti sunulan hastaların, sosyal ihtiyaçlarını, banyo, vücut bakımı, ev ve çevre temizliği gibi ihtiyaçlarını karşılanmasını organize etmektir. Medikal ekipte; bir doktor ve iki hemşire görev yapmaktadır. Bu ekip evde bakım hizmeti verilen hastaların tedavi, pansuman gibi ihtiyaçlarını karşılamaktadır (KKTC Sağlık İstatistikleri, 2007)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yerler ve Özellikleri

Çalışma, KKTC Lefkoşa DrBNDH Dahiliye I ve Dahiliye II kliniklerinde yapılmıştır. Lefkoşa DrBNDH tam teşekküllü, 495 yatak kapasiteli, 16 klinik ve toplam 783 çalışan personeli ile hizmet vermektedir. Dahiliye I kliniği toplam 50 yataklı olup, dahiliye kliniği ve koroner yoğun bakım ünitesi olarak iki bölümden oluşmaktadır. Dahiliye kliniğinde 45, koroner yoğun bakım ünitesinde ise beş yatak bulunmaktadır. Dahiliye I kliniğinde bir ayda ortalama 160 hasta yatmakta, bunların yaklaşık 120'sini kronik hastalığı olan hastalar oluşturmaktadır. Klinikte biri klinik sorumlusu olmak üzere toplam 28 hemşire görev yapmakta ve 07⁰⁰-14⁰⁰ vardiyasında sorumlu hemşire ile birlikte 10 hemşire, 14⁰⁰-21⁰⁰ vardiyasında yedi hemşire, 21⁰⁰-07⁰⁰ vardiyasında ise altı hemşire çalışmaktadır.

Dahiliye II kliniği ise 21 yatak kapasitesine sahip olup, ayda ortalama 80 hasta yatmakta ve hastaların %45'ini kronik hastalar oluşturmaktadır. Dahiliye II kliniğinde toplam 19 hemşire çalışmaktadır. Klinikte 07⁰⁰-14⁰⁰ vardiyasında sorumlu hemşire ile birlikte beş hemşire, 14⁰⁰-21⁰⁰ vardiyasında dört hemşire, 21⁰⁰-07⁰⁰ vardiyasında da üç hemşire çalışmaktadır. Her iki klinikte de sorumlu hemşireler 08⁰⁰-16⁰⁰ saatlerinde, diğer hemşireler 07⁰⁰-14⁰⁰, 14⁰⁰-21⁰⁰, 21⁰⁰-07⁰⁰ olmak üzere üç vardiya şeklinde çalışmaktadırlar. Her iki klinikte; Kardiyoloji, Nefroloji, Endokrinoloji, Gastroenteroloji ve Romatoloji bölümlerinin hastalarının yatışı yapılmaktadır. Kronik hastalığı nedeniyle hastaneye yatan bireyler ortalama beş-on gün yatmakta, hastalara taburculuk eğitimi kapsamında diyeti (diyetisyen ile işbirliği yapılarak yazılı yemek listesi) ve ilaçları hakkında bilgi (dozu, sıklığı, ne amaçla kullanacağı) yazılı olarak hasta veya ailesine anlatılarak verilmektedir. Yalnızca, diyabetes mellitus hastalarına Diyabet Merkezi'nde kapsamlı eğitim verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; KKTC Lefkoşa DrBNDH 1 Ağustos-30 Kasım 2009 tarihleri arasında Dahiliye I ve Dahiliye II kliniklerine kronik hastalığı nedeniyle yatan yaklaşık 300 hasta oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma kapsamına, 1 Ağustos-30 Kasım 2009 tarihleri arasında Lefkoşa DrBNDH Dahiliye I ve Dahiliye II kliniklerine yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 100 hasta alınmıştır. Hastaların çalışmaya alınmalarında aşağıda belirtilen kriterler dikkate alınmıştır.

- Kronik hastalık tanısını en az üç ay önce alan,
- Hastanede en az beş gün yatan,
- 18-65 yaş arasında olan,
- İletişim kurmada sözel, bilişsel ve zihinsel engeli olmayan,
- Araştırmaya katılım konusunda gönüllü olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine 125 hasta alınmıştır. Ancak 25 hasta araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Hastaların araştırmaya katılmayı reddetme nedenleri olarak; 12 hasta solunum sıkıntısının olmasını, sekiz hasta yorgun olmasını ve beş hasta ise neden belirtmemiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu geliştirilen hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve öz bakım gücünü etkileyebilecek bazı değişkenleri içeren “Kişisel Bilgi Formu” (Bkz. EK 1) ile hastaların öz bakım gücünü belirlemeye yönelik “Öz Bakım Gücü Ölçeği” (Bkz. EK 2) kullanılmıştır (Nahcıvan, 2004).

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK 1):

Kişisel Bilgi Formu, iki bölümden oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde hastaların sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı toplam 14 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, çocukların yaşı, en uzun süre nerede yaşadığı, şu an nerede yaşadığı, çalışma statüsü, çalışma durumu, çalışmama nedeni, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, birlikte yaşadığı bireyler vb.) bulunmaktadır. İkinci bölümde ise kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım gücünü etkileyebilecek hastalıkla ilgili özellikleri ve evde bakım gereksinimlerini belirlemeye ilişkin toplam 19 soru (hastalığı, hastalığın süresi, daha önce hastaneye yatıp yatmadığı, kaç kez yattığı, daha önce eğitim alıp almadığı, aldıysa kim tarafından verildiği, bağımlılık durumu, evde bakımda kimlerin yardım ettiği, ilaç kullanımı, diyeti, kontrollerini düzenli yaptırıp yaptırmadığı, kontrole gitme sıklığı, hastalığına bağlı yaşadığı sorunlar ve GYA'den etkilenme durumu) yer almaktadır.

3.5.1.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK 2):

Öz Bakım Gücü Ölçeği, Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş ve Nahcıvan (2004) tarafından sağlıklı gençlerde, Pınar (1993) tarafından kronik hastalığı olan bireylerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçeğin kronik hastalıklarda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda test tekrar test güvenilirliği 0.80, iç tutarlılığı 0.89 olarak saptanmıştır. Öz Bakım Gücü Ölçeği bireylerin kendi kendine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Türkçe formunda 35 ifade bulunmakta ve her bir ifade 0'dan 4'e kadar değişebilen puanlarla değerlendirilmektedir. Değerlendirme toplam 136 puan üzerinden yapılmaktadır. 82 puan altı "düşük", 82-120 puan "orta", 120 puanın üstü "yüksek" öz bakım gücü olarak değerlendirilmektedir. Ölçek likert tipi 5 basamaklıdır. Bireylerin ölçekteki ifadeleri kendilerinin yanıtlaması istenmektedir. Ölçekteki her bir ifadeye sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilmektedir. İfadelerden 8'i (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31. ifade) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine döndürülmektedir. Ölçek dört özellik üzerinde temellendirilmiştir. Bunlar; durumlar karşısında aktif veya pasif

yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır (Nahcıvan, 1993). Çalışmamızda da ölçekte yer alan 35 likert ölçekli ifadenin güvenilirliğini ölçmek için yapılan güvenilirlik analizi sonucu Cronbach's Alpha değeri 0,76 olarak saptanmıştır. Bu da ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.5.2. Ön Uygulama

Kapsam geçerliliği değerlendirildikten sonra veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla Dahiliye I ve Dahiliye II kliniklerine yatan kronik hastalık tanısı almış, 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, veri toplama formunda anlaşılması güç olan bir soruda düzenleme yapılmıştır.

3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formlarının uygulanması, Lefkoşa DrBNDH Başhekimliği'nden araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak resmi izin alındıktan sonra 1 Ağustos-30 Kasım 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Uygulamadan önce hastalara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onamları alınmış ve veri toplama formları, taburculuğuna karar verilen hastalar hastaneden taburcu olmadan önce yüz yüze ve tek tek görüşülerek uygulanmıştır. Veri toplama formlarının uygulama süresi ortalama olarak kişisel bilgi formunda 5-6 dakika, öz bakım ölçeğinde 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

KKTC Sağlık Bakanlığı'ndan, çalışmanın yürütüleceği LDrBNDH Başhekimliği ve Başhemşireliği'nden yazılı resmi izin alınmıştır (Bkz. EK 4). Çalışma kapsamına alınan hastalara çalışmanın amacı, yöntemi açıklanmış, çalışmada gönüllü olduğu ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanmış ve yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK 3).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, SPSS (Statistical Paket Programma For Social Sciences) 15.0 programında, uygun test seçimi kullanılarak değerlendirilmiştir. Test seçimi Tablo 1’de görüldüğü gibi yapılmıştır.

Tablo 1. Hipotez Testi Seçimi

	İki Değişken	İkiden Fazla Değişken
Parametrik Testler İçin Şartların Sağlanması Durumunda	t testi	ANOVA
Parametrik Testler İçin Şartların Sağlanmaması Durumunda	Mann-Whitney U Testi	Kruskal-Wallis Testi

Parametrik testlerin (t testi ve ANOVA) kullanılabilmesi için verilerin normal dağılım göstermesi, verilerin homojen olması ve örneklem büyüklüğünün 30 veya daha fazla olması gibi şartlar aranmıştır. Ortalamaları test edilecek veriler tek tek normallik ve homojenlik sınamasına tabi tutulmuştur. Şartların sağlandığının belirlendiği durumlarda parametrik testler tercih edilmiş, aksi takdirde parametrik olmayan testlere başvurulmuştur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama forumlarının uygulandığı dönemde “domuz gribi” paniğinin yaşanmış olması ve hastanenin sel felaketine maruz kalması nedeniyle yaklaşık bir ay boyunca sadece acil vakaların hastaneye kabul edilmesi, örneklem sayısında sınırlılığa neden olmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların öz bakım gücü puanları, hastaların sosyo-demografik özellikleri, sosyo-demografik özelliklerine göre öz bakım gücü puan ortalamaları, hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları, hastalıkların yönetimine ilişkin özelliklerine göre öz bakım gücü puan ortalamaları, hastalıklarına bağlı deneyimledikleri semptomların sıklığına göre öz bakım gücü puan ortalamaları, hastalıkları nedeniyle günlük aktivitelerinin etkilenme durumları ve hastaların hastalıkları nedeniyle günlük aktivitelerinin etkilenme durumlarına göre öz bakım gücü puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 2. Hastaların Öz Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı

	Öz Bakım Gücü Puanı			
n	Ortalama $\pm$ SD	Minimum	Maksimum	Puan Aralığı
100	76.11 $\pm$ 1.88	4	107	0-140

Araştırma kapsamına alınan tüm hastaların öz bakım gücü genel puan ortalaması 76.11 $\pm$ 1.88 olarak belirlenmiştir (min=4, max=107).

Tablo 3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n= 100)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş		
20-55	43	43.0
56-65	57	57.0
Cinsiyet		
Kadın	36	36.0
Erkek	64	64.0
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	3	3.0
Okur-Yazar / İlkokul	40	40.0
Ortaokul/ Lise	46	46.0
Yüksekokul-Fakülte	11	11.0
Medeni Durumu		
Evli	82	82.0
Dul/Boşanmış/Bekar	18	18.0
Çocuk Sayısı (n=89)		
1-2 Çocuk	48	53.9
3 ve Üstü Çocuk	41	46.1
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Köy	46	46.0
Şehir	54	54.0
Şu Anda Yaşanılan Yer		
Köy	47	47.0
Şehir	53	53.0
İş/Mesleği		
Öğrenci	2	2.0
Memur/ İşçi/ Serbest Meslek	26	26.0
Emekli	42	42.0
İşsiz	5	5.0
Ev Hanımı	25	25.0
Çalışma Durumu		
Çalışan	25	25.0
Çalışmayan	75	75.0
Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	4	4.0
Gelir giderden az	47	47.0
Gelir gidere denk	49	49.0
Sosyal Güvence		
Var	87	87.0
Yok	13	13.0
Birlikte Yaşanılan Bireyler		
Yalnız	6	6.0
Eş ve Çocuklar	87	87.0
Çocuklar	7	7.0

Tablo 3.2. Hastalarını Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=100)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%	Öz Bakım Gücü Puanı $\bar{X} \pm SD$
Yaş			
20-55	43	43.0	74.37 $\pm$ 2.85
56-65	57	57.0	77.42 $\pm$ 2.51
p: 0.425			
Cinsiyet			
Kadın	36	36.0	74.53 $\pm$ 3.19
Erkek	64	64.0	77.00 $\pm$ 2.34
p: 0.531			
Eğitim Durumu			
Okur-Yazar Değil	3	3.0	76.33 $\pm$ 8.99
Okur-Yazar/İlkokul	40	40.0	72.58 $\pm$ 3.28
Ortaokul/ Lise	46	46.0	75.87 $\pm$ 2.56
Yüksekokul-Fakülte	11	11.0	89.91 $\pm$ 3.95
p: 0.060			
Medeni Durum			
Evli	82	82.0	78.24 $\pm$ 1.97
Dul/Boşanmış/Bekar	18	18.0	66.39 $\pm$ 4.12
p: 0.015			
Çocuk Sayısı (n=89)			
1-2 Çocuk	48	53.9	80.77 $\pm$ 2.15
3 + Çocuk	41	46.1	73.34 $\pm$ 3.12
p: 0.048			
En Uzun Süre Yaşanılan Yer			
Köy	46	46.0	75.13 $\pm$ 3.10
Şehir	54	54.0	76.94 $\pm$ 2.30
p: 0.633			
Şu Anda Yaşanılan Yer			
Köy	47	47.0	73.87 $\pm$ 3.10
Şehir	53	53.0	78.09 $\pm$ 2.24
p: 0.265			
İş/Meslek			
Öğrenci	2	2.0	54.00 $\pm$ 0.00
Memur/ İşçi/ Serbest Meslek	26	26.0	75.62 $\pm$ 3.85
Emekli	42	42.0	82.71 $\pm$ 2.31
İşsiz	5	5.0	56.40 $\pm$ 8.13
Ev Hanımı	25	25.0	71.24 $\pm$ 3.98
p: 0.006			
Çalışma Durumu			
Çalışan	25	25.0	78.00 $\pm$ 3.14
Çalışmayan	75	75.0	74.97 $\pm$ 2.42
p: 0.761			
Gelir Durumu			
Gelir giderden fazla	4	4.0	88.00 $\pm$ 7.55
Gelir giderden az	47	47.0	72.26 $\pm$ 2.67
Gelir gidere denk	49	49.0	78.84 $\pm$ 2.71
p: 0.100			
Sosyal Güvence			
Var	87	87.0	77.78 $\pm$ 1.96
Yok	13	13.0	64.92 $\pm$ 5.29
p: 0.021			
Birlikte Yaşanılan Bireyler			
Yalnız	6	6.0	72.83 $\pm$ 6.85
Eş ve Çocuklar	87	87.0	75.20 $\pm$ 2.09
Çocuklar	7	7.0	86.29 $\pm$ 6.48
p: 0.309			

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve sosyo-demografik özelliklerine göre öz bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3.1 ve Tablo 3.2’de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %57’nin 56-65 yaş aralığında ve yaş ortalamalarının 54.45 ± 1.48 olduğu saptanmıştır (Tablo 3.1). Hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında her iki yaş aralığında bulunan hastaların puanlarının birbirine yakın olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 3.2).

Örneklemin %64’ü erkek hastalardan oluşmaktadır (Tablo 3.1). Erkek hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları, kadın hastalardan daha yüksek bulunmuş fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 3.2).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %40’ı okur-yazar ya da ilkokul mezunu, %46’sı ortaokul ya da lise mezunudur (Tablo 3.1). Okur-yazar/ilkokul mezunu olanların ($\bar{x}=72.58$) okur-yazar olmayanlara ($\bar{x}=76.33$) göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu fakat hastaların eğitim durumlarına göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 3.2).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %82’nin evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1). Evlilerin ($\bar{x}=78.24$) bekar/boşanmış/dul olanlara ($\bar{x}=66.39$) göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 3.2).

Hastaların %53.9’nun bir ya da iki çocuk, %46.1’inin ise üç ve daha fazla çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1). Bir ya da iki çocuk sahibi hastaların ($\bar{x}=80.77$), üç ve üzeri çocuk sahibi olan hastalara ($\bar{x}=73.34$) göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan

istatistiksel değerlendirmede de aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 3.2).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %46'sı en uzun süre köyde, %54'ü ise şehirde yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 3.1). şehirde yaşayan hastaların ($\bar{x}=76.94$) öz bakım gücü puan ortalamalarının, köyde yaşayanlardan ($\bar{x}=75.13$) daha yüksek olduğu görölmüştür. Fakat hastaların en uzun süre yaşadıkları yere göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3.2).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %25'inin halen bir işte çalıştığı ve %75'inin çalışmadığını belirlenmiştir (Tablo 3.1). Çalışan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları, çalışmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak hastaların çalışma durumlarına göre öz bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo3.2). Tabloda yer almamakla birlikte hastalar çalışmama nedenlerini; sağlık problemi (%16), ev hanımı /yaşlı/öğrenci (%10), emekli (%34) olarak belirtmişlerdir.

Çalışan hastaların %26'nın memur, işçi ya da serbest meslek sahibi olduğu, %42'nin emekli, %25'nin ev hanımı ve %2'nin ise öğrenci olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.1). Öğrencilerin öz bakım gücü puan ortalamaları diğer hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3.2).

Hastaların gelir durumuna bakıldığında; yalnızca %4'ü gelirlerinin giderlerinden fazla, %47'si gelirlerinin giderlerine göre az olduğunu ve %49'u ise gelirlerinin giderlerine denk olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 3.1). Geliri giderinden az olanların öz bakım gücü puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Ancak, hastaların gelir durumlarına göre öz bakım

gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3.2).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %87'sinin sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.1). Sosyal güvencesi olanların ($\bar{x}=77.78$), sosyal güvencesi olmayanlara ($\bar{x}=64.92$) göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 3.2).

Hastaların %87'si eşi ve çocukları ile %7'si çocukları ile %6'sı ise yalnız yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3.1). Yalnız yaşayanların, çocukları ile birlikte yaşayanlara göre öz bakım gücü puan ortalaması daha düşük olmakla birlikte aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3.2).

Tablo 4. Hastaların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalıkları İle İlgili Özellikler	Sayı	%	Öz Bakım Gücü Puanı $\bar{X} \pm SD$
Birinci Kronik Hastalık			
Hipertansiyon	43	43.0	77.19 $\pm$ 3.09
Diyabetes Mellitus	30	30.0	75.83 $\pm$ 2.65
Kalp Hastalıkları	9	9.0	70.22 $\pm$ 8.03
Romatizma/Lupus/Böbrek Yetmezliği vd.	18	18.0	76.94 $\pm$ 4.69
p: 0.791			
Birinci Hastalık Süresi			
3 ay-5 Yıl	23	23.0	81.30 $\pm$ 3.43
6-10 Yıl	33	33.0	75.82 $\pm$ 3.46
11 ve Üstü Yıl	44	44.0	73.61 $\pm$ 2.87
p:0.284			
İkinci Kronik Hastalık (n=71)			
Diyabetes Mellitus	16	22.5	64.75 $\pm$ 6.24
Hipertansiyon	36	50.7	79.36 $\pm$ 2.44
Kalp Hastalıkları (MI, Kalp Yet.)	9	12.7	75.33 $\pm$ 6.77
Romatizma/Lupus/Böbrek Yetmezliği vd.	10	14.1	79.30 $\pm$ 5.33
p: 0.068			
İkinci Hastalık Süresi (n=71)			
3 ay-5 Yıl	17	23.9	81.35 $\pm$ 3.98
6-10 Yıl	23	32.4	73.30 $\pm$ 5.49
11 ve Üstü Yıl	31	43.7	74.03 $\pm$ 2.30
p: 0.290			
Kronik Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu			
Yatan	90	90.0	75.21 $\pm$ 1.99
Yatmayan	10	10.0	84.20 $\pm$ 5.34
p: 0.153			
Hastaneye Yatma Sayısı (n=90)			
1-3 kez	32	35.6	82.88 $\pm$ 2.84
4 ve daha fazla	58	64.4	71.26 $\pm$ 2.51
p: 0.004			
Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumu			
Alan	44	44.0	77.32 $\pm$ 2.13
Almayan	56	56.0	75.16 $\pm$ 2.93
p: 0.947			
Hastalık ile İlgili Eğitim Veren Kişi/Kişiler (n=44)			
Doktor	39	88.6	77.18 $\pm$ 2.27
Hemşire	3	6.9	73.33 $\pm$ 10.59
Diyetisyen/Hemşire	2	4.5	86.00 $\pm$ 7.00
p: 0.618			

Örneklem kapsamına alınan hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre öz bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %43’ünün hipertansiyon, %30’unun diyabetes mellitus, %9’unun kalp hastalıkları ve %18’inin romatizma/lupus/böbrek yetmezliği vb. olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyonu olan hastaların, diğer gruplara göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiş fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Araştırmaya katılan hastaların ilk kronik hastalık tanısını; yarıya yakınının (%44) 11 yıl ve daha uzun süre önce aldığı belirlenmiştir. İlk kronik hastalık tanısını 3 ay-5 yıl önce alan hastaların ($\bar{x}=81.30$), 11 yıl ve daha fazla süredir kronik hastalığı olan hastalara ($\bar{x}=73.61$) göre öz bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Fakat yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %71’inde ikinci bir kronik hastalığın olduğu belirlenmiştir. İlk ya da ikinci kronik hastalığı hipertansiyon, lupus, romatizma ve böbrek yetmezliği olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının, diğer kronik hastalıklara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Çalışma kapsamına alınan hastaların ikinci kronik hastalık sürelerinin; %23.9’unun 3 ay-5 yıl, %32.4’ünün 6-10 yıl ve %43.7’sinin 11 yıl ve daha uzun süre olduğu belirlenmiştir. İkinci kronik hastalığının süresi 3 ay ile 5 yıl arasında olan hastaların diğer gruplara göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Hastaların %90'ının kronik hastalık nedeniyle daha önceden hastaneye yattığı belirlenmiştir. Daha önce hastaneye yatanların, daha önce hastaneye yatmayan hastalara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %35.6'sının 1-3 kez, %64.4'ünün ise 4 ve daha fazla sayıda hastaneye yattığı belirlenmiştir. Hastaneye yatma sayısı 4 ve daha fazla olan grubun ($\bar{x}=71.26$), hastaneye yatış sayısı 1-3 kez olanlara ($\bar{x}=82.88$) göre öz bakım gücü puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arasındaki bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %44'ü hastalığına ilişkin eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alanların ($\bar{x}=77.32$), almayanlara ($\bar{x}=75.16$) göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Çalışma kapsamına alınan hastalar hastalıklarına ilişkin eğitimin %4.5'i diyetisyen/hemşire, %6.8'i hemşire ve %88.6'sı ise doktor tarafından verildiğini ifade etmişlerdir. Hastalığına ilişkin eğitimin hemşire tarafından verildiğini belirten hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuş, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Hastalıklarının Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalık Yönetimine İlişkin Özellikler	Sayı	%	Öz Bakım Gücü Puan $\bar{X} \pm SD$
Diyet Yapma Zorunluluğu			
Olan	83	83.0	76.76 $\pm$ 1.90
Olmayan	17	17.0	72.94 $\pm$ 6.13
p: 0.703			
Diyete Düzenli Uyuma Durumu (n=83)			
Uyan	29	34.9	80.52 $\pm$ 3.22
Uymayan	54	65.1	74.74 $\pm$ 2.33
p: 0.149			
Sürekli İlaç Kullanımı			
Olan	99	99.0	75.88 $\pm$ 1.89
Olmayan	1	1.0	99.00 $\pm$ 7.22
p: 0.220			
Düzenli İlaç Kullanmaya Uyuma Durumu (n=99)			
Uyan	89	89.9	77.07 $\pm$ 1.96
Uymayan	10	10.1	65.30 $\pm$ 6.02
p: 0.060			
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu			
Yaptıran	81	81.0	77.21 $\pm$ 2.02
Yaptırmayan	19	19.0	71.42 $\pm$ 4.85
p: 0.229			
Kontrol Sıklığı (n=81)			
Her Hafta	2	2.4	71.50 $\pm$ 4.50
15 Günde Bir	4	4.7	76.50 $\pm$ 12.90
Ayda Bir	33	40.0	80.36 $\pm$ 2.45
6-12 ayda bir	42	52.9	75.07 $\pm$ 3.19
p: 0.629			
Yaşam Şeklinde Değişiklik Yapma Zorunluluğu			
Olan	68	68.0	74.28 $\pm$ 2.10
Olmayan	32	32.0	80.00 $\pm$ 3.80
p: 0.157			
Başkalarına Bağımlılık Durumu			
Bağımlı	6	6.0	72.83 $\pm$ 5.64
Yarı Bağımlı	31	31.0	64.55 $\pm$ 3.90
Bağımsız	63	63.0	82.11 $\pm$ 1.86
p: 0.000			
Evde Bakımda Destek Aldığı Kişiler			
Eş ve Çocuklar	39	39.0	70.72 $\pm$ 3.23
Anne ve Kardeşler	4	4.0	42.50 $\pm$ 10.21
Eşi	32	32.0	82.19 $\pm$ 2.23
Çocuklar	9	9.0	82.56 $\pm$ 5.56
Yalnız	12	12.0	83.75 $\pm$ 4.93
Akraba ve arkadaşlar	4	4.0	76.25 $\pm$ 3.22
p: 0.000			

Çalışma kapsamına alınan hastaların %83'ü hastalığı nedeniyle özel bir diyet uygulama zorunluluğu bulunduğunu belirtmiştir. Diyet yapma zorunluluğu olanların ($\bar{x}=76.76$), özel diyeti olmayanlara ($\bar{x}=72.94$) göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Hastaların %34.9'unun diyetine uyduğunu belirtirken, %65.1'i ise uymadığını belirtmişlerdir. Diyetine düzenli uyanların ($\bar{x}=80.52$), uymayanlara ($\bar{x}=74.74$) göre öz bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan hastaların hemen hemen tamamının (%99) sürekli ilaç kullanmak zorunda oldukları belirlenmiştir. Sürekli ilaç kullananların %89.9'u ilaç kullanımına düzenli uyduğunu; %10.1'i ise uymadığını belirtmiştir. Düzenli ilaç kullananların ($\bar{x}=77.07$), düzenli ilaç kullanmayanlara ($\bar{x}=65.30$) göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Hastaların %81'i sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırdığını belirtmiştir. Sağlık kontrollerini düzenli yaptıranların ($\bar{x}=77.21$), sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayanlara ($\bar{x}=71.42$) göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek saptanmasına rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 5).

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların %40'ı sağlık kontrolünü ayda bir, %4.7'si 15 günde bir, %2.4'ü ise her hafta yaptırdığını belirtirken; %52.9'u ise 6-12 ayda bir yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık kontrollerini ayda bir yaptırdığını ifade eden hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %68'i hastalıklarına ilişkin yapması gereken yaşam şekli değişikliklerinin olduğunu belirtmişlerdir. Hastalıklarına ilişkin yaşam şeklinde değişiklik yapmaları gerekenlerin ($\bar{x}=74.28$), yaşam şeklinde değişiklik yapması gerekmeyenlere ($\bar{x}=80.00$) göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu, ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Hastaların %6'sının hastalıkları nedeniyle başkalarının bakımına ve ilgisine bağımlı oldukları, %31'inin yarı bağımlı olduğu, %63'ünün ise bağımsız olduğu belirlenmiştir. Başkalarına bağımlı olmayanların, bağımlı olanlara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5).

Hastaların hastalığından dolayı evde yapamadığı işlerde; %39'u eşi ve çocuklarının, %32'si eşinin, %9'u çocuklarının, %4'ü annesi ve kardeşlerinin yardım ettiğini belirtmişlerdir. Hastaların %12'si ise yardım alacağı hiç kimsenin olmadığını belirtmiştir. Kendisine yardım edecek hiç kimsenin olmadığını belirtenlerin diğer gruplara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların Hastalıklarına Bağlı Deneyimledikleri Semptomların Sıklıklarına Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

Semptomların Sıklığı	Sayı	%	Öz Bakım Gücü Puanı $\bar{X} \pm SD$
Ağrı			
Hiç	12	12.0	81.83 $\pm$ 4.01
Çok Az	20	20.0	76.45 $\pm$ 2.73
Bazen	35	35.0	74.49 $\pm$ 3.34
Çok	13	13.0	82.30 $\pm$ 5.32
Çok Fazla	20	20.0	71.15 $\pm$ 5.36
p: 0.479			
Nefes Darlığı			
Hiç	27	27.0	83.41 $\pm$ 3.13
Çok Az	16	16.0	73.63 $\pm$ 4.68
Bazen	29	29.0	73.55 $\pm$ 3.47
Çok	14	14.0	68.50 $\pm$ 4.57
Çok Fazla	14	14.0	77.79 $\pm$ 6.10
p: 0.120			
Yorgunluk			
Hiç	10	10.0	88.10 $\pm$ 4.01
Çok Az	13	13.0	76.31 $\pm$ 2.59
Bazen	24	24.0	81.63 $\pm$ 3.29
Çok	31	31.0	68.52 $\pm$ 4.06
Çok Fazla	22	22.0	75.23 $\pm$ 3.98
p: 0.021			
Bulantı			
Hiç	62	62.0	79.31 $\pm$ 2.22
Çok Az	18	18.0	77.72 $\pm$ 3.64
Bazen	15	15.0	63.00 $\pm$ 6.26
Çok	4	4.0	72.50 $\pm$ 7.10
Çok Fazla	1	1.0	60.00
p: 0.036			
Kusma			
Hiç	67	67.0	79.88 $\pm$ 2.04
Çok Az	19	19.0	73.32 $\pm$ 4.27
Bazen	11	11.0	62.09 $\pm$ 7.61
Çok	2	2.0	61.50 $\pm$ 5.50
Çok Fazla	1	1.0	60.00 $\pm$ 5.13
p: 0.022			
İştahsızlık			
Hiç	52	52.0	76.79 $\pm$ 2.43
Çok Az	22	22.0	82.32 $\pm$ 3.59
Bazen	18	18.0	69.17 $\pm$ 5.59
Çok	5	5.0	78.80 $\pm$ 6.55
Çok Fazla	3	3.0	56.00 $\pm$ 2.00
p: 0.073			

Çalışma kapsamına alınan hastaların % 55'i son 15 gün içinde hastalığına bağlı bazı semptomlar yaşadığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalar son 15 gün içerisinde ağrı deneyimleme sıklıklarını; %20 “çok az”, %35 “bazen”, %13 “çok” ve %20’i de “çok fazla” olduğunu belirtmişlerdir. Ağrı deneyimlemeyenlerin, ağrı deneyimleyenlere göre öz bakım gücü puan ortalamalarının sık sık ağrı deneyimlediğini ifade eden hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları en düşük ($\bar{x}=71.15$), çok az ağrı deneyimlediğini belirtenlerin ise en yüksek ($\bar{x}=76.45$) olarak belirlenmiştir. Fakat gruplar arasında istatistiksel anlamda fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Hastalar nefes darlığı yaşama sıklıklarını; %16 “çok az”, %29 “bazen”, %14 “çok” ve %14 de “çok fazla” olarak belirtmişlerdir. Nefes darlığı şikayetini hiç yaşamayanların diğer gruplara göre öz bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuş, fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Çalışma kapsamındaki hastaların yorgunluk deneyimleme sıklıklarını; %13 “çok az”, %24 “bazen”, %31 “çok” ve %22” “çok fazla” olduğu belirlenmiştir. “Çok” yorgunluk deneyimlediğini ifade eden hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6).

Hastaların bulantı yaşama sıklıklarının; %18 “çok az”, %15 “bazen”, %4 “çok” ve %1 “çok fazla” olduğu saptanmıştır. Çok fazla bulantı deneyimlediğini ifade eden hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları diğer gruplara göre düşük saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6).

Araştırma kapsamındaki hastaların kusma şikayeti deneyimleme sıklıklarının; %19 “çok az”, %11 “bazen”, %2 “çok” ve %1 “çok fazla” olduğu belirlenmiştir. “Çok fazla” kusma şikayeti olanların ($\bar{x}$ =60.00), olmayanlara ($\bar{x}$ =79.88) göre öz bakım gücü puan ortalamaları düşük olduğu belirlenmiş ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6).

Hastaların %22’si “çok az”, %18’i “bazen”, %5’i “çok” ve %3’ü “çok fazla” iştahsızlık deneyimlediğini belirtmişlerdir. “Çok fazla” iştahsızlık şikayeti olanların ($\bar{x}$ =56.00) öz bakım gücün puan ortalamalarının olmayanlara ($\bar{x}$ =76.79) göre düşük olduğu belirlenmiş, fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların Hastalıkları Nedeniyle Günlük Aktivitelerinin Etkilenme Durumlarına Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

Günlük Aktivitelerin Etkilenme Durumu	Sayı	%	Öz Bakım Gücü Puanı $\bar{X} \pm SD$
El-Yüz Yıkamak			
Kısmen Etkiliyor	10	10.0	71.40±3.55
Çok Etkiliyor	6	6.0	60.17±8.94
Etkilemiyor	84	84.0	77.99±2.08
p: 0.056			
Banyo Yapmak/ Duş Almak			
Kısmen Etkiliyor	20	20.0	71.10±3.22
Çok Etkiliyor	7	7.0	62.57±8.01
Etkilemiyor	73	73.0	78.47±2.24
p: 0.043			
Giyinmek/ Soyunmak			
Kısmen Etkiliyor	20	20.0	68.37±4.75
Çok Etkiliyor	5	5.0	58.80±10.39
Etkilemiyor	75	75.0	80.13±2.00
p: 0.004			
Yemek Hazırlamak ve Yemek			
Kısmen Etkiliyor	20	20.0	59.00±5.26
Çok Etkiliyor	8	8.0	68.63±4.75
Etkilemiyor	72	72.0	81.76±1.79
p: 0.000			
Tuvaleti Kullanmak			
Kısmen Etkiliyor	17	17.0	68.00±6.25
Çok Etkiliyor	3	3.0	46.00±7.00
Etkilemiyor	80	80.0	79.19±1.82
p: 0.001			
Orta Hızda Yürümek			
Kısmen Etkiliyor	46	46.0	77.89±3.15
Çok Etkiliyor	28	28.0	68.79±3.06
Etkilemiyor	26	26.0	79.77±2.98
p: 0.102			
Ev/Bahçe İşleri Yapmak			
Kısmen Etkiliyor	28	28.0	78.86±2.92
Çok Etkiliyor	50	50.0	72.33±3.06
Etkilemiyor	22	22.0	81.10±3.51
p: 0.137			
İletişimi Sürdürmek			
Kısmen Etkiliyor	23	23.0	68.91±5.01
Çok Etkiliyor	5	5.0	63.20±5.88
Etkilemiyor	72	72.0	79.39±1.97
p: 0.020			
Alış-veriş Yapmak			
Kısmen Etkiliyor	29	29.0	70.67±4.15
Çok Etkiliyor	6	6.0	51.83±4.64
Etkilemiyor	65	65.0	80.43±1.96
p: 0.000			
Seyahat Etmek			
Kısmen Etkiliyor	27	27.0	75.37±4.01
Çok Etkiliyor	10	10.0	55.50±6.93
Etkilemiyor	63	63.0	79.97±1.93
p: 0.000			

Çalışma kapsamına alınan hastalar günlük aktivitelerinden el-yüz yıkama aktivitelerinin hastalık nedeniyle; %10'u "kısmen etkilendiğini" ve %6'sı "çok etkilendiğini" ifade etmiştir. El-yüz yıkama aktivitesinin etkilenmediğini belirtenlerin (%84) öz bakım gücü puan ortalamalarının ($\bar{x}=77.99$) çok etkilenen gruba göre ($\bar{x}=60.17$) yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 7).

Hastalar günlük aktivitelerinden banyo yapma/duş almanın hastalıkları nedeniyle etkilenme düzeyini; %20'si "kısmen etkilendiğini", %7'si "çok etkilendiğini", %73'ü ise "etkilenmediğini" ifade etmiştir. Günlük aktivitelerinden banyo yapma/duş almanın hastalıkları nedeniyle etkilenmeyen grubun ($\bar{x}=78.47$) çok etkilenen gruba göre ($\bar{x}=62.57$) öz bakım gücü puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 7).

Araştırma kapsamına alınan hastaların günlük aktivitelerinden giyinme/soyunma aktivitelerinin hastalıkları nedeniyle %20'si "kısmen etkilendiğini", %5'i "çok etkilendiğini", %75'i ise "etkilenmediğini" ifade etmiştir. Giyinme/soyunma aktivitesinin etkilenmediğini belirtenlerin öz bakım gücü puan ortalamalarının ($\bar{x}=80.13$) çok etkilenen ($\bar{x}=58.80$) gruba göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 7).

Araştırma kapsamına alınan hastalar günlük aktivitelerinden yemek hazırlama/yemek yeme aktivitelerinin; %20'si "kısmen etkilendiğini", %8'i "çok etkilendiğini", %72'si ise "etkilenmediğini" ifade etmişlerdir. Yemek hazırlama/yemek yeme aktivitesinin etkilenmediğini belirtenlerin ($\bar{x}=81.76$) öz bakım gücü puan ortalamalarının etkilenen ($\bar{x}=68.63$) gruba göre yüksek olduğu belirlenmiş ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 7).

Hastalar günlük aktivitelerinden tuvaleti kullanma aktivitelerinin etkilenme düzeyini; %17'si "kısmen etkilendiğini", %3'ü "çok etkilendiğini", %80'i ise "etkilenmediğini" ifade etmiştir. Tuvaleti kullanma aktivitesinin etkilenmediğini ($\bar{x}=79.19$) belirtenlerin öz bakım gücü puan ortalamalarının tuvaleti kullanma aktivitesinin çok etkilenen ($\bar{x}=46.00$) gruba göre yüksek çıktığı belirlenmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 7).

Hastalar günlük aktivitelerinden orta hızda yürümede; %46'sı "kısmen etkilendiğini", %28'i "çok etkilendiğini", %26'sı ise "etkilenmediğini" ifade etmiştir. Orta hızda yürümelerinin etkilenmediğini belirtenlerin ($\bar{x}=79.77$) öz bakım gücü puan ortalamalarının, orta hızda yürümelerinin çok etkilenen gruba ($\bar{x}=68.79$) göre yüksek çıktığı saptanmış, ancak istatistiksel olarak aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma kapsamına alınan hastaların hastalıkları nedeniyle ev işleri/bahçe işleri yapmalarının; %28'i "kısmen etkilendiğini", %50'si "çok etkilendiğini", %22'si ise "etkilenmediğini" ifade etmiştir. Ev işleri/bahçe işlerinden çok etkilenen grubun ($\bar{x}=72.33$) öz bakım gücü puan ortalamalarının etkilenmeyen gruba ($\bar{x}=81.10$) göre daha düşük çıktığı, ancak istatistiksel olarak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Hastaların iletişimi sürdürebilme aktivitelerini; %23'ü "kısmen etkilendiğini", %5'i "çok etkilendiğini", %72'si ise "etkilenmediğini" ifade etmiştir. İletişimi sürdürebilme aktivitelerinin etkilenmediğini belirtenlerin ($\bar{x}=79.39$), çok etkilendiğini belirtenlere göre ($\bar{x}=63.20$) öz bakım gücü puan ortalamalarının yüksek olduğu ve istatistiksel olarak aradaki farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 7).

Hastaların hastalıkları nedeniyle alışveriş yapma aktivitelerinin; %29'u "kısmen etkilendiğini", %6'sı "çok" etkilendiğini, %65'i ise "etkilenmediğini"

ifade etmiştir. Alışveriş yapmada etkilenmediğini belirtenlerin öz bakım gücü puan ortalamaları ($\bar{x}$ =80.43) alışveriş yapma aktivitelerinin çok etkilendiğini belirten ($\bar{x}$ =51.83) gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 7).

Çalışma kapsamına alınan hastaların günlük aktivitelerden seyahat etme aktivitelerinin; %27'si "kısmen" etkilendiğini, %10'u "çok etkilendiğini", %63'ü ise "etkilenmediğini" ifade etmiştir. Hastalardan seyahat etme aktivitelerinin çok etkilendiğini belirtenlerin öz bakım gücü puan ortalamalarının ($\bar{x}$ =55.50) seyahat etme aktivitelerinin etkilenmediğini belirtenlere ($\bar{x}$ =79.97) göre düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 7).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmamızdan elde ettiğimiz bulguların literatür doğrultusunda tartışması yer almaktadır.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının düşük düzeyde (76.110 ± 1.88) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda genel olarak öz bakım gücü puanları orta düzeyde bulunmuştur. Tsay (2003), Ünsar ve ark. (2006), Mollaoğlu (2005), Kıyak (2002), Yurtsever (2003) HD uygulanan bireylerin, Kara (2000) Tip 1 DM'li, Kara (2001) Tip 2 DM'li, Lukkarien ve Hentinen (1997) KKH olan hastaların öz bakım gücünü orta seviyede bulmuşlardır. KKTC'de ise kronik hastalıklar üzerinde (KKH) yapılan ilk çalışmada öz bakım gücü orta düzeyde bulunmuştur (Paşaoğlu, 2010). Kronik hastalıklar uzun süreli, geçmeyen ve zaman geçtikçe üzerine bir başka kronik hastalığın da ortaya çıkması nedeniyle, bireylerin hastalığa uyumu zorlaşır ve bu süreç komplikasyonlu bir şekilde bireyleri hem psikolojik hem de sosyal yönden olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Bu veriler, bireylerin hastalığı ile uyum sağlamada öz bakım davranışlarını geliştirme konusunda gerek hemşire gerekse aile desteğine ihtiyaçları olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalaması 54.45 ± 1.48 olup (Tablo 3.1), 56-65 yaş aralığında olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları (77.42 ± 2.51), 20-55 yaş aralığında olanlara (74.37 ± 2.85) göre daha yüksek bulunmuş fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.2). Yapılan bazı çalışmalarda bizim bulgularımızın aksine yaş arttıkça öz bakım gücünün düştüğü belirlenmiştir (Nahcıvan, 1993; Pınar, 1995). Kronik hastalıkların her yaş grubunda görüldüğünü, fakat yaş ilerledikçe kronik hastalıkların birden fazla olabileceği ve özellikle bu yaş aralığında kronik hastalıkların artışının bir göstergesi olarak değerlendirebiliriz. Bazı çalışmalarda da bizim çalışmamız ile paralel olarak yaş arttıkça öz bakım gücü puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır (Lukkarien ve Hentinen, 1997; Savaşan, 2006; Yeşilbalkan,

2001). Bu bulgu, kronik hastalıklarda öz bakım gücünün istendik düzeye getirilebilmesi için bireylerin belli bir zaman sürecine gereksinimleri olduğunu ve deneyimlerinin önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların %64'ünün erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1). Hastaların cinsiyetlerine göre öz bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında kadınların erkeklere göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.2). Çalışmamıza paralel olarak, Savaşan (2006) ve Bakoğlu'nun (2000) hipertansiyonlu hastalarla yaptıkları çalışmalarda, erkek hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda ise bizim bulgularımızın aksine erkeklerin öz bakım güçlerinin kadınlara oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir (Lukkarinen ve ark.,1997; Nahcıvan, 1993; Kars, 2004). Bu sonuçlar doğrultusunda, bireyin sahip olduğu hastalık/hastalıklara göre öz bakım gücünün farklılık gösterebileceği, cinsiyete göre değil de hastalığın çeşidi, süresi vb. bireylerin öz bakım gücünü etkileyebileceği, ayrıca kadınların sorumluluklarının erkeklere göre daha fazla olabileceği sebebiyle öz bakımlarını yeterince yerine getirememesi bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Çalışma kapsamına alınan hastalardan okur-yazar olmayanların, yüksek okul-fakülte mezunu olanlara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha düşük bulunmuş fakat istatistiksel olarak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.2). Yapılan çalışmalarda da öz bakım gücünün eğitim düzeyinin artışına paralel olarak yükseldiği belirlenmiştir (Kara ve Fesçi, 2000; Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Ageborg, 2005). Özcan (1999) çalışmasında, okur-yazar olmayan ve ilkokul mezunu olan diyabetli bireylerin öz bakım uyumlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede az olduğunu belirlemiştir. Buna göre bireylerin eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücünün de artması beklenen bir sonuç olduğu, eğitim düzeyi ile sağlık bakımının yakından ilişkili olabileceği ve eğitimin her alanda olduğu gibi sağlık alanında da çok önemli bir yeri olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hastaların medeni durumlarına göre %82'si evli olduğu, evli olanların öz bakım gücü puan ortalaması, dul/boşanmış/bekar olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş (Tablo 3.2) ve hastaların medeni durumlarına göre öz bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 3.2). Çalışmamıza paralel olarak; Kıyak (2002), Ageborg (2005) ve Yiğit (2005) HD hastalarında, Walker (2004) ve Lukkarien ve ark. (1997) ise kalp hastalarında yaptıkları çalışmalarda medeni durumlarına göre öz bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Aras ve Tel (2002) ise KOAH'lı hastalarla yaptıkları çalışmalarında dul hastaların aile ve arkadaş desteğinin düşük olduğunu saptamıştır. Kars (2004) çalışmasında HD uygulanan bireylerin öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, evlilerin evli olmayanlara göre öz bakım gücü (ÖBG) ve öz yeterlilik düzeyi (ÖYD) puanlarını daha yüksek saptamalarına karşın aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Çalışmamızda evli olanların öz bakım gücü puan ortalamalarının yüksek bulunması aile ve sosyal desteğin öz bakım gücünün artmasında önemli olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %42'si emekli, %25'i ev hanımı, %13'ü de memur olduğu (Tablo 3.1) belirlenmiş ve emekli olan grubun diğer gruplara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.2). Yeşilbalkan (2001) Tip 2 Diyabetli hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında öz bakım gücünün çalışma durumundan etkilendiğini ancak bunun istatistiksel açıdan önemli olmadığını bulmuştur. Emekli olan grubun kendilerine daha fazla zaman ayırmalarının öz bakımlarını yapmada bir fırsat olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %74'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.1). Çalışmayan hastaların, çalışan gruba göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış fakat

bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.2). Yeşilbalkan'ın (2001) Tip 2 Diyabetli hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada da çalışmamız ile paralellik göstermiş olup, bu sonucun hastaların büyük bir çoğunluğunun emekli ve ev hanımı olması ile bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir.

Hastaların %87'sinin bir sosyal güvencesinin olduğu ve %49'unun giderlerinin gelirlerine denk olduğunu belirtmiştir (Tablo 3.1). Sosyal güvencesi olanların olmayanlara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.2). Yapılan çalışmalar da bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (Akyol, 2007; Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Callaghan, 2005). Kronik hastalıklar; uzun süreli ve geçmeyen hastalıklar olmasından dolayı hastaların tedavilerini ve öz bakımlarını daha kolay devam ettirebilmeleri için sosyal güvence varlığı, hastalıkları ile baş etme ve tedavilerini eksiksiz yapabilmek için olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Hastaların %87'si aile bireyleri ile birlikte yaşadığını, %6'sı da yalnız yaşadığını belirtmiştir (Tablo 3.1). Yalnız yaşayan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları aile bireyleri ile birlikte yaşayanlara göre daha düşük bulunmuş fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.2). Yapılan araştırmalarda da bizim bulgularımıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (Yeşilbalkan, 2001; Kars, 2004; Savaşan, 2006). Aile bireyleriyle birlikte yaşamak bireyin öz bakımını daha etkili yapmasına, yapamadığı durumlarda ise aile bireylerinden destek alarak yapmasına katkı sağlayabileceği ve sosyal destek kavramının ne denli önemli olduğunun bir göstergesi olarak yorumlayabiliriz.

Araştırmamızda çocuk sayısı az olanların (1-2 çocuklu) öz bakım gücü puan ortalamalarının daha fazla çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3.2). Çocuk sayısının az olması ile hastaların kendilerine

daha fazla zaman ayırarak öz bakımlarını daha iyi yerine getirdiklerini söyleyebiliriz.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan öğrencilerin öz bakım gücü puanları en düşük, emeklilerin ise en yüksek bulunmuştur (Tablo 3.2). Sayın'ın (1998) çalışmasında ise bizim bulgularımızın aksine öz bakım gücü ile meslek grupları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Emeklilerin sosyal güvencelerinin olması ve kendilerine daha fazla zaman ayırmaları öz bakım gücü puanlarının yüksek olmasına neden olabilir.

Çalışmamızda şehirde yaşayan hastalar ile köyde yaşayan hastaların öz bakım gücü puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 3.2). Bizim bulgularımızın aksine Nahcıvan (1993) çalışmasında kentte yaşayan gençlerin, Bakoğlu ve Yetkin (2000) de kentte yaşayan hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Buna göre ülkemizde (KKTC) yaşayan bireylerin genelinin sağlık alanındaki tüm hizmetlerden kolay bir şekilde yararlanabildiğini ve sosyo-ekonomik olarak da köyde ve şehirde yaşayanların benzer olduğunu söyleyebiliriz.

Hastaların %47'sinin gelirlerinin giderlerinden az olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1). Gelir düzeyi düşük olanların öz bakım gücü puanları düşük bulunmuş ancak hastaların gelir durumlarına göre öz bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.2). Yeşilbakan'ın (2001) çalışması da bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Aksine, bazı çalışmalarda (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Callaghan, 2005; Kara ve Feşçi, 2000; Savaşan, 2006) gelir düzeyi artıkça bireylerin öz bakım gücü düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bireylerin gelir durumunun yüksek olması olanaklardan yararlanmayı da sağlamakta ve öz bakım gücünü artırıcı önemli bir faktör olabilmektedir.

Birinci kronik hastalığı hipertansiyon olanların öz bakım gücü puanları diğer hastalara göre (Diyabetes Mellitus, Kalp Hastalıkları, vd.) yüksek bulunmuş fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Buna göre hastaların öz bakımını yerine getirebilmesi için her bireyin hastalığa uyumu, hastalığını kabullenerek, kendine düşen görevi yapmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Birinci kronik hastalık süresi 3 ay- 5 yıl olan hastaların, 11 yıl ve üstü olanlara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Yapılan çalışmalar bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Pınar, 1995). Kara (2000) Tip 1 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, hastalık süresi arttıkça öz bakım gücünün azaldığını saptamıştır. Walker (2002) kalp hastalığı olan bireylerde hastalık süresinin önemli olduğunu, yeni tanı konmuş hastaların uzun süre önce tanı almış hastalara göre daha fazla sağlık inancına sahip olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalıkların tedavi ve bakımdaki süreklilik, zaman geçtikçe komplikasyonların ortaya çıkabilmesi ve uzun dönem sağlık sorunu olması hastaların psikolojik yönden etkilenebilmelerine ve öz bakımlarını aksatmalarına veya yapamamalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların %90'ının kronik hastalık nedeniyle daha önce hastaneye yattığı belirlenmiştir (Tablo 4). Daha önce hastaneye yatanların, daha önce hastaneye yatmayan hastalara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha düşük bulunmuş fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Bu bulguya göre hastane ortamının her birey için olumsuz bir deneyim olması, aileden, işinden uzak ve en önemlisi sağlığının kötüye gitmesinden dolayı bireylerin psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine ve hastalığına ilişkin olumsuz tepkilere neden olarak öz bakımının etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastalık ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre öz bakım gücü puan ortalamaları az bir farkla daha yüksek bulunsa da aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Glasgow ve arkadaşları (1992) yaşlı Tip 2 diyabetli hastalarda kısa süreli eğitim programlarının bireysel becerilerini iyileştirdiğini, Kars (2004) araştırmasında, Miyokart İnfarktüs'ü (MI) geçiren bireylerde planlı eğitimin öz bakım gücünü artırdığını, Jaarsma ve diğerlerinin (1999) kalp yetmezliği hastaları ile yaptığı çalışmada, sistematik ve planlı bir şekilde uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin, bireylerin öz bakım davranışlarında önemli değişimlere neden olduğunu saptamışlardır. Hemşirenin rollerinden biri olan eğitimin, kronik hastalığı olan hastalarda öz bakımı geliştirme ve sürdürmede önemli bir etken olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık ile ilgili eğitimi doktorlardan (%88) alanların hemşireden alanlara göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek çıktığı, bu farkın ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bu bulgu hemşirelerin eğitim alanında yeterli düzeyde etkin olamadıklarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda diyet yapma zorunluluğu olan hastaların (%83) diyet yapma zorunluluğu olmayanlara (%17) göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 5). Diyetine düzenli uyanların uymayanlara göre öz bakım gücü puanı daha yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Bizim bulgularımıza benzer olarak bazı çalışmalarda, hastalığına yönelik düzenli diyet uygulayan hastaların öz bakım gücü puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Savaşan, 2006; Walker, 2004). Bu sonucun beklendik bir sonuç olduğunu ifade edebiliriz. Çünkü diyete uyma da öz bakım davranışları içinde yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların ilaç kullanımına düzenli uyanların (%90) öz bakım gücü puan ortalamalarının ilaçlarını düzenli kullanmayanlara göre

daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5). Bu sonuç, istendik bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Hastaların %81'inin sağlık kontrollerini düzenli yaptırdığı ve bu hastaların sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayanlara göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Sağlık kontrollerini ayda bir yaptırdığını (%40) ifade edenlerin diğer gruplara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek saptanmış fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 5). Hastaların bilinçli ve düzenli bir şekilde sağlık kontrolü yaptırmaları öz bakım davranışları içinde istendik bir davranış olarak değerlendirilebilir.

Hastaların günlük işlerini yapmada başkalarına bağımlı olanların (%6) bağımsız olanlara (%63) göre öz bakım gücü puan ortalamalarının anlamlı biçimde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Ayrıca hastalara yapamadıkları işlerde yardım eden bireylerin öz bakım gücü karşılaştırıldığında kendisine annesi ve kardeşlerinin yardım ettiğini belirtenlerin öz bakım gücü puan ortalamaları en düşük olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Doğal olarak hiç kimsenin yardımına ihtiyaç duymayanların öz bakım gücü puanı da en yüksek çıkmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların son 15 gün içerisinde yaşadıkları ağrı, nefes darlığı, iştahsızlık problemlerinin yaşanma sıklığı ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 6). Ancak son 15 gün içerisinde yaşanan yorgunluk, bulantı ve kusma problemlerinin yaşanma sıklığı hiç yaşamayanların, çok fazla yaşayanlara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek ve anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Doğal olarak bu problemleri daha sık yaşayanların öz bakım güçlerinin daha düşük olması beklenir ve araştırmamızda da bu yönde bir sonuç elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların; hastalıkları nedeniyle günlük aktivitelerinin etkilenme durumlarına göre öz bakım gücü puanlarının incelenmesi sonucunda; banyo yapmak, giyinmek, soyunmak, yemek hazırlamak/yemek, tuvaleti kullanmak, başkalarıyla iletişimi devam ettirmek, alışveriş yapmak ve seyahat etmek gibi günlük yaşam aktivitelerinin hastalıkları dolayısıyla çok etkilendiğini belirtenlerin günlük yaşam aktivitelerinden etkilenmeyenlere göre öz bakım gücünün anlamlı biçimde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Yurtsever (2003) tarafından yapılan çalışmada da kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeni ile HD uygulanan hastaların orta derecede yorgunluk yaşadığı ve hastaların yorgunluk nedeni ile günlük aktivitelerini yapmakta zorlandıkları saptanmıştır. Kronik hastalıklarda hastalık süresi uzadıkça başkalarına bağımlı olmaları, günlük işlerini yapamamaları, hastalığın seyri ve şiddetine göre değişebileceği bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle kronik hastalığı olan hastaların bu aşamada aile ve sosyal çevre desteğinin önemi ortaya çıkmakta ve bu hastaların sağlık ekibi tarafından evde bakım gereksinimlerini belirlemek, takibini yapabilmek için “Evde Bakım Hizmetleri”nin ele alınması ve geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak araştırma kapsamına alınan hastaların öz bakım gücü genel puan ortalamalarının düşük düzeyde (76.11) olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bu nedenle kronik hastalıklarda bireylerin öz bakım davranışlarını geliştirme ve olumsuz sağlık alışkanlıklarından, olumlu sağlık alışkanlıklarına dönüştürebilmek için eğitime ihtiyaçları olduğu, bu eksikliği gidermek için tüm alanda çalışan hemşirelerin bu konuda daha duyarlı yaklaşımları ve gerekirse hizmet içi eğitim (HİE) programları düzenlenerek konunun önemi vurgulanması gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırma kapsamına alınan hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu (74.11 ± 11) belirlenmiştir (Tablo 2).
- Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları 54.45'tir (Tablo 3.1). 55 yaş ve üzeri olan hastaların öz bakım gücü puan ortalaması, 55 yaş altındaki hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3.2). Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğu erkek (Tablo 3.1) olup öz bakım gücü puan ortalaması kadın hastalara göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 3.2).
- Hastaların %82'sinin evli ve en az iki çocuklu olduğu (Tablo 3.1) belirlenmiş olup, evli ve en az iki çocuk sahibi olanların öz bakım gücü puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.2).
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %40'ını okur-yazar olan hastalar oluşturmuştur (Tablo 3.1). Yüksekokul/fakülte ve ortaokul/lise mezunu olanların öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.2).
- Hastaların %53'ünün şehirde yaşadığı ve %42'sinin emekli olduğu saptanmıştır (Tablo 3.1). Emekli olanların öz bakım gücü puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.2).
- Hastaların yarıdan fazlasının (%75) çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.1). Çalışma kapsamına alınan hastaların gelirleri giderlerine göre az olanların (%47) öz bakım gücü puan ortalaması düşük bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.2).
- Hastaların çoğunluğunun (%87) sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1). Sosyal güvencesi olan hastaların sosyal güvencesi

olmayanlara göre öz bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3.2).

- Hastaların %87'sinin eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 3.1). Aile bireyleri ile yaşayanların, yalnız yaşayanlara göre öz bakım gücü puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır (Tablo 3.2).

- Araştırma kapsamına alınan hastaların birinci kronik hastalıklarının en fazla “hipertansiyon” (%43) ve “diyabetes mellitus” (%30) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

- Hastaların birinci kronik hastalık sürelerinin (%44) 11 yıl ve üstü olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Hastalık süresi 11 yıl ve üstü olanların öz bakım gücü puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük çıktığı belirlenmiştir (Tablo 4).

- Hastaların %71'inin ikinci bir kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Çalışma kapsamına alınan hastaların kronik hastalığı nedeniyle çoğunluğunun (%90) hastaneye yattığı, en az 4 ve daha fazla hastaneye yatanların 1-3 kez yatanlara göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

- Hastaların %56'sı kronik hastalığına ilişkin eğitim almadığını belirtmişlerdir. Hastalığına ilişkin eğitimi doktordan alanların, eğitimi hemşireden alanlara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

- Çalışma kapsamına alınan hastalardan %83'ünün diyet yapma zorunluluğu olduğu belirlenmiştir. Diyet yapma zorunluluğu olanların diyet yapma zorunluluğu olmayanlara göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

- Diyetine düzenli uyanların (%35) uymayanlara (%65) göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Hastaların tamamına yakınının (%99) sürekli ilaç kullandığı ve yarıdan fazlasının ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir (Tablo 5).

- Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun sağlık kontrollerini düzenli yaptırdığı (%81), sağlık kontrollerini düzenli yaptıranların,

yaptırmayanlara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

- Kronik hastalığına bağlı hastaların %68'i yaşam şeklinde değişiklik yapma zorunluluğu olduğunu (Tablo 5) ve bu kişilerin öz bakım gücü puan ortalamalarının yaşam şeklinde değişiklik yapma zorunluluğu olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

- Başkalarına bağımlı olan hastaların, bağımsız olanlara göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Kronik hastalığından dolayı evde eş ve çocuklardan destek alanların öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

- Hastaların %55'nin hastalıklarına bağlı semptom yaşadığını belirlenmiştir (Tablo 6). Hastalığına bağlı semptom yaşayan hastaların bu yakınmalar arasında en fazla yorgunluk, ağrı, nefes darlığı, iştahsızlık, bulantı ve kusma yaşadığı saptanmıştır (Tablo 6).

- Çok fazla yorgunluk deneyimlediğini ifade eden hastaların diğer gruplara göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

- Hastaların 'ev/bahçe işi' yapma aktivitelerinin hastalıkları nedeniyle en çok etkilenen aktivite olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

- Orta hızda yürüyüş yapma, banyo yapma, el yüz yıkama, seyahat etme, yemek yapma vb. aktivitelerinin daha az etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 7).

- Banyo yapma, giyinip soyunma, yemek hazırlama, tuvaleti kullanma, başkalarıyla iletişimi sürdürme, alışveriş yapma ve seyahat etme aktivitelerinin hastalıkları nedeniyle çok fazla etkilendiğini belirten grubun diğer guruplara göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

6.2 Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Araştırma kapsamına alınan hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının "düşük" düzeyde olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıkların

bireylerin öz bakım gücünü azalttığı, bireylerin zaman geçtikçe başkalarına bağımlı ve yardıma gereksinimleri arttığı için gerek hastane ortamında, gerekse ev ortamında bakımda hastanın ve ailesinin mutlaka hastalıkları konusunda sürekli bilgilendirilmeleri ve takiplerinin yapılması,

- Kronik hastalıkların öz bakım gücüne etkisi konusunda her yaş grubuna yönelik bireysel eğitim verilmesi, kadın hastaların, öğrenci ve işsiz hastaların kendi kendilerine bakabilme yeteneklerini artırıcı eğitim programları ile desteklenmeleri,

- Kronik hastalıkların süresi arttıkça öz bakım gücünün azalabileceği konusunda her hastaya yönelik (tanıya göre) hazırlanacak eğitim programı düzenlenmesi ve hayata geçirilmesi,

- Hastaların sık sık hastaneye yatışlarının engellenmesi için hastanın hastaneye yattığı andan itibaren bireysel bakım planı hazırlanarak, taburculuk eğitiminin uygulanabilir düzeye getirilmesi için adım atılması ve evde bakım hizmetlerinin istendik düzeye getirilmesi için Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yapılması,

- Hemşirelerin eğitici rolünü hastane ve evde daha etkin kullanmaları için girişimlerde bulunulması,

- Hastalara poliklinik kontrollerinin önemi, ilaçlarının düzenli kullanımı ve diyeti konusunda sürekli bilgi verilmesi,

- Eğitimin sürekliliği ve etkinliği için “Taburculuk eğitimi” ve “Evde Bakım” kavramlarının hizmet içi eğitim programlarında yer almasının sağlanması,

- Çalışmanın daha büyük bir örneklem grubunda ve her bir kronik hastalığa özgü olarak da tekrar edilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Açıksöz, S., Uzun, Ş. (2007). Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Evde Bakımda Karşılaşılan Güçlükler. Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O Dergisi, 11(1):7-16.

Ageborg, M., Allenius, B.L., Cederfjall, C. (2005). Quality of Life, Self-Care ability, and Sense of Coherence in Hemodialysis Patients, Hemodialysis International, 9;8–14.

Akça, N. K., Taşcı, S. (2005). 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14 (ek sayı:hemşirelik özel sayısı), 30-36.

Akdemir, N. (2001). “Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik: Evde Bakım Hizmeti”, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 39:926-934, Mayıs-Haziran.

Akdemir, N., Yurtsever, S., Özer, Z. (2004). Evde Bakım Gereksinimi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Güçlükler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 5(3):272-281.

Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları Hemşireliği Ders Kitabı, (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: Vehbi Koç Yayınları, 433-462.

Akkaş, G. A. (2002). Mastektomi sonrası hastaların evde izlenmelerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Ankara.

Aksayan, S. (1998). Evde Bakım Kavramı. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Program-Özet Kitabı, 24-26 Eylül, İstanbul.

Akyol, A. (1996). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, H.Y.O. D. 12(2); 11–17.

Akyol, A. D., Çetinkaya, Y., Bakan, G., Yaralı, S. ve Akkuş, S. (2007). Self-Care Agency and Factors Related to This Agency Among Patients With Hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 679–687.

Alexander, T. T., Hiduke, R.J., Stevens, K. A. (1999). *Rehabilitation Nursing Procedures Manual*, McGraw-Hill Companies, 2nd Edition, Newyork.

Anderson, M. A., Hanson, K.S., Devilder, N. V. (1996). Hospital Readmissions During Home Care: A Pilot Study. *J Com Health Nursing*, 13(1):1-12.

Anderson, M. A., Helms, L. B., Hanson, K. A. and et al. (1999). Unplanned Hospital Readmissions: A Home Care Perspective. *Nurs Res*, 48(6): 299-307.

Aras, A., Tel, H. (2002). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bildiri Kitabı, 187, Antalya.

Astı, T. (2003). Kanserli Hastanın Evde Bakımında Temel İlke ve Uygulamalar, *Hemşirelik Forumu*, 6(2):48–61.

Bağ, E. (2007). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Sivas.

Bahar, A., Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Dergisi*, 2(4):32-39.

Bakoğlu, E., Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1):41-49.

Balcı, G. (2003). Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Etkilendiği Bazı Durumlar ve Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi HYO Dergisi*, 10(2):69–76.

Bame, SI., Peterson, N., Wray, NP.(1993). Varition in Hemodialysis Patient Compliance Acording to Demographic Characteristics, Social Science And Medicine. 37: 43–49.

Billings, D. Stokes, L. (2001). Medical Surgical Nursing, Mosby Company, London. Blair, C. E., Effect of Self Care ADLs on self-esteem of intact nursing home resident, Issues Ment Health Nursing, 1999; Nov-Dec; 20(6):559-57.

Blair, C. E. (1999). Effect of Self Care ADLs on self-esteem of intact nursing home resident, Issues Ment Health Nursing, Nov-Dec;20(6):559-57.

Callaghan, D. (2005). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care and Basic Conditioning Factors in Older Adults. Journal of Community Health Nursing, 22(3), 169–178.

Chronic Disease Prevention” <http://www.cdc.gov/nccdphp/> overview.htm erişim tarihi 13.11.2009.

Cimete, G. (1998). Çocuk Hastalar İçin Evde Bakıma Yönelik Taburculuk Planlaması. I. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı, 24-26 Eylül 1998, İstanbul, s: 295-300.

Close, P., Burkey, E., Kazak, A., Danz, P., Lange, B. (1995). Prospective Controlled Evaluation of Home Chemotherapy for Children with Cancer. Pediatrics, 95 (6):896-900.

Crips, J., Taylor, C. (2001) Fundamentals of Nursing, Mosby Company, Australia.

Çifci, E. S. (2006). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Sivas.

Çoban, M. (2003). “Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve Hemşireleri Üzerinde Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Daniş, M. Z. (2004). Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimlerin ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. GÜÇ-VAK Yayınları, 1.Baskı, Ankara.

Daniş, M. Z. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık, <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr>. (erişim tarihi: 2 Nisan 2009).

Davis, R. (1999). MSW, LNHA, Nursing Home Handbook, 1.ci Baskı, Canada.

Deatrick, J., Brennan, D., Cameron, M. (1998). Mothers With Multiple Sclerosis And Their Children, Nursing Research, 47(4):205–210.

Demir, M., Ünsar, S. (2008). Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(8):120-130.

DSÖ, www.who.int/topics/chronicdiseases/en/ (erişim tarihi:13.3.09).

Emiroğlu, O. N. (1997). Taburculuğun Planlanması ve Evde Bakım. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı A.B.D.

Eski, S. (2002). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4 (1):15-27.

Friedrich, S., Goes, C., Dadd, G. (2003). Community and Home Care Services Provided to Children with Cancer: A Report from the Children's Cancer Group Nursing Committee-Clinical Practice Group. J Ped Onco Nurs, 20 (5): 252-259.

Glasgow R. E., Et Al. (1992). "İmproving Self Care Among Older Patients With Type II Diabetes", Patient-Education-Counseling., 19:1, Feb: 61-74.

Horsburgh, E. M. (1999). Self Care Well Adult Canadians And Adult Canadians With End Stage Renal Disease, International Journal Of Nursing Studies, 3:6, 443-453.

Honjo, K. (2000). The Relation Ship Between The Self Care Agency and The Health of Patients With Chronic Illness in Mature Adulthood. Journal of Japan Academy of Nursing Science.

Jaarsma, T. (2000). Self Care Behaviour of Patients with Heart Failure. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14(2):112-119.

Kara, B., Fesçi, H. (2000). Tip 1 Diabet Hastalarının Öz Bakım Gücünün İncelenmesi. Sendrom Dergisi, 4: 28–32.

Kara, B. (2001). Öz Bakım Tanımı Ve Kavramsal Yönü. Sendrom Dergisi, 13: 45–48.

Karamercan, E. (2001). “Evde Bakım; Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Olgı”. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 39:935-944, Mayıs-Haziran.

Kars, T. (2004). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.

Kıyak, E., Ergüney, S. (2002) Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi H.Y.O Dergisi, 5(1); 38–44.

Kuyurtar, F. (1998). Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Kronik Hastaların Hastalığına ve Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. Hemşire, 48 (1): 25-27.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri (2007). [http:// www.saglikbakanligi.com/html_files/.../eylul2007.htm](http://www.saglikbakanligi.com/html_files/.../eylul2007.htm)

Lewis, S. M., Collier, C. L., Heitkemper, M. M. (1998). Medical Surgical Patient Fourth Edition. Toronto, Mosby, s 957-961.

Lukkarinen, H., Hentinen, M. (1997). Self Care Agency and Factors Related To This Agency Among Patients With Coroner Heart Disease. International Journal Nursing Study, 34(4); 295–304.

Marchall, T. (2004). Koroner Kalp Ameliyatı Önlenmesi Artan Maliyet Yararlılık Örneklemelerinden Çıkarılan Dersler. *BMJ Türkiye*, 9(1):41-44.

Meyerowitz, B. ve ark. (1996). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma psychosocial implications. *Cancer*, 43:1613-1618.

Mollaoğlu, M., Arslan, S. (2003). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 13(4): 42-46.

Mollaoğlu, M. (2005). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Depresyon, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 55–60.

Nahcivan, N. (1993). Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. Yayınlanmamış Doktor Tezi, İstanbul.

Nahcivan, N. O. (2004). A Turkish Language Equivalence of The Exercise of Self-Care Agency Scale. *West Journal Nursing*, 26: 813-824.

Narrow, B., Buscle, K. (2000). *Fundamentals of Nursing Practice*. Wiley Publications, Newyork.

Oka, M., Chaboyer, C. (2001). Influence of Self-Efficacy and Other Factors on Dietary Behaviours in Japanese Haemodialysis Patients, *International Journal of Nursing Practice*, 7;431–439.

Oktay, S. ve ark (1996). Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Toplantı Raporu. *Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi*, 1(1):52-56.

Onsri, P., Jaknowan, K., Notesiri, K., Pamuta, P., Netwong, S., Kamolput, S., Pedthong, L., Watanaveeradej, V. (2002). Survery of Social Support and Care Agency in HIV Pozitive Patients. *Int Conf. AIDS*, Jul 7-12; 14: abstract no TUPED4925.

Orem, D. E. (1996). *Nursing Concept of Practice*. 5th Edition, Mosby Year Book Inc.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed., pp:394–433). St. Louis: Mosby.

Oskay, Y., Sahin, N. (2003). Hafif Preeklampsili Gebelerin Evde Bakımı. _Ü.F.N.H.Y.O. Hemşirelik Dergisi, Cilt XIII, Sayı 50.

Öztekin, S. D. (1998). Koroner Arter Bypass Cerrahisi Geçiren Hastalarda Greft – Bacak Komplikasyonlarının Önlenmesinde Hemşirenin Rolü. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul, s 269–274.

Özcan, Ş. (1999). Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri, Hemşirelik AD, İstanbul.

Özhan, E. N. (2002). Cerrahi hastasının evde bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı: 15-19 Mayıs, Antalya, 27-33.

Paşaoğlu, P. (2010). KKH Olan Bireylerin Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, YDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.

Pınar, R. (1993). Diyabetli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.

Pınar, R. (1995). Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Pınar, R., Çınar, S., İşsever, H., Albayrak, M. ve diğerleri. (1995). Hemodiyalize Devam Eden ve Transplant Olan Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Çınar, 1(3),1-6.

Potter, P. A., Perry, A. G. (1997). Fundamentals of Nursing. St Louis: Mosby Year Book Inch., 3-13.

Potter, P., Perry, A. (2001). Basic Nursing Theory and Practice. 5th Edition, Philadelphia

Rice, R. (1995). Home Health Nursing Practice. 2nd Edition Mosby Year Book Inc.

Ralph, S. (2002). Prospective Health Care Planning: Can it transform health care? Enabling Prospective Health Care, Duke Health Sector Conferenc.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Kronik Hastalıklar Raporu” 16 Şubat 2006.

Savaşan, A. (2006). Hipertansiyonu Olan Hastalarda Öfke ve Öz Bakım Gücü İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Sayın, A. (1998). Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum Ve Davranışları İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD. Erzurum, 1998.

Smeltzer, S., Brenda, B., Boyer, M. (2000). Brunner and Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing. 9th Edition, Lipincott-Raven Publishers, Newyork.

Simsons, S. J. (1990). The Health-Promoting Self-Care System Model: Direction For Nursing Research and Practice, J Advanced Nursing, 15(1):62-66.

Tanlı, S. (1996). Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi, Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri (1993). Ankara, Yayın No:558.

Topbaş, M., Yarış, F., Can, G. (2003).Yaşlılarda Kullandıkları İlaçlarla İlgili Yeterli Bilgiye Sahipler mi? Ege Tıp Dergisi, 42(2):85-90.

Tsay, S. L. (2003). Self Efficacy Training For With End-Stage Renal Disease, Journal of Nursing Advenced Nursing, 43:421–429.

Tsay, S. L., Healstead, M. (2002). Self-Care, Self-Efficacy, Depression, and Quality of Life Among Patients Receiving Hemodialysis in Taiwan, International Journal of Nursing Studies, 39;245–251.

Türk, D. (2005). KOAH'lı Hastaların Sık Hastaneye Yatmalarının Ruhsal Durumlarına ve Yaşam Kalitelerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ünsar, S., Dindar, İ., Zafer, R., Kumaşoğlu, Ç. (2006). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Etmenler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3):70-80.

Walker, L. M. (2004) Relationship Between Illness Representation And Self-Efficacy, Journal of Advanced Nursing 48(3); 216–225.

Weaver, C., Schiech, L., Held-Warmkessel, J. and et. al. (2006). Risk for Unplanned Hospital Readmission of Patient with Cancer: Results of a Retrospective Medical Record Review. Oncol Nurs Forum, 33 (3): E44-52.

WHO (2005). Kronik Hastalıkların Önlenmesi Hayati Bir Yatırım. Cenevre, s.39-40.

Williams, B., Pace, A.E. (2009). Problem Based Learning in Chronic Disease Management: a review of the research. Patient Education and Counselling. 77:14-19.

Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset Matbaa, İstanbul.

Yeşilbalkan, Ö. U. (2001). Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendilerine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Yıldız, A. (2003). Evde Bakım Hizmetlerinde Taburculuk Planlama Hasta ve Aile Eğitimi Sempozyumu, İstanbul.

Yılmaz, M. Ç. (2006). Bilgi ve Fiziksel Gereksinimlerine Yönelik Planlı Taburculuk Programı ve Evde Bakımın Kansерli Çocuklarda Etkinliği. Doktora Tezi, İzmir.

Yiğit, S., Özşahin, S., Eraslan, S. ve ark (2005) Merkezimizde Düzenli Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarımızın Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Öz Bakım Bilinçlerinin Değerlendirilmesi, 15. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 14(1); 138.

Yost, L. S. (1995). Cancer Patients and Home Care. Cancer Practice, 3(2): 83-87.

Yurtsever, S. (1999). Kronik Böbrek Yetmezliği Nedeni ile Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerde Yorgunluğun Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara.

Yurtsever, S., Kuyurtar, F. (2003). Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluk Ve Öz Bakım Gücü. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Mart-Haziran, 26-32.

Yuska, C. M., Nedved, P. G. (2000). Home Care. In: Cancer Nursing : Principles and Practice. Ed : Margaret H. Frogge, Michelle Goodman, Susan L. Groenwald. Fifth Ed. Jones and Barlett Publ.Inc. 1661-1680.

EK 1. Kişisel Bilgi Formu**Kronik Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Gücü ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Kişisel Bilgi Formu****BÖLÜM I****Sosyo-Demografik Özellikler**

1- Kaç yaşındasınız?

2- Cinsiyetiniz nedir?

- a) Kadın b) Erkek

3- Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar
b) Okur-yazar değil
c) İlkokul
d) Ortaokul
e) Lise
d) Yüksekokul-Fakülte

4- Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
c) Dul/boşanmış
b) Bekar

5- Yaşayan kaç çocuğunuz var?

- a) 0
b) 1
c) 2
d) 3
e) 4 ve üstü

6- Çocuğunuz/çocuklarınız kaç yaşında?.....

7- En uzun süre nerede yaşadınız?

- a) Köy
- b) Şehir

8- Şu anda nerede yaşıyorsunuz?

- a) Köy
- b) Şehir

9- Çalışma statünüz nedir?

- a) Öğrenci
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Emekli
- e) Serbest meslek
- f) İşsiz
- g) Ev hanımı
- h) Diğer

(Açıklayınız.....)

10- Çalışma durumunuz nedir?

- a) Tam gün
- b) Yarım gün
- c) Çalışmıyor

11- Çalışmıyorsanız çalışmama nedeniniz nedir?

12- Size göre gelir durumunuz nasıldır?

- a) Gelir giderden fazla
- b) Gelir giderden az
- c) Gelir gider denk

13- Sosyal güvenceniz nedir?

- a) Var
- b)Yok

14- Birlikte yaşadığınız bireyler kimlerdir?

- a) Yalnız
- b) Diğer aile bireyleri ile (Açıklayınız.....)
- c) Diğer (Açıklayınız.....)

BÖLÜM II

Hastalık İle İlgili Özellikler

15- Mevcut kronik hastalık/ hastalıklarınız nelerdir?

16- Ne zamandan beri bu hastalıklarınız var?

...../ Ay

...../ Yıl

17- Kronik hastalık/ hastalıklarınız nedeniyle daha önce hastaneye yattınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

18- Yanıtınız 'evet' ise kaç defa hastaneye yattınız?

19- Daha önce hastalığınıza/hastalıklarınıza ilişkin eğitim aldınız mı ?

- a) Evet
- b) Hayır (20. soruya geçiniz)

20- Yanıtınız "evet" ise bu eğitim kim/kimler tarafından verildi?

- a) Hemşire
- b) Doktor
- c) Diğer (belirtiniz.....)

21- Yanıtınız “evet” ise bu eğitimin içeriğinde neler vardı?

(Açıklayınız.....)

22- Aktivitelerinizi yerine getirirken başkalarına bağımlılık durumunuz nedir?

- a) Bağımlı
- b) Yarı bağımlı
- c) Bağımsız

23- Hastalığınızdan dolayı evde yapamadığınız işlerde size kim/kimler yardım ediyor?

- a) Eşim ve çocuklarım
- b) Annem ve kardeşlerim
- c) Eşim
- d) Çocuklarım
- e) Hiç kimse
- f) Diğer (Açıklayınız.....)

24- Hastalığınız nedeniyle sürekli uymak zorunda olduğunuz özel bir diyetiniz var mı?

- a) Evet (Açıklayınız
- b) Hayır

25- Diyetinize düzenli olarak uyabiliyor musunuz?

- a) Uyuyorum
- b) Kısmen uyuyorum
- c) Uymuyorum

26- Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

- a) Evet (Açıklayınız.....)
- b) Hayır

27- İlaçlarınızı düzenli kullanabiliyor musunuz?

- a) Kullanıyorum
- b) Kısmen kullanıyorum
- c) Kullanmıyorum

28- Hastalık/hastalıklarınıza ilişkin yaşam şeklinizde yapmanız gereken değişiklikler var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

29- Sağlık kontrollerinizi düzenli olarak yaptırıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

30- Yanıtınız 'evet' ise ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?

- a) Her hafta
- b) Onbeş günde bir
- c) Ayda bir
- d) Diğer (Açıklayınız.....)

31- Kronik hastalık/ hastalıklarınıza bağlı sorunlar yaşadınız mı?

32- Son onbeş gün içinde yaşadığınız sorunları ve bu sorunları ne sıklıkta yaşadığınızı belirtiniz:

Sorunlar/Semptomlar	Çok az	Bazen	Çok	Çok fazla
Ağrı				
Nefes darlığı				
Yorgunluk				
Bulantı				
Kusma				
İştahsızlık				
Diğerleri (belirtiniz)				

33- Yaşadığınız sorunlar günlük yaşam aktivitelerinizi nasıl etkiliyor?

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Etkilenme Durumu		
	Kısmen etkiliyor	Çok etkiliyor	Etkilemiyor
El-yüz yıkama			
Banyo/duş alma			
Giyinme/soyunma			
Yemek hazırlama/Yemek yeme			
Tuvaleti kullanma			
Orta hızda yürüme			
Ev işleri/ bahçe işleri yapma			
Başkalarıyla iletişimi devam ettirme			
Alışveriş yapma			
Seyahat etme			

EK 2. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 madde bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkate okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni Hiç tanımlamıyor	Beni pek Tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman yardım ararım.	()	()	()	()	()

8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	()	()	()	()	()
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	()	()	()	()	()

20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiriyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlerim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, Rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()

32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

TEŞEKKÜRLER

EK 3. Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu:

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Dahiliye Servislerinde Yatan Kronik Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Gücü ve Evde Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye ve Öz Bakım Davranışlarını Geliştirmeye Yönelik Bir Rehber Hazırlamak Amacı ile Hazırlanmış Bilgilendirme ve Onay Alma Formu

Araştırmanın açıklaması:

Bu araştırma, kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ve evde bakım gereksinimlerini belirlemek ve hastaların öz bakım davranışlarını geliştirmeye yönelik bir rehber hazırlamak amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu araştırma, KKTC’de verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi bakımından son derece önemlidir. Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım gücü ve evde bakımın önemini ortaya koyacaktır.

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Araştırmadan elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular araştırmacı tarafından sorulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkilemeyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Araştırma, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde görev yapmakta olan Doç. Dr. Sabire Yurtsever tarafından koordine edilmektedir.

Okuduğunuz için teşekkür ederim.

Şerife Aksel

Adres: Yakın Doğu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Lefkoşa/KKTC

Katılımcının Beyanı:

Sayın Şerife Aksel tarafından, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Şerife Aksel'i hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı :

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

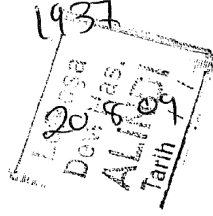
Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK 4. İzin Yazıları



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

Sayı: SAB.0.00-9/69-09/1809

Lefkoşa : 17.08.2009

Dr.Burhan Nalbantoğlu.Devlet Hastahanesi Başhekimliği
Lefkoşa,

Y. Belir

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında öğrenci olan Şerife Aksel'in Hastahänenizde "Kronik Hastalığı olan Hastaların Öz Bakım Gücü ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi"başlığı altında bilim uzmanlığı tez çalışması için 15 Ağustos-15 Kasım,2009 tarihleri arasında ekte gönderilen anket çalışmasını yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygı ile rica ederim.


Dr.Nuri GÖKŞİN
Müsteşar

Dağıtım:Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğü

-Bashanesine uygun ise gerekli izinler verilir.

SY.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1972 yılında KKTC’de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini KKTC’de tamamlamıştır. 1995 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksek Okulu’ndan mezun olmuş ve aynı yıl KKTC Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi’nde göreve başlamıştır. İstanbul Çapa Tıp Fakültesi ve Amerika Birleşik Devletleri’nde Koroner Yoğun Bakım Kursu aldıktan sonra koroner hemşiresi olarak 8 yıl çalışmıştır. 2003 yılında Dahiliye I servisinde sorumlu hemşire olarak görev yapmaya başlamıştır. 2010 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimini tamamlamış olup halen Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Dahiliye I servisinde sorumlu hemşire olarak görev yapmaktadır.

