



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN KİŞİLERİN BAKIM YÜKÜ VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

ŞEYMA NUR İSLAM
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2022-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN KİŞİLERİN BAKIM YÜKÜ VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

ŞEYMA NUR İSLAM
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2022-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Şeyma Nur İslam

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Evde bakım hizmeti veren kişilerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri ile etki eden faktörlerin incelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Ret*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Ret kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2022 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2022

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

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

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04/04/2022 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

15/08/2022

Dr. şeyma Nur İslam

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve değerli hocamız Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hiçbir konuda desteğini esirgemeyen değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Tez hazırlama sürecimde bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabırlı ve özverili yaklaşımıyla bana destek olan Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın'a ve çalışmamın uygulanmasına olanak sağlayan ve bilgi birikimini benden esirgemeyen Uzm. Dr. Jalan Şerbetçigil Ergönenç'e

Eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki kıymetli hocalarım Prof. Dr. Yasemin Çayır'a, Doç. Dr. Kenan Taştan'a, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Bayraktar'a ve Dr. Öğr. Üyesi Suat Sincan'a; Karabük Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki kıymetli hocalarım Prof. Dr. Didem Adahan'a, Doç. Dr. Habibe İnci'ye

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, zor zamanlarımda bana destek olan kıymetli çalışma arkadaşlarım Dr. Zehranur Kaçar, Dr. Esra Tugay, Dr. Melek Sevde Ateş, Dr. Elif Özkan, Dr. Nurcihan Kendirli Yıldız ve Dr. Muhammet Yıldız başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma

Hayatım boyunca iyi ve başarılı bir insan olmam için çabalayan, haklarını asla ödeyemeyeceğim, sevgi, saygı, güven ve desteklerini her zaman hissettiğim, sevgili annem ve babama; varlığından güç aldığım mutluluk kaynağım biricik kardeşime

Koşulsuz sevgi ve fedakarlığı ile her daim yanımda olan en büyük desteğim ve en kıymetli varlığım canım eşim Mehmet İslam'a

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Şeyma Nur İslam

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Evde Sağlık Hizmetleri	2
2.1.1. Evde sağlık hizmetlerinin tanımı	2
2.1.2. Evde sağlık hizmetlerinin kapsamı	3
2.1.3. Evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve mevcut durumu	4
2.1.3.1. Dünya’da evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi ve mevcut durumu	4
2.1.3.2. Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi ve mevcut durumu	6
2.1.4. Evde sağlık hizmetlerinin avantajları.....	8
2.1.5. Evde sağlık hizmetlerinin dezavantajları	9
2.2. Bakım Verenler	10
2.2.1. Bakım verenlerin tanımı ve özellikleri.....	10
2.2.2. Bakım verme yükü	12
2.2.3. Yükün bakım verenler üzerindeki etkisi	13
2.2.4. Bakım verme yüküne etki eden faktörler	15
2.3. Depresyon.....	16

2.3.1.	Depresyon tanımı	16
2.3.2.	Depresyon epidemiyolojisi	16
2.3.3.	Depresyon tanı kriterleri	17
2.3.4.	Depresyon tedavisi	18
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1.	Araştırmanın Tipi	19
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4.	Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	19
3.4.1.	Bakım veren bilgi formu	20
3.4.2.	Hasta bilgi formu.....	20
3.4.3.	Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ)	20
3.4.4.	Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ)	20
3.5.	Verilerin Analizi.....	21
3.6.	Araştırmanın Kısıtlılıkları	21
3.7.	Araştırmanın Etik Yönü	21
4.	BULGULAR.....	22
4.1.	Katılımcıların Özellikleri	22
4.1.1.	Katılımcıların demografik özellikleri ve dağılımları	22
4.1.2.	Katılımcıların bakım verme durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları.....	24
4.1.3.	Katılımcıların ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları.....	25
4.1.4.	Bakım verilen hastaların demografik özellikleri ve dağılımları	27
4.2.	Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının İç Tutarlılıkları.....	28
4.3.	Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı ve Beck Depresyon Ölçeğı'nden Alınan Puanlar ve Dağılımları.....	29

4.4. Depresif Semptomlar ve Bakım Verme Yüküne İlişkin Betimsel ve İlişkisel İstatistikler	30
4.5. Depresif Semptomlar ve Bakım Verme Yükü Düzeyinin Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi	30
4.5.1. Bakım verenin sosyo-demografik özellikleri açısından temel değişkenlerin karşılaştırılması	30
4.5.2. Katılımcıların bakım verme özelliklerine göre temel değişkenlerin karşılaştırılması.....	33
4.5.3. Bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarına göre temel değişkenlerin karşılaştırılması	35
4.5.4. Bakım verilen hastaların özelliklerine göre temel değişkenlerin karşılaştırılması.....	38
4.6. Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişkeni Yordalayıcılığına İlişkin Bulgular	40
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	42
6. KAYNAKLAR	51
7. EKLER.....	57
EK-1: Etik Kurul Kararı	57
EK-2: Bakım Veren Bilgi Formu	58
EK-3: Hasta Bilgi formu.....	60
EK-4: Zarit Bakım Yükü Ölçeği	61
EK-5: Beck Depresyon Ölçeği	63
ÖZGEÇMİŞ	64

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AAHCP: Amerika Evde Bakım Doktorları Akademisi/ American Academy of Home Care Physicians

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

AIDS: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu

AMA: Amerika Tıp Derneği/ American Medical Association

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

CP: Serebral palsi

EKT: Elektrokonvülsif tedavi

HIV: İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

MDB: Major depresif bozukluk

SSRI: Seçici seratonin geri alım inhibitörleri

SVO: Serebrovasküler olay

TCA: Trisiklik antidepresan

TDK: Türk Dil Kurumu

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ZBYÖ: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. DSM-5'e göre major depresyon tanı ölçütleri	17
Tablo 4.1. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları	23
Tablo 4.2. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların bakım verme durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları	24
Tablo 4.3. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların ruhsal ve bedensel sağlık durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları	26
Tablo 4.4. Bakım verilen hastaların demografik özellikleri ve dağılımları	27
Tablo 4.5. ZBYÖ ve BDÖ'nden alınan puanlara ait sonuçlar	29
Tablo 4.6. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların depresyon ve bakım yükü düzeylerinin dağılımı	29
Tablo 4.7. Depresif semptomlar ve bakım verme yüküne ilişkin betimsel istatistikler	30
Tablo 4.8 Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların sosyo-demografik özellikleri açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeyini incelemek için yapılan analiz sonuçları	32
Tablo 4.9. Verilen bakıma dair özellikler açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeylerini incelemek için yapılan analiz sonuçları	34
Tablo 4.10. Bakım verenlerin ruhsal ve bedensel sağlık durumlarına ilişkin özellikler açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeyini incelemek için yapılan analiz sonuçları	37
Tablo 4.11. Bakım verilenlerin özellikleri açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeyini incelemek için yapılan analiz sonuçları	38
Tablo 4.12. Depresyon düzeyini yordayan değişkenlere ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları	41

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bilim ve teknolojinin ilerlemesi, tıp alanındaki gelişmeler, sosyoekonomik refah seviyesinin yükselmesi, erken tanı ve tedavi olanaklarının artması ile yaşlı ve kronik hastalıklı birey sayısı artmış; evde sağlık hizmetleri ve bakım veren birey kavramı önem kazanmıştır. Çalışmamızın amacı evde sağlık hizmeti alan tam bağımlı hastaların bakım verenlerinde bakım yükü, depresyon düzeyi ve bunlara etki eden faktörleri incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız tek merkezli tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olup Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine başvuran tam bağımlı hastaların bakım verenlerinde yüzyüze görüşme yolu ile anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları olarak bakım veren bilgi formu, hasta bilgi formu ile Zarit Bakım Yükü Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda katılımcıların hafif bakım yükü ve hafif depresif semptomları olduğu tespit edilmiş, depresif semptomlar ile bakım verme yükü arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,606$, $p<0,01$). Çalışmayan, bakım verme süresi yüksek olan, bireysel sağlık değerlendirmesi kötü olan, bakım vermenin sağlığını olumsuz etkilediğini belirten, uyku kalitesi düşük ve tükenmişlik hisseden bakım verenlerin hem bakım yükü hem de depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunurken; kadın bakım verenlerin depresyon düzeyleri, yaşı ileri olan ve hastasına bakacak kimsesi olmadığı için bakım verenlerin ise bakım yükü düzeyleri istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

SONUÇ: Bakım veren bireylerin belli aralıklarla bakım yükü ve depresyon açısından taranması, evde sağlık hizmetleri uygulamalarına dahil edilmesi, bakım sorumluluğunun paylaşılması, palyatif bakım merkezlerinin sayısının ve yatak kapasitesinin artırılması, bu bireylerin sosyalleşmesine imkân tanınması sağlanmalıdır. Ülkemizde bakım veren bireylerde bakım verme yükü ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır ve bu konuda daha kapsamlı araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, ev sağlık yardımcıları, depresyon, hasta bakımı

ABSTRACT

Investigation of the burden of care and depression levels of individuals who provide home care services and factors affecting it

AIM: With the progress of science and technology, developments in medicine, the increase in socioeconomic welfare, the increase in early diagnosis and treatment opportunities the number of elderly and chronically ill individuals increased; the concept of home health care and caregiver has gained importance. The aim of the study is to examine the care burden, depression level and related factors in the caregivers of fully dependent patients receiving home health care.

MATERIALS AND METHODS: Our research is a single-center descriptive cross-sectional study conducted by applying a face-to-face questionnaire to the caregivers of totally dependent patients who applied to the Sakarya University Training and Research Hospital Home Health Services unit. As data collection tools, the caregiver information form, the patient information form, the Zarit Burden Interview and the Beck Depression Inventory were used.

RESULTS: In our study, it was determined that the participants had mild burden of care and mild depressive symptoms and a significant positive relationship was found between depressive symptoms and caregiving burden ($r=0,606$, $p<0,01$). Both burden of care and depression levels of caregivers who do not work, who evaluate their own health poorly, who state that the care work affects their health negatively, who have low sleep quality and who feel burnout, were found statistically significantly higher. Depression levels of female caregivers and care burden levels of family member who needed caregivers because they have no one to take care of their patient were found to be statistically significantly higher

CONCLUSION: It should be ensured that caregivers are screened periodically in terms of care burden and depression, including in-home health services, sharing care responsibilities, increasing the number of palliative care centers and bed capacity and providing these individuals to socialize.

Keywords: Depression, home care, home health aides, patient care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Evde sağlık hizmetleri, bireylerin bedensel ve ruhsal sağlığını, konforunu ve işlevselliğini korumak, yükseltmek, eski sağlığına tekrar kavuşturmak amacı ile evlerinde veya yaşadıkları ortamda sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin profesyonel kişilerce ya da aile fertleri tarafından sunulmasıdır. Bahsi geçen bu hizmetler, hasta bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda hem sağlık hizmetlerini hem de sosyal hizmetleri içeren geniş bir alanda bireylerin yaşam kalitesini ve sosyal saygınlığını korumayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda evde bakım hizmetleri hastane ve diğer sağlık kurumlarının bakım hizmetlerinin yerini alan, bu kurumlarda kalış ihtiyacını azaltan veya geciktiren hizmetlerdir (American Medical Association (AMA)-American Academy of Home Care Physicians (AAHCP), 2007).

Bilimsel alandaki ilerlemeler, erken tanı ve tedavi imkanlarının artması, bulaşıcı hastalıkların yerini süregelen hastalıklara bırakması ve sosyoekonomik refah düzeyinin artması ile beklenen yaşam süresi uzamış; yaşlı, engelli, kronik hastalıklı birey sayısı artmış; bu artış ile beraber ülkemizde ve tüm dünyada evde bakım hizmetlerine ve bakım veren bireylere ihtiyaç duyulmuştur (Ay ve ark., 2017; Çetinkaya ve Karadakovan, 2012). Bakım veren, bedensel veya zihinsel herhangi bir rahatsızlık sebebi ile günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen kişidir. Bu bireylerde bakım verme sebebi ile oluşan bedensel, ruhsal, sosyal ve mali sorunlar gibi olumsuz sonuçlar ise bakım yükü olarak tanımlanmaktadır (Erkan ve Altuntaş, 2019).

Bakıma muhtaç bireylerin sürekli bakım verene duyduğu ihtiyaç dolayısı ile bakım veren bireylerin sağlığı kötü yönde etkilenmekte; bu bireylerde halsizlik, yorgunluk gibi fiziksel rahatsızlıklar, stres ve buna bağlı sağlık problemleri, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar görülebilmektedir (Özyeşil ve ark., 2014).

Çalışmamızın amacı evde sağlık hizmetlerine başvuran hastaların bakım vericilerinin bakım verme yüklerini, depresyon düzeylerini ve etki eden faktörleri belirleyerek bu konuda yapılan çalışmalara ve evde sağlık hizmet uygulamalarına katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Sağlık Hizmetleri

2.1.1. Evde sağlık hizmetlerinin tanımı

Evde sağlık hizmetleri; bireylerin sağlığını korumak, yükseltmek, gerektiğinde eski sağlığına tekrar kavuşturmak amacı ile sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin kişinin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda aile fertleri veya profesyonel kişilerce sunulmasıdır. Bahsi geçen bu hizmetler; sağlık hizmetlerini ve sosyal destek hizmetlerini içeren geniş bir alanı kapsar ve bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda kişilerin yaşam kalitesini artırmayı ve toplumsal saygınlığını korumayı amaçlar (AMA/AAHCP, 2007).

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte ise evde sağlık hizmetleri; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta bireylere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından fizyoterapi, rehabilitasyon, psikolojik tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde bakım ve takip hizmetlerinin sunulması şeklinde ifade edilmiştir. (T.C. Resmi Gazete, 10 Mart 2005, sayı: 25751).

Evde bakım ve evde sağlık terimleri tüm dünyada birbirleri ile karıştırılmakta, birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Oysaki bu iki kavramın literatür ve günlük uygulamada kapsamaları farklıdır. Evde sağlık hizmeti, hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin sağlık profesyonellerince verilmesi iken; evde bakım hizmeti, kişinin yaşamını tek başına idame ettiremediği durumlarda aile bireyleri gibi sağlık profesyoneli olmayan kişilerce verilen hizmetlerinin bütünüdür (Genet ve ark., 2012).

Yaşlı, engelli, süregen hastalığı olan, uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyan hastalara verilen bakım ve sağlık hizmetinin evde bakım kısmını Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; evde sağlık kısmını Sağlık Bakanlığı'nın evde sağlık hizmet birimleri gerçekleştirmektedir (Işık ve ark., 2016)

2.1.2. Evde sağlık hizmetlerinin kapsamı

Uluslararası düzeyde evde sağlık hizmetlerinin asgari ve temel hizmet listesi, finansmanı, planlanması, kriterleri, yürütülmesi ve sürdürülmesi için alınan ortak bir karar ya da anlaşma yoktur. Ülkeler sosyal yapıları, kültürel özellikleri, ekonomik olanakları doğrultusunda kendi hizmet listesini oluşturmuşlardır (WHO, 2000).

WHO, Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 raporunda uzun dönem sağlık sorunu olan, günlük yaşamlarını idame ettirebilmeleri için yardıma ihtiyacı bulunan her yaştan kişilerin hayatlarını kaliteli sürdürebilmeleri için bakım konusuna dikkat çekmişlerdir. Bu temelde evde sağlık hizmetinden faydalanacak hedef grup: Tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar; kanser, kardiyovasküler hastalık gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalığı olanlar, HIV/AIDS' liler, kaza sonucu fiziksel engeli olan bireyler, duyuşsal kısıtlılığı, mental hastalığı olanlar, etyoloji ayırt etmeksizin zihinsel ve fiziksel engeli olanlar, afet mağdurları, madde bağımlıları, bakım verecek kimsesi bulunmayanlar şeklinde belirlenmiştir (WHO, 2000).

Evde sağlık hizmetlerinin yöneldiğı grup çoğunlukla, kronik ve uzun dönem hastalığı olan 65 yaş ve üzeri bireyler olsa da kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi pulmoner hastalıklara sahip olanlar, fototerapi alması gereken yenidoğanlar, yatağı bağımlı hastalar ve son dönem palyatif bakım gereksinimi olan hastalar gibi çok yönlü bakım ihtiyacı bulunan her yaştan kişiler de evde sağlık hizmeti alabilmektedir (Özer ve Şantaş, 2012; Sağlık Bakanlığı Yönerge, 2010).

Evde sağlık hizmetleri, tanısı konulan ve tedavisi planlanan hastanın fizik muayene, tahlil, tedavi, medikal bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasını, kullandığı ilaçların reçete edilmesini, kullanılan medikal malzeme ve cihaz raporlarının çıkarılmasında yardımcı olunmasını, bu süreçte bakım verecek aile bireylerine eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesini ve gerekmesi halinde hastanın evinden sağlık kurumuna, sağlık kurumundan evine naklini kapsar (Aile Hekimliğinde Evde Bakım Kitabı, 2015)

Evde bakım hizmetleri, bireylerin ve bakım verenlerinin fiziksel, duyuşsal, sosyal, ekonomik, çevresel pek çok yönden tümüyle, dikkatli bir biçimde ele alınmasını,

kapsamlı şekilde incelenmesini gerektirir. Bu gereklilik, evde sağlık hizmetlerinde multidisipliner ekip çalışmasını zorunlu hale getirmiştir. Oluşturulan ekibin içinde bireyin ihtiyaı ve sağlık durumuna göre hekimler, hemşireler, psikologlar, ev ekonomistleri, eczacılar, tıbbi sosyal çalışmacılar, konuşma ve mesleki terapistler, fizyoterapistler gibi farklı meslek grupları yer alır. Ekip yeleri beraber, eşgüdümlü olarak tedavi için belirledikleri plan doğrultusunda çalışır. Hasta ve aile bireylerinin de plana dahil edilmesi tedavi başarısını artırmaktadır (Karahana ve Güven 2002).

2.1.3. Evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve mevcut durumu

2.1.3.1. Dünya’da evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi ve mevcut durumu

Evde sağlık hizmetlerinin tarihsel süreci Romalılar dönemine dayanmaktadır. Bu dönemde en ilkel sağlık hizmetlerinden olan doğumun bireylerin evinde mi, ev dışında mı olması gerektiği konusunda tartışmalar yaşanmıştır. “Gynaecology” adlı eserinde Soranus, Roma döneminde, doğum başladığında, ebenin ihtiyaç duyulan malzemeleri alarak gebenin evinde doğumu gerçekleştirdiğinden bahseder. Bazı toplumlarda ise doğum önemli ve kutsal kabul edildiğinden özel durumlar için kullanılan, günlük kullanımın olmadığı, ayrı bir meknda yapılmaktadır (oban ve Esatoğlu, 2004).

Evde sağlık hizmeti Orta ağ Avrupasında hasta bireylerin hastalıklarını diğer insanlara bulaştırmasına engel olmak amacı ile uygulanmıştır. Verilen hizmetin kapsamı tıbbi uygulamalardan çok barınma, ulaşım, yemek gibi toplumsal hizmetleri içermektedir (oban ve Esatoğlu, 2004).

Evde bakım hizmetleri, gerçek anlamda evde sağlık hizmetlerinin yapılmaya başlandığı 1859 yılına kadar kilise önderliğinde gönüllü kurum ve kuruluşlarca uzun yıllar boyunca yapılmıştır. Dini gruplar dışında ziyaretçi hemşirelik hizmet sunumu, 1859’da İngiliz antropolog W. Rathbone tarafından oluşturulmuştur. Rathbone, eşi için bir hemşire tarafından sunulan bakım hizmetinden etkilenerek maddi durumu kötü hastalar için gönüllü ziyaretçi hemşire servis hizmeti kurmuştur. Liverpool’da hasta bireylere evde bakım hizmeti veren ilk ziyaretçi hemşire Mary Robinson’dur. Robinson yapmış olduğu ziyaretler sırasında hasta bakımı yapmanın yanı sıra evde

bulunan aile fertlerine hasta bakımı ve genel hijyen kuralları konusunda eğitim vermiştir (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

Flornce Nightingale evde bakım hizmetlerinin öncüllerindendir. Hasta bireylerin bakım görevini üstlenecek kadınların, özel olarak eğitimden geçmesini önermiş, eğitim alan kadınların özel hemşire olarak bölgelerde ve hastanelerde ev ziyaretleri yapmasını plan olarak sunmuştur. Nightingale'in bu önerileri doğrultusunda 1862'de Liverpool'da evde hasta bakım hizmeti sunacak ziyaretçi hemşire yetiştiren ilk okul açılmıştır (Yılmaz ve ark., 2010).

Avrupa, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ne kıyasla evde sağlık hizmet sunumunda hastaların sosyal destek boyutuna daha fazla önem vermiştir. Avrupa'da en büyük ev ziyareti programı Danimarka'da başlatılmıştır. İleri derecede gelişmiş bu evde bakım hizmeti diğerleri için başarılı bir rol-model olmuştur. Danimarka'da uygulanan ve 6 yıl süren pilot çalışma neticesinde ev ziyaretlerinin bebek ölüm hızını azalttığı ve hastalanma oranlarını düşürdüğü görülmüş, bu durum evde bakım hizmetlerinin öneminin anlaşılmasını sağlamıştır (Aile Hekimliğinde Evde Bakım Kitabı, 2015; Çoban ve Esatoğlu, 2004).

20. yüzyılın ilk yarısında evde sağlık hizmetlerinin katkıları ile ölüm hızı azalmış, enfeksiyon hastalıkları yerini süregen ve dejeneratif hastalıklara bırakmıştır. Bu yılları izleyen zamanlarda sağlık kuruluşlarına rağbet artmış, hastalar hastanede bakım görmeye başlamış ve bunun sonucunda evde sağlık hizmetleri daha az talep görür hale gelmiştir (Aile Hekimliğinde Evde Bakım Kitabı, 2015).

1955-1964 yıllarında yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar artmış, hastane maliyetleri yükselmiş; hastanelere kıyasla daha ekonomik ve hastalar için daha uygun bakım ortamı sunan evde bakım hizmetleri eski statüsüne tekrar kavuşmuştur. Bu sebeple bu yıllar evde sağlık hizmetlerinin yeniden doğuşu kabul edilebilir. ABD'de toplumda nüfusun yaşlanması, kronik hastalıklar ve sakatlıkların artması sağlık hizmetlerini kolay ulaşılabilir kılan sigorta sisteminin kurulması yönünde baskıları artırmıştır. 1965 yılında Medicare ve Medicaid yasalaştırılmış, 1966 yılında evde bakım hizmetleri Medicare kapsamına alınmıştır (AMA/AAHCP, 2007).

ABD’de 1990-1997 yıllarında evde sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiş; dış tedavisi, laboratuvar testleri, x-ray görüntülemesi olanakları evde bakım hizmet sunumunda yerini almıştır. Teknolojinin ilerlemesi, evde bakım veren kuruluşların sayısının artması ile de çok sayıda birey evde bakım hizmeti alabilir hale gelmiştir. ABD’de evde bakım hizmetleri en hızlı gelişme gösteren ikinci endüstri alanı, sağlık bakımı alanında ise en hızlı gelişen bölüm olmuştur (AMA/AAHCP, 2007).

Avrupa’da evde sağlık hizmet sunumu uzun yıllardır yapılmakta olup İngiltere, Hollanda, İsveç, İskoçya, Danimarka gibi ülkelerde merkezi hükümetlerce uygulanmış ve hizmet kalitesini artıracak programlar desteklenmiştir (Genet ve ark., 2012).

Hollanda kendi sağlık sistemlerine evde bakım hizmetlerini entegre eden ülkelerden biridir. Evde bakım hizmetlerini tıbbi hemşirelik hizmetleri ve hastaya kişisel bakım ve sosyal destek sağlanan hizmetler olmak üzere iki sınıfa ayırmaktadır. Hollanda’da yaşlıların psikiyatrik ve psikosomatik hastalıkları için evde bakım hizmeti veren 300’den fazla kuruluş vardır (Genet ve ark., 2012).

Günümüzde İngiltere, Kanada Almanya, Hollanda, Fransa, Belçika, İspanya, Lüksemburg, Portekiz, Danimarka, İtalya, İrlanda, Yunanistan, Suudi Arabistan Endonezya ve Japonya’nın da aralarında olduğu pek çok ülkede evde bakım hizmeti uygulanmaktadır (Aile Hekimliğinde Evde Bakım, 2015).

Evde bakım hizmetlerinin tarih serüveni incelendiğinde ev ziyaretlerinin başladığı zamandan günümüze kadar değerinin sürekli yeniden keşfedildiği ve tüm dünyada büyük bir hızla yayıldığı saptanmıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

2.1.3.2. Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi ve mevcut durumu

Ülkemiz evde sağlık hizmetleri tarihine bakıldığında ise hekimler, Anadolu Selçuklu döneminde halka açık pazar, çarşı gibi alanlarda ve evlerde bu sağlık hizmetini vermişlerdir (Yasa, 2002).

Evde bakım kavramı Osmanlı zamanından itibaren karşımıza çıkar. “İstanbul’da Odabaşı çarşısı yakınındaki Ca’- ferAğa Mahallesi sakinlerinden Sultan Ahmed

Darüşşifasında tutulan Osman'ın evinde tedavi edilmesi konusunda ferman talep edildiği" ne dair belge hicri 1180, miladi 1766 tarihine aittir. Bu belge evde sağlık hizmetlerinin 18. yüzyılda ülkemizde yapıldığına delil olarak sunulabilecek en eski belgedir (Demirsoy, 2017).

Yasal olarak evde bakım hizmetlerinden ilk bahsedilen yer 1930 senesinde çıkarılan ve halen uygulanmakta olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur. Bu dönemde tüm dünyada ve ülkemizde enfeksiyon hastalıkları artmış, ana-çocuk ölüm oranları yükselmiştir. Bu kanun hükümleri ile bulaşıcı hastalığa sahip bireylerin evde izole edilmesi, hekimler ve hemşirelerce ev ziyaretleri yapılarak hastaların evde muayene ve tedavi edilmesi, ana-çocuk sağlık izlemlerinin yapılması sağlanmıştır (Aydın, 2005).

Evde sağlık bakımı 1961 tarihli 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Yasa'nın 154 sayılı yönergesine göre halk sağlığı hemşiresinin sorumluluğundadır. Kronik hastalıkların bakımı ve izlemi, anne-çocuk ve yaşlı sağlığının korunması, geliştirilmesi sağlık ocağında bulunan doktor, hemşire ve ebeinin iş tanımları arasında yer almaktadır (Aile Hekimliğinde Evde Bakım Kitabı, 2015).

Ülkemizde daha önce çeşitli yasa ve yönetmeliklerde adı geçen evde bakım hizmetlerine dair ilk özel yönetmelik Sağlık Bakanlığı tarafından 10.03.2005 tarihinde, 25751 sayı ile Resmî Gazete'de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte evde bakım hizmetlerinin amaç, dayanak ve kapsamı belirlenmiş; evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, hizmet sunumu, personeli ve denetlenmesi hakkında esaslar düzenlenmiştir (T.C. Resmi Gazete, 10 Mart 2005, sayı: 25751).

Evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla 2010 yılında "Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane, ağız ve diş sağlığı merkezi (ADSM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) gibi kurumların bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri oluşturulmuş, bu hizmetin aile hekimleri ve aile sağlığı merkezi vasıtası ile sunulması sağlanmıştır. Nihayetinde ülkemizde evde sağlık hizmetleri

yaygınlaşmış ve bu hizmetten yararlanan hasta sayısı hızla artmıştır (Sağlık Bakanlığı Yönerge, 2010; Yorulmaz ve ark., 2013).

Sağlık Bakanlığı'nca yapılan 2021 yılı faaliyet raporuna göre ülkemizde evde sağlık hizmetleri 710 hastanede, 860 evde sağlık birimi ve 1252 hastane ekibi ile sunulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2021 Yılı Faaliyet Raporu).

2.1.4. Evde sağlık hizmetlerinin avantajları

Hastanede, sağlık ekibinin tedavilerini daha rahat yapmalarını sağlamak, diğer hastaların özgürlüğünü korumak ve hastane işleyişini bozmamak adına kurallar koyulmuştur. Kuralların uygulanması için kullanılan araç ise yasaklardır. Hastanın kendi iyiliği için olsa bile bu yasaklar hastanın özgürlüğünü kısıtlamaktadır. Evde sağlık hizmetleri kamusal alanı hastanın yaşadığı yere kadar taşınmakta, hastaya özgürlüklerini en üst düzeyde yaşama imkânı sunmaktadır (Çoban ve Esatoğlu, 2004)

Evde bakım hizmetleri, hastanın yaşamını ailesi ve sevdikleri ile rahat hissettiği ve aşına olduğu bir ortamda sürdürmesini sağlar. Kişinin toplumdan izole olması engellenir, çevresi ile iletişim halinde olur, özerkliğini sağlayarak kişisel yetilerini gerçekleştirir ve sosyal hayata çabuk uyum sağlar. Kendi evinde aile yaşantısının bir parçası olarak hizmet alan hasta daha hızlı iyileşir ve bağımsızlığını daha erken kazanır (Çoban ve Esatoğlu, 2004; Karahan ve Güven, 2002; Öztop ve ark., 2008).

Evde sağlık hizmetleri ile bireyin sorumluluğunun aile fertleri üzerinden alınması onların iş ve sosyal yaşantısındaki mecburi kısıtlanmalarının önüne geçebilir ve bakım veren bireylerin tükenmişlik yaşamalarını engelleyebilir. Dolayısı ile hem bakım alan bireylerin hem de bakım vericilerinin yaşam kalitelerini artırır (Karahan ve Güven, 2002; Öztop ve ark., 2008).

Evde sağlık hizmetleri sayesinde hastanelerin bu hastalarca kullanımı azalmıştır. İtalya'da Landi ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada evde bakım hizmet sunumun hastanelere başvuru sayısını azalttığı, hastanede tedavi süresini kısalttığı ve hastane kaynaklı enfeksiyonlardan koruduğu görülmüştür. Ayrıca hastane yatış sonrası taburcu edilerek evlerine dönen ve evinde sağlık hizmeti alan hastaların sağlık

durumu, genel sağlık düzeyi ve emosyonel durumlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Evde sağlık hizmeti maliyeti hastane ile kıyaslandığında daha uygun olduğu görülmüştür ( oban ve Esatoğlu, 2004; Karahan ve Güven, 2002;  ztop ve ark., 2008).

2.1.5. Evde sağlık hizmetlerinin dezavantajları

Evde sağlık hizmetleri, dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemiz için de yeni bir sektördür ve yeni riskleri de beraberinde getirir. Ayrıntılı bir eğitim programı, ciddi bir denetim mekanizması gerektirir ve dış etkenlere açıktır (Schulmerich, 1996).

Evde sağlık hizmetlerinin olumlu özelliklerinin yanı sıra az da olsa olumsuz özellikleri de vardır. Bunlar (Karabağ, 2007;  ztop ve ark., 2008; Turan, 2008):

- Evde sağlık hizmeti sunan personelin alışmış olmadığı bir ortamda çalışması ve bakım tarzında değişikliklere gitmesi gerekmektedir. Bu durum evde sağlık hizmet sunumunu zorlaştırabilir, personelin verimini düşürebilir.
- Bakım hizmetini evinde alan birey özel hayatına müdahale ediliyormuş gibi hissedebilir bu da bakım alan bireyi huzursuz edebilir.
- Evde sağlık hizmet sunumu hastaya kendini gerçekten hasta hissettirebilir.
- Evde tedavi için kullanılan teknolojik tıbbi cihazların varlığı hastanın ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyebilir.
- Hasta bakımı konusunda profesyonel olmayan aile  yeleri için hastaya yapılması gereken günlük bakım işleri zor gelebilir bu da aile bireyleri üzerinde baskıya sebep olur. Sürekli hasta ile bir arada olan aile bireyleri için bu durum stres oluşturabilir.
- Sağlık personeli sürekli hastanın yanında olmadığı için gelişebilecek acil durumlarda müdahale edemeyebilir.
- Evde bakım hizmetinde çalışan sağlık personelinin güvenliğinin sağlanması konusunda sorunlar yaşanabilir.

2.2. Bakım Verenler

2.2.1. Bakım verenlerin tanımı ve özellikleri

Türk Dil Kurumu (TDK) bakımı, “birinin beslenme, giyinme vs. gibi ihtiyaçlarını üstlenme ve sağlama işi”, “bakma işi” olarak tanımlamıştır. Bakım verme ise günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremeyen bireyin ihtiyaç duyduğu alanlarda fiziksel, ruhsal, sosyal ve maddi desteğin verilmesini sağlayan, bakım sunma faaliyetlerini ve bireyin bakım sorumluluklarını üstlenme sürecidir. Enerji tüketen, vakit alan yorucu bir görevdir (Aşiret ve Duru, 2012; <http://www.tdk.gov.tr> , Erişim tarihi: 12 Haziran 2022; Soner ve Aykut, 2017).

Bakım verme, formal ve informal bakım olmak üzere ikiye ayrılır. Formal bakım, kamu kurumları veya özel kurumlar tarafından hastanın yaşadığı ortamda ya da kurumda doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, evde bakım yardımcıları gibi profesyonel kişilerce verilen bakımdır. İnformal bakım ise herhangi bir ücret almadan bireye yardım etme görevini üstlenen, medikal bakımını karşılayan, hekim ya da hastane işleri ile ilgilenen, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine yardımcı olan aile üyeleri, arkadaşlar gibi profesyonel olmayan kişilerce verilen ve uzmanlık gerektirmeyen bakımdır (Allender ve Spradley, 2001; Boyoğlu ve Oktay, 2015; Gözüm ve Tan, 2003; Grunfeld ve ark., 2004; Kasuya ve ark., 2000).

Hastanın bakım gereksinimlerini karşılayan, tüm hayati ihtiyaçlarından ve günlük rutin faaliyetlerinden sorumlu asıl kişi primer bakım veren olarak adlandırılır. Asıl bakım vericiye yardımcı olan diğer bireyler de sekonder bakım verenler olarak tanımlanır ve çoğunlukla aile bireyleri, yakın çevre ya da komşulardan oluşmaktadır (Uğur ve Fadiloğlu, 2012).

Bakıma muhtaç yaşlı hastanın bakımı geleneksel kurallar çerçevesinde kadın akrabalara verilir ve bu görevi genellikle kız çocuklar üstlenir. Bakım verenler sırası ile evde yaşayan evlenmemiş kız çocukları, eşler, ayrı evde yaşasa bile evli olan kız çocukları, hasta ile beraber yaşayan kadın akrabalar ve gelinlerdir. Erkek çocuklar ve nihayetinde akraba olmayan kadınlar bu listenin sonunda yer almıştır (Day ve Anderson, 2011).

Yapılan araştırmalar, bakım verme işinin sıklıkla kadınlar tarafından yapıldığını ortaya koymuştur. Ayça ve ark. yaptığı çalışmada bakım verenlerin %96,9'unun, Bilgili ve ark. yaptığı çalışmada %91,7'sinin ve Cingil' in yapmış olduğu çalışmada ise %93,8'inin kadın olduğu tespit edilmiştir. Evde bakım hastasının ihtiyaçları için bakım verenin üstlendiği bakım yükü, kadının yaşamının temel unsuru haline gelmiştir (Akça ve Taşçı, 2005; Bilgili, 2006; Cingil ve Gözüm, 2008; Gelmez ve Sanem, 2015)

şefkatli ve duygusal davranışlar gösteren ve iletişim kurmada daha etkin, sabırlı ve ılımlı olan kadın bakım verenlerin bu işi daha iyi yapacakları kanısı hakimdir. Erkeklerin bakım sunumuna katkısının sınırlı olması sebebi ile bakım verme işi, kadının hayatında bu kadar belirleyicidir. Erkeklerin günlük rutin ev işlerini yapmaktan kaçınmaları, bakım sunumunda alt alma, yıkama vb. gibi görevleri utanç verici bulmaları bakım vermenin kadın işi olarak görülmesine neden olmaktadır. Oysaki istisnai durumlar dışında kadın bakım vericilerde utanç vs. sebeplerle erkek bakım hastasına hizmet vermeme durumu görülmemektedir (Gelmez ve Sanem, 2015; Kabullar, 2019).

Ülkemizde geleneksel bakış açısı sebebi ile bakım evi, huzurevi gibi bakım veren merkezlere mesafeli yaklaşılmaktadır. Aksayan ve Cimete'nin kronik hastalığı olan yaşlı bireyler üzerine yaptığı çalışmada yaşlıların %86,5'inin aile fertlerinin yanında bakım almak istedikleri saptanmıştır. Yılmaz ve ngel'in 65 yaş ve üstü kişilerde yaptığı bir çalışmada, bakım ihtiyacı durumunda çalışmaya katılanların %95,9'unun kendi evinde, %1,8'inin çocuklarının evinde, %2,4'ünün ise huzurevinde kalmak istediği belirtilmiştir (Aksayan ve Cimette, 1998; Yılmaz ve ngel, 2021).

Bakım verenlerin özelliklerini bilme; bakım vermede güçlükler yaşayabilecek risk altındaki grubun tespit edilmesi, bu özelliklere yönelik destek gruplarının oluşturulması, sunulacak hizmetin planması geliştirilmesi ve sağlık hizmeti politikalarının oluşturulması için önemlidir (Koyuncu, 2009).

2.2.2. Bakım verme yükü

TDK'ye göre yük “birinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev”, “tedirginlik veren şey, engel” anlamına gelmektedir (<http://www.tdk.gov.tr> , Erişim tarihi: 12 Haziran 2022).

Literatürde ise “yük”, bakım verenin sorumluluğunda olan bakım sebebi ile ortaya çıkan psiko-sosyal sorunlar, bedensel sağlık sorunları, mali sorunlar ile aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kişinin kendisinde olmadığı hissi gibi olumsuz sonuçlar olarak tanımlanmaktadır (Dağdeviren, 2017).

Başka bir ifade ile bakım yükü; kronik hastalık, yaşlılık, engellilik, maligniteler, kemoterapi süreci, geçirilmiş operasyon gibi nedenlerle bakıma muhtaç bireyin, bakım görevlerinin ve gereksinimlerinin yerine getirildiği süreçte bakım verenin karşısına çıkan her tür zorluk ve olumsuzluk durumu anlamına gelmektedir (Montgomery, 1985).

Bakım yükü, objektif ve subjektif bakım yükü olmak üzere iki başlıkta incelenir. Bu iki grubun arasındaki farkların bilinmesi profesyonel destek anlamında yol gösterici olması yönünden önemlidir (Koçak, 2011).

Bakım vericinin fiziksel ve ruhsal yükü bakım verdiği kişiye, baktığı süreye ve bakım verdiği bireyin düşkünlük durumuna göre belirlenir. Yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin çoğunda korku, endişe, üzüntü, mutsuzluk, yalnızlık gibi duygusal stres parametrelerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Bakım verenin duyduğu çaresizlik hissinin derecesi duygularının şiddetini belirleyen ana unsurdur (Aranda ve Hayan, 2001; Tao ve McRoy, 2015).

Objektif yük kavramı somut bir kavramdır ve kısaca bakım verme ile ilişkili fiziksel iş yükü olarak tanımlanır. Hastaya bakım verme görevini üstlenen bireyin bütün işlerini (kontrol, yardım, ödemeler vs.), yapamadığı etkinliklerini (kariyer, meslek, hobi) ve deneyimlerini (aile ilişkilerinin ya da sosyal ilişkilerin bozulması) kapsar. Objektif yük başka bir söyleyişle bir bireyin, diğer bir bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı vakit ve enerji olarak tanımlanmaktadır. Özellikle aile ve sosyal hayat rutinlerinde yaşanan değişiklikler, hobi, eğlence ve sosyal aktivitelerin

yapılamaması, iş hayatının etkilenmesi, ailedeki diğer bireylerin ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi, bakım verilen bireyin ekonomik bağımlılığı varolan yükün etkilerinin artmasına sebep olmaktadır. Bakım veren bireyin hayatına etkisi yaygındır ve zarar verici boyutta olabilmektedir. (Atagün ve ark., 2011; Dağdeviren, 2017; Müftüoğlu, 2021).

Subjektif yük ise, bireyin bakım verme süresince sergilediği davranışları, bu süreçte önüne çıkan zorluklara karşı tavrını, duygusal tepkilerini ve eylemlerini tanımlar. Kısaca bakım veren bireyin objektif yük ile uğraşırken karşısına çıkan güçlüklerdir. Bakım vericinin yanı sıra ortamdaki diğer aile üyelerinin de yaşadığı üzüntü, utanma, suçluluk hissi, öfke, kızgınlık gibi duygusal sorunları içerir. Endişe, stres ve suçluluk duygusu gibi tepkiler subjektif yükü gösteren duyguların başında gelir ve bakım verme işinin sonucu olabilen depresyonun da belirtilerindendir (Atagün ve ark., 2011)

Başarılı bir rehabilitasyon ve sürdürülebilir bir evde bakım hizmeti sağlanmasında subjektif yük objektif yükten daha değerli bir ölçüttür. Bununla birlikte her iki yükü birbirlerinden bağımsız düşünmek ve değerlendirmek çözüm odaklı yaklaşımla çalışmaktadır. Yine de bu iki kavramın arasındaki farkların bilinmesi veya farklı boyutlarda değerlendirilmesi önemlidir (Müftüoğlu, 2021).

2.2.3. Yükün bakım verenler üzerindeki etkisi

Bakım verme işi, hem bakıma muhtaç olan bireyler için hem de hastanın gereksinimlerini karşılayan bakım veren için zorlu bir süreçtir. Bakım vericilerin bu sürece tepkileri, bakım sundukları kişinin durumunda yaşanan değişikliklere ve kendi yaşadığı ruhsal, fiziksel, sosyal olaylara bağlı olarak karmaşık ve değişken olabilmektedir. Bakım veren bireylerin tepkilerinin zamanla değişmesi de olası bir durumdur (Given ve ark., 1992; Zaybak ve ark., 2012).

Bakım verme işi, bakım verenlerin sağlığını, iyilik durumunu kötü yönde etkileyebilmektedir. Bakıma muhtaç bireyin devamlı olarak bakım verene duyduğu ihtiyaç ve bitmeyen gereksinimleri dolayısı ile bakım veren bireyde halsizlik, yorgunluk gibi fiziksel rahatsızlıklar görülebilir. Bakım verme işinden kaynaklanan

bu durum nihayetinde bakım verenin sağlığını kötü yönde etkilemekte, anksiyete ve depresyonda artışa sebep olabilmektedir. Bahsedilen bu artış bireyde ruhsal sıkıntıların, hayal kırıklıklarının ve unutulana eski çatışmaların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Özyeşil ve ark., 2014).

Bakımı üstlenen bireyler bakım verdikleri süreçte fiziksel, sosyal, emosyonel ve ekonomik pek çok zorlukla karşılaşmaktadır (Allender ve Spradley, 2001; Altun, 1998).

Bakım verme işi sebebi ile bakım veren bireylerde iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, hazımsızlık, kilosunda artma veya azalma, baş ağrısı, yorgunluk, uyku düzensizliği, konsantrasyon zorluğu gibi somatik şikayetler görülebilmektedir. Bakım veren bireylerin vermeyen bireylere kıyasla daha fazla semptom, hastalık, kardiyovasküler rahatsızlık, sağlık hizmetleri kullanımı gibi fiziksel sağlıkta nesnel değişiklikler yaşadıkları bulunmuştur (Karabağ, 2007).

Emosyonel alanda; uykusuzluk, huzursuzluk, sosyal izolasyon, özgüvende azalma, depresyon, alkol ve ilaç kullanımında artış, problem çözümünde g   l kler görülebilmektedir. En sık görülen semptomlar artan stres ve kaygıdır ve birey bakım vermekten kaynaklanan bu semptomları tüm hayatına genelleleyebilir. Duygularını açıkça ifade edemeyenlerde depresyon belirtileri daha fazla görülebilir. Yaşanan sorunların ortaya koyulması bakım verme ilişkili baskı ve kaygıların azaltılmasında önemlidir (Yaşar, 2009).

Bakım verenler yaşantılarını sevdiklerinin ihtiyaçlarına göre ayarlayabilir veya aile fertleri tarafından ondan bunu yapması beklenebilir. Ailesinden, sosyal aktivitelerinden ve arkadaş ilişkilerinden fedak rlık eden primer bakım vericinin onu eğlendiren ve dinlendiren boş zaman aktiviteleri sınırlandırılmaktadır. Bu nedenle sosyal desteği azalmakta, kendisini yalnız hissetmekte; izolasyon yaşama riski artmaktadır (Yaşar, 2009).

 nformal bakım verenlerin yaşadığı zorluklardan biri de evde bakım vermenin ekonomik maliyetidir. Sağlık sigortası tarafından karşılanmayan ek maliyet yükü, iş saatlerinin azaltılması veya işin sonlandırılması bu ekonomik sorunların en sık

karşılaşılanlarındandır. İşlerini ayarlamak mecburiyetinde kalan bireyler daha yüksek seviyede zorlanma yaşamakta, çalışma ve emekliliğin getirilerinden, kişisel tatmin ve kazanç avantajlarından vazgeçmek zorunda kalabilmektedir (Boyoğlu ve Oktay, 2015; Karabağ, 2007).

Bakım verme sürecinin olumlu yönleri de vardır ve bu süreç bazı kişilerce ödül olarak algılanabilir. Verdiği bakım sayesinde yakınına olan borcunu ödeme, hayatına bir anlam bulma hissi, akrabalık ilişkilerinde güçlenme, kişisel gelişime katkı sağlama ve sevginin artması gibi olumlu etkileri de olabilmektedir (Dağdeviren, 2017)

2.2.4. Bakım verme yüküne etki eden faktörler

Bakım verme yükü ve yükün olumsuz etkileri sebebi ile bakım veren bireyleri tanımlamak için “gizli hasta”, “sessiz hasta” terminolojileri kullanılmaktadır. Bakım verenler oluşan bakım yükü sebebi ile risk altındaki topluluklardandır (Fredman, 1993; Larsen, 1998). Bakım verme yüküne etki eden etmenler hasta ile ilişkili, bakım veren ile ilişkili ve içinde bulundukları durum ile ilişkili olabilmektedir.

Bakım verme yüküne etki eden hasta ile ilgili risk faktörleri; hastanın erkek olması, yaşının ve yeti yitiminin ileri olması, genel sağlık durumunun kötü olması, depresif olması, davranış ve hafıza sorunlarının olmasıdır (Ateş ve Taşdelen, 2012).

Bakım verenle ilişkili risk faktörleri; bireyin kadın olması, ileri yaşta olması, genel sağlık durumunun kötü olması, eğitim seviyesinin düşük olması, hastaya bakım verdiği sürenin fazla olması, hasta ile kurduğu iletişimin zayıf olması, bakım vermekten başka sorumluluklarının da bulunması, bakım vermede destek olan birinin olmaması ve aldığı sosyal desteğin yetersiz olması gibi etmenlerdir (Yiğit, 2004).

İçinde bulunulan duruma ilişkin faktörler ise sosyoekonomik durum, koşullar, hastane gibi sağlık kuruluşlarına uzaklık ve ulaşım gibi faktörlerdir. Bahsedilen tüm bu faktörlerin etkileşimi oluşan bakım yükünün derecesini olumsuz yönde etkilemektedir (Karabağ, 2007).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyon tanımı

Fransızca manası çukur olan “dépression” dilimize “depresyon” olarak geçmiştir ve Türk Dil Kurumu’nda bunalma, çöküntü olarak tanımlanmaktadır. Depresyon kelimesi, çöküş, üzgün hissetme, fonksiyonel ve yaşamsal aktivitede azalma gibi anlamlarda kullanılan yas duygularını içeren emosyonel bir deneyimdir (Çelik ve Hocaoglu, 2016; <http://www.tdk.gov.tr> , Erişim tarihi: 14 Haziran 2022)

Mutsuzluk, üzüntü, can sıkıntısı, keyifsizlik ve benzeri duygular, olumsuz durumlarda bireylerin verebileceği yaygın tepkilerdendir ve oluşan her negatif duygu durumu depresyon olarak değerlendirilmemelidir. Bu tür duygular depresyonda bireyin işlevselliğini ve günlük yaşantısını bozacak kadar ağır ve devamlıdır (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

Depresyonun yaşam boyunca görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında değişmektedir ve uygun tedavi edilmediği takdirde depresyon, yüksek ekonomik maliyet, morbidite ve mortalite oranları sebebi ile ciddi toplumsal sorunlara yol açmaktadır (Olchanski ve ark., 2013).

2.3.2. Depresyon epidemiyolojisi

Major depresif bozukluk (MDB) toplumda yaygın olarak görülen bir duygu durum bozukluğudur. Tüm yaş gruplarında görülebilmekle birlikte sıklıkla orta yaş, özellikle 40-50 yaşlarında izlenir (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

WHO’ya göre depresyonun dünya çapında görülme sıklığı yetişkinler arasında %5, 60 yaş üzeri yetişkinler arasında ise %5,7’dir. Dünya nüfusunun tahmini %3,8’ini etkilemekte ve yaklaşık 280 milyon kişide görülmektedir. Kadınlar erkeklerden daha fazla depresyondan etkilenmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim tarihi: 15 Haziran 2022).

Türkiye’de ise MDB görülme sıklığı %8-20 olarak tespit edilmiştir (Doğan ve ark., 1995). Ülkemizde yapılan diğer bir araştırmada 12 aylık MDB epizodu prevalansı

tüm nüfusta %4, erkeklerde %2,3 ve kadınlarda %5,4 olarak saptanmıştır (Erol ve ark., 1998).

2.3.3. Depresyon tanı kriterleri

Depresyon tanısı Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ölçütleri ile konulmaktadır. DSM-5'e göre tanı ölçütleri Tablo 2.1'de gösterilmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

Tablo 2.1. DSM-5'e göre major depresyon tanı ölçütleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013'ten kullanılmıştır)

A. Aynı iki haftalık dönem süresince, aşağıdaki belirtilerden beşinin veya daha fazlasının bulunması, önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ve bu belirtilerin en az birinin "çökkün duygudurum" veya "ilgi kaybı-zevk alamama" olmasıdır. (Bu belirtilerin başka bir tıbbi durumla ilişkisiz olması gerekmektedir)	
Çökkün duygudurum	Hemen hemen her gün ve günün büyük çoğunda mevcuttur ve kişi kendi kendine fark eder ya da başkaları tarafından gözlemlenir. (Çocuk ve ergenlerde sinirli bir duygudurum olabilir.)
Zevk alamama (anhedoni)	Hemen hemen her gün ve günün büyük çoğunda, nerede ise bütün aktivitelere karşı ilginin belirgin azalması ve bunlardan zevk alamama
Kiloda artma veya azalma	Kilo vermeye çalışmadan kilo kaybı veya kilo alma ya da hemen hemen her gün iştahta azalma veya artma
Uyku düzeninde değişiklikler	Neredeyse her gün aşırı uyku hali ya da uykusuzluk çekme
Psikomotor ajitasyon veya retardasyon	Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya yavaşlama
Yorgunluk	Neredeyse her gün bitkinlik, enerji azlığı
Değersizlik veya suçluluk duyguları	Neredeyse her gün değersiz hissetme ya da aşırı veya uygunsuz suçlu hissetme
Konsantrasyon güçlüğü	Neredeyse her gün düşünme ve konsantrasyonda zorluk çekme veya kararsızlık
Ölüm düşüncesi	Yineleyici ölüm düşünceleri
B. Bu belirtiler, klinik açıdan sıkıntıya sebep olur ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.	
C. Belirtiler madde etkisine veya farklı bir tıbbi duruma bağlanamaz.	
D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı, şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk veya şizofreni spektrumu kapsamında ve tanımlanmış psikozla giden diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.	
E. Hiçbir zaman manik veya hipomanik epizod olmamıştır.	

2.3.4. Depresyon tedavisi

Depresyonu olan hastalar, önemli bir sağlık yükü oluşturmalarına ve etkin tedavi seçenekleri olmasına rağmen tedavi uyumsuzlukları sebebi ile yeterli tedavi alamamaktadır. Ervatan ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı çalışmaya göre MDB olan hastaların yalnızca %10'u yeterli dozda ve yeterli sürede antidepresan tedavi almaktadır. Tedavinin erken sonlandırılması ve doz atlanması dolayısı ile tedaviye uyumsuzluk yetersiz tedavinin ana etkenidir (Ervatan ve ark., 2003).

Depresyonun türüne ve atakların şiddetine bağlı olarak tedavide psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, davranışsal aktivasyon gibi psikolojik tedaviler ve/veya trisiklik antidepresanlar (TCA), seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) gibi antidepresan ilaçlar ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) kullanılmaktadır (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim Tarihi: 15 Haziran 2012, Öztürk ve Uluşahin, 2016).

İlk basamak tedavide hastanın özellikleri göz önünde bulundurularak uygun bir antidepresan seçilmeli ve seçilen ilaç en az üç hafta etkin, tolere edilebilen en üst dozdan ve ortalama altı hafta kadar kullanılmalıdır. Bu süre sonunda tedavi sonuçları değerlendirilmeli ve gerekmesi halinde alternatif bir ilaca geçilmelidir. Hasta öncesinde bir ilaç kullanmış ve fayda görmüş ise tedavide ilk tercih o ilaç olmalıdır (Yalçın ve Öztürk, 2016).

Tedaviden yeterli düzeyde fayda sağlanamaz ise ilaç dozları kademeli olarak artırılmalı ve gerekiyorsa en yüksek terapötik doza çıkılmalıdır. Hastada iyileşme olması halinde tedavi 6 ay- 1 yıl daha aynı dozda sürdürülmelidir. Bazı durumlarda, depresyon atakları sık tekrarlayan bazı hastalarda fayda sağlayan ilaca hayat boyu devam edilmesi önerilmektedir (Yalçın ve Öztürk, 2016)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, evde sağlık hizmeti alan tam bağımlı hastalara bakım verenlerde bakım yükü, depresyon düzeyi ve ilişkili etmenleri incelemek amacıyla yapılmış olan kesitsel tipte, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız, 1 Nisan 2022- 31 Mayıs 2022 tarihlerinde Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı 179 tam bağımlı hastanın bakım verenleri üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı hastaların bakım verenleri oluşturmaktadır.

Araştırmamızda belli bir örneklem tipi kullanılmamış olup çalışmamız, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı olan, 1 Nisan- 31 Mayıs 2022 tarihleri arasında evde sağlık hizmetlerinden muayene talebinde bulunan ve evlerinde ziyaret edilen tam bağımlı hastalara çalışmaya katılmayı kabul eden ve anket formlarını uygun şekilde dolduran, akıl sağlığı yerinde, 18 yaş ve üzeri bakım verenlerde yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmada, araştırmacı tarafından daha önce bu alanda yapılan çalışmalar doğrultusunda hazırlanan bakım veren bilgi formu, hasta bilgi formu ve bakım vericide bakım yükü, depresyon düzeyi ve ilişkili faktörleri sorgulayan anket formu yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Bakım vericilerin bakım yükü düzeyini ölçmek amacıyla Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ), depresyon düzeyini ölçmek amacı ile de Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

3.4.1. Bakım veren bilgi formu

Bakım veren bilgi formunda 1-9. sorular bakım veren bireyin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, meslek vb.), 10-17. sorular verilen bakımın özelliklerini (bakım süresi, bakma nedeni, hangi alanlarda bakım verdiği vb.) ve 18- 23. sorular ise bakım veren bireyin sağlık durumunu (kronik hastalık, kullandığı ilaçlar vb.) sorgulamaktadır (EK-2).

3.4.2. Hasta bilgi formu

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve tam bağımlı olmasına sebep olan hastalık/olay sorgulanmaktadır (EK-3).

3.4.3. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ)

Bakım veren bireylerde bakım yükünü ölçmek amacı ile Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980’de geliştirilen ve İnci ve Erdem tarafından 2008’de Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ZBYÖ kullanılmıştır. Ölçek, “asla (0)”, “nadiren (1)”, “bazen (2)”, “sık sık (3)”, “her zaman (4)” şeklinde değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten alınan minimum puan 0, maksimum puan ise 88’dir ve 0-20 puan bakım yükü yok; 21-40 puan hafif düzeyde bakım yükü; 41-60 puan orta düzeyde bakım yükü; 60-88 puan ağır bakım yükü olarak sınıflandırılmaktadır (İnci ve Erdem, 2008; Zarit ve ark., 1980) (EK-4).

3.4.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ, 1961’de Aaron Beck ve ark. tarafından depresyon riskini, şiddetini ve belirtilerinin düzeyini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir (Beck ve ark., 1961). 1988’de Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmıştır. 21 maddeden oluşur ve her madde azdan çoğa doğru (0-3) puanlanan dört öz değerlendirme cümlesi içerir. Envanterden alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 63’tür. Alınan puanlara göre 0-9 puan; depresyon minimal/yok, 10-16 puan; hafif düzeyde depresyon, 17-29 puan; orta düzeyde depresyon, 30-63 puan şiddetli depresyon olarak sınıflandırılmıştır (Hisli, 1988; Hisli, 1989) (EK-5).

3.5.Verilerin Analizi

Araştırma çerçevesinde edinilen veriler IBM SPSS 20.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir. Betimleyici istatistik olarak ortalama, standart sapma, ranj, min-maks ve çarpıklık-basıklık değerleri ile frekans dağılımları raporlanmıştır. İncelenen değişkenlerin normal dağılım özellikleri gösterme durumu, Kolmogorov-Smirnov Testi, grafikler (histogram diyagramı, Q-Q plot grafikleri, stem and leaf plot) ve çarpıklık-basıklık değerleri üzerinden incelenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren gruplar için ilişkisiz örneklem t testi ve tek yönlü ANOVA; normal dağılım göstermediği tespit edilen gruplar için Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kullanılan ölçüm araçlarının Cronbach alfa katsayısı ile iç güvenirlik değerleri hesaplanmış, temel değişkenler arasında ilişkiye Pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Araştırmada bağımlı değişken olarak belirlenen bakım verenlerin depresyon düzeyini yordayan değişkenler çoklu doğrusal regresyon analizi aracılığıyla incelenmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttu. Araştırma tek merkezde yürütülen, kesitsel-tanımlayıcı tipte bir araştırma olduğu için sonuçlar tüm evrene genellenemez. Çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinde bakım yükü, depresyon düzeyleri ve etki eden faktörler araştırılmış ancak bunlar sağlıklı bir kontrol grubu ile karşılaştırılmamıştır ve bakım yükü ve depresyon düzeyi arasında ilişki bulunsa da araştırma tasarımı gereği bunun neden-sonuç ilişkisi olduğu söylenememektedir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.04.2022 tarihli ve 121229 numaralı etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmiştir (EK-1). Katılımcılar çalışmadan önce çalışmanın amacı, verilerin kullanımı ve vereceği yanıtlarının gizliliği hakkında bilgilendirilmiş, sözlü onamları alınmış ve katılımcı olmayı kabul eden bakım verenler çalışmaya dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları altı alt başlık altında sunulmuştur. İlk bölümde, tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların özellikleri ve dağılımları yer almaktadır. İkinci bölümde, ölçüm araçlarının bu çalışmadaki iç tutarlıkları hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde ZBYÖ ve BDÖ'nden alınan puanlar ve dağılımları incelenmektedir. Dördüncü bölüm, bakım verme yükü ve depresyon düzeyi ile ilgili betimsel istatistikleri ve korelasyon analizi sonuçlarını içermektedir. Beşinci bölümde değişkenlerin, demografik özelliklere temel değişkenlerde farklılaşma durumu incelenmiştir. Son bölümde ise bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiye dair bulgular sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan bakım verenlerden, bakım veren bilgi formu (EK-2 ve EK-3) aracılığıyla elde edilen, demografik özelliklere, sağlık durumuna, bakım verme durumlarına ve bakım verdikleri hastanın demografik özelliklerine dair bilgilere yer verilmiştir.

4.1.1. Katılımcıların demografik özellikleri ve dağılımları

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek ve gelir durumu hakkında demografik bilgiler sorgulanmıştır.

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında; araştırmaya katılan 179 bakım verenin %64,2'si (n=115) kadın, %35,8'i (n=64) erkektir. Katılımcıların yaş aralığı 19-83 arasında değişmekte olup yaş ortalamasının 49.61 (ss=11.9) olduğu bulunmuştur. Örneklemin %81,6'sının (n=146) evli, %10,6'sının (n=19) bekar %7,8'inin (n=14) dul-boşanmış olduğu görülmektedir. Meslek olarak, araştırmaya katılanların %42,5'i (n=76) ev hanımı, %8,4'ü (n=15) işçi, %27,4'ü (n=49) memur, %4,5 (n=8) serbest meslek sahibi, %11,2'si (n=20) emekli ve %6,1'i (n=11) diğer meslek sahibi olduklarını bildirmiştir. Detaylar Tablo 4.1 de verilmiştir.

Tablo 4.1. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları

Demografik Özellikler	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	115	64,2
	Erkek	64	35,8
Yaş	19-34 yaş	21	11,7
	35-64 yaş	141	78,8
	65 ve üstü yaş	17	9,5
Medeni Durum	Evli	146	81,6
	Bekar	19	10,6
	Dul/Boşanmış	14	7,8
Aile Yapısı	Çekirdek	108	60,3
	Geniş	71	39,7
Çocuk	Bir çocuk	151	84,4
	2-3 çocuk	27	15,1
	4 ve üstü	1	0,6
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	4	2,2
	Okur yazar	4	2,2
	İlköğretim	62	34,6
	Lise	48	26,8
	Üniversite	60	33,5
Meslek	Ev hanımı	76	42,5
	İşçi	15	8,4
	Memur	49	27,4
	Serbest	8	4,5
	Emekli	20	11,2
	Diğer	11	6,1
Gelir Durumu	Gelir giderden az	54	30,2
	Gelir gidere eşit	87	48,6
	Gelir giderden fazla	37	20,7

4.1.2. Katılımcıların bakım verme durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları

Katılımcıların, bakım verilen hastaya yakınlık, bakım verme süresi, bakım verme nedeni, bakım verirken destek alma durumları, bakım vermeye yönelik yeterlilik algıları ve eğitim ihtiyaçlarına dair bilgileri Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Katılımcılara bakım verdikleri hasta ile yakınlık derecesi sorulduğunda %53,6’sı (n=96) anne-baba, %2,2’si (n=4) kardeş, %7,8’i (n=14) eş, %20,1’i (n=36) kayınvalide-kayınbaba, %3,9’u (n=7) çocuk, %8,4 ‘ü (n=15) diğer akrabalarına bakım verdiklerini belirtmiştir. Katılımcıların %3,9’unun (n=7) ise bakım verdikleri kişi ile yakınlıklarının bulunmadığı, bakıcı olarak bakım verdikleri belirlenmiştir.

Hangi ihtiyaç alanlarında bakım verdiklerine dair verilen yanıtlar incelendiğinde; katılımcıların %82,7’sinin (n=148) beslenme, %76,5’ünün (n=137) tedavi, %75,4’ünün (n=135) yıkanma, %65,9’unun (n=118) tuvalet ihtiyacı, %56,4’ünün (n=101) mobilite, %33’ünün (n=59) maddi konular ve %0,6’sının (n=1) diğer (ev işleri) konusunda bakım verdikleri görülmektedir.

Tablo 4.2. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların bakım verme durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları

Özellikler	Kategori	n	%
Yakınlık	Anne-Baba	96	53,6
	Kardeş	4	2,2
	Eş	14	7,8
	Kayınvalide-Kayınpeder	36	20,1
	Çocuk	7	3,9
	Bakıcı	7	3,9
	Diğer akraba	15	8,4
Bakım Verilen Toplam Süre	Bir yıldan az	38	21,2
	1-4 yıl	79	44,1
	5-9 yıl	25	14,0
	10 yıl ve üstü	37	20,7

Tablo 4.2. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların bakım verme durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları (devam)

Günlük Bakım Verme Süresi	2 saatten az	27	15,1
	2-5 saat	68	38,0
	6-10 saat	55	30,7
	10 saatten fazla	29	16,2
Bakım Verme Nedeni	Ailevi sorumluluk	97	54,2
	Duygusal bağlılık	43	24,0
	Bakacak kimse olmaması	30	16,8
	Ekonomik nedenler	9	5,0
Bakım Verirken Destek Alma Durumu	Var	144	80,4
	Yok	35	19,6
Destek Alınan Kişi Sayısı	Bir kişi	94	65,2
	Birden fazla kişi	50	34,8
Bakım Verme Konusunda Yeterlilik Algısı	Evet	97	54,2
	Hayır	42	23,5
	Bilmiyorum	40	22,3
Bakım Verme Konusunda Eğitim İhtiyacı	Evet	17	9,5
	Hayır	83	46,4
	Bazen	72	40,2
	Eğitim aldım	7	3,9

4.1.3. Katılımcıların ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları

Katılımcıların bireysel sağlık algılarına, kronik hastalık durumlarına, düzenli ilaç kullanımına, olumsuz alışkanlık türlerine, uyku kalitesi değerlendirmelerine ve tükenmişlik hislerine ilişkin bilgileri Tablo 4.3’de sunulmuştur

Katılımcılara kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda %1,7'si (n=3) *çok kötü*, %15,1'i (n=27) *kötü*, %38,5'i (n=69) *orta*, %38'i (n=68) *iyi*, %6,7'si (n=12) *çok iyi* cevabını vermişlerdir. Bakım verme sürecinde sağlığının olumsuz etkilenme durumu sorulduğunda katılımcıların %58,7'si (n=105) etkilendi, %41,3'ü (n=74) etkilenmedi yanıtını vermişlerdir.

Bakım verenlerin uyku kalitesi incelendiğinde %19,6'sı (n=35) *iyi*, %58,1'i (n=104) *orta*, %22,3'ü (n=40) *kötü* olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara tükenmişlik hissetme durumu sorulduğunda ise %22,3'ü (n=40) *evet*, %29,6'sı (n=53) *hayır*, %48'i (n=86) *bazen* yanıtını vermiştir.

Tablo 4.3. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların ruhsal ve bedensel sağlık durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları

Demografik Özellikler	Kategori	n	%
Sağlık Değerlendirmesi	Çok kötü	3	1,7
	Kötü	27	15,1
	Orta	69	38,5
	İyi	68	38,0
	Çok iyi	12	6,7
Bakım Verme Sürecinde Sağlığın Olumsuz Etkilenme Durumu	Etkilendi	105	58,7
	Etkilenmedi	74	41,3
Kronik Hastalık Durumu	Yok	94	52,5
	Var	85	47,5
Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	101	56,4
	Var	77	43,0
	Total	178	99,4
Olumsuz Alışkanlık	Yok	127	70,9
	Sigara	44	24,6
	Alkol	4	2,2
	Diğer	4	2,2

Tablo 4.3. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların ruhsal ve bedensel sağlık durumlarına ilişkin özellikler ve dağılımları (devam)

Uyku Kalitesi	İyi	35	19,6
	Orta	104	58,1
	Kötü	40	22,3
Tükenmişlik Hissi	Evet	40	22,3
	Hayır	53	29,6
	Bazen	86	48,0

4.1.4. Bakım verilen hastaların demografik özellikleri ve dağılımları

Katılımcıların bakım verdikleri hastalara ilişkin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve tam bağımlı olmasına sebep olan hastalık türü hakkında bulgular Tablo 4.4’de sunulmuştur.

Bakım verilen bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında; %55,3’ü (n=99) kadın, %44,7’si (n=80) erkektir. Hasta bireylerin yaş aralıkları incelendiğinde; %2,2’si (n=4) 18 yaş ve altı, %1,1’i (n=2) 19-34 yaş, %15,1’i (n=27) 35-64 yaş ve %81,6’sı (n=146) 65 yaş ve üzerindedir.

Katılımcılara bakım verdikleri bireylerin hangi hastalık sebebi ile bakıma ihtiyaç duyduğu sorulmuş olup %24,6’sı (n=44) nörodejeneratif hastalık, %23,5’i (n=42) SVO, %9,5’i (n=17) kardiyak hastalık, %9,5’i (n=17) ortopedik hastalık ve %8,9’u (n=16) malignite yanıtını vermişlerdir.

Tablo 4.4. Bakım verilen hastaların demografik özellikleri ve dağılımları

Demografik Özellikler	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	99	55,3
	Erkek	80	44,7

Tablo 4.4. Bakım verilen hastaların demografik özellikleri ve dağılımları (devam)

Yaş	18 yaş ve altı	4	2,2
	19-34 yaş	2	1,1
	35-64	27	15,1
	65 ve üstü yaş	146	81,6
Medeni Durum	Evli	80	44,7
	Bekar	13	7,3
	Dul/Boşanmış	85	47,5
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	68	38,0
	Okur yazar	43	24
	İlköğretim	43	24,0
	Lise	17	9,5
	Üniversite ve üstü	8	4,5
Meslek	Ev hanımı	85	47,5
	İşçi	4	2,2
	Memur	9	5,0
	Serbest	2	1,1
	Emekli	69	38,5
	Diğer	10	5,6
Hastalık Türü	Nörodejeneratif hastalık	44	24,6
	Svo	42	23,5
	Kardiyak hastalık	17	9,5
	Senilite	15	8,4
	Ortopedik hastalık	17	9,5
	Pulmoner hastalık	13	7,3
	Obezite	3	1,7
	Malignite	16	8,9
	Romatolojik hastalık	1	0,6
	Cp	7	3,9
	Diğer	4	2,2

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının İç Tutarlılıkları

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarından Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Cronbach alfa katsayısı 0,897, Beck Depresyon Envanteri'nin Cronbach alfa katsayısı ise 0,876 bulunmuştur.

4.3. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı ve Beck Depresyon Ölçeğı'nden Alınan Puanlar ve Dağılımları

Katılımcılara uygulanan ölçeklerden alınan puanlar incelendiğinde ZBYÖ ortalama puanı $34,87 \pm 14,41$, BDÖ ortalama puanı $13,20 \pm 8,44$ olarak saptanmıştır. Ortalama değerlere bakıldığında ise katılımcıların hafif bakım yüğü ve hafif depresyon düzeyine sahip olduğu görülmüş olup detaylar Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. ZBYÖ ve BDÖ'nden alınan puanlara ait sonuçlar

	Min.	Maks.	Ortalama	SS
Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı	5	78	34,87	14,412
Beck Depresyon Ölçeğı	0	39	13,20	8,448

Katılımcıların bakım verme yüğü puanları incelendiğinde %15,1'inin (n=27) bakım yüğü olmadığı; %51,4'ünün (n=92) hafif, %29,1'inin (n=52) orta, %4,5'inin (n=8) şiddetli düzeyde bakım yüğü yaşadığı bulunmuştur. Katılımcıların depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde ise %38'inin (n=68) depresyonunun olmadığı; %30,2'sinin (n=54) hafif %27,9'unun (n=50) orta, %3,9'unun (n=7) şiddetli düzeyde depresyon belirtilerinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların depresyon ve bakım yüğü düzeylerinin dağılımı

		n	%
Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı	Yok	27	15.1
	Hafif	92	51.4
	Orta	52	29.1
	Şiddetli	8	4.5
Beck Depresyon Ölçeğı	Yok	68	38.0
	Hafif	54	30.2
	Orta	50	27.9
	Şiddetli	7	3.9

4.4. Depresif Semptomlar ve Bakım Verme Yüküne İlişkin Betimsel ve İlişkisel İstatistikler

Araştırmanın temel değişkenleri olan depresif semptomlar ile bakım verme yüküne dair ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum, ranj, çarpıklık ve basıklık değerleri aşağıda yer almaktadır (Tablo 4.7).

Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için kullanılan Pearson korelasyon katsayısı tekniğinden elde edilen sonuçlar, depresif semptomlarla bakım verme yükü arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiyi işaret etmektedir ($r = 0,606$, $p < 0,01$).

Tablo 4.7. Depresif semptomlar ve bakım verme yüküne ilişkin betimsel istatistikler

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Ranj	Min.	Maks.	Çarpıklık	Basıklık
Depresif Semptomlar	0,628	0,40	1,857	0,00	1,86	0,720	0,268
Bakım Verme Yükü	1,58	0,65	3,32	0,23	3,55	0,376	-0,445

4.5. Depresif Semptomlar ve Bakım Verme Yükü Düzeyinin Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Bu bölümde araştırmanın temel değişkenlerinin, bakım veren bilgi formu (EK-2 ve EK-3) aracılığıyla elde edilen demografik bilgilere göre farklılaşma durumlarını tespit etmek için yapılan gruplar arası fark analizlerinin bulgularına yer verilmiştir.

4.5.1. Bakım verenin sosyo-demografik özellikleri açısından temel değişkenlerin karşılaştırılması

Araştırmaya katılan bakım verenlerin cinsiyet, yaş, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek ve gelir durumu hakkında demografik bilgileri ve bu

özellikler açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeylerinin gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo incelendiğinde bakım verenlerin depresyon düzeyinin cinsiyet değişkeni tarafından farklılaştığı görülmektedir. Veriler normal dağılım gösterdiği için yapılan ilişkisiz örneklem için t testi sonucuna göre kadınların depresyon düzeyi ortalaması ($\bar{X}_{Kadın}=0,70$) ile erkeklerinki ($\bar{X}_{Erkek}=0,49$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($t_{(177)}=3,386$, $p<0,01$). Bakım veren kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha yüksek düzeyde depresif semptom gösterdikleri görülmektedir. Diğer yandan kadınların bakım verme yükü ortalaması ($\bar{X}_{Kadın}=1,65$) ile erkeklerinki ($\bar{X}_{Erkek}=1,49$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ortaya konmuştur ($t_{(177)}=1,822$, $p>0,05$).

Bakım verenlerin yaşının depresif semptom ve bakım verme yükü düzeyine etkisi, veriler normal dağılım göstermediği için Kruskal-Wallis testi kullanılarak test edilmiştir. Yaşın, depresyon düzeyine etkisi bulunmamış; ancak bakım verme yükü düzeyini ($\chi^2_{(2)}=6,075$, $p<0,05$) anlamlı olarak farklılaştırdığı görülmüştür. Farklılığın 19-34 yaş ile 65 yaş ve üstü yaş gruplarından kaynaklandığı, 65 yaş ve üstü yaş aralığındaki katılımcıların 19-34 yaş aralığındakilere kıyas ile daha fazla bakım yükü yaşadığı bulgulanmıştır.

Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri arasındaki son anlamlı farklılık gösteren değişken katılımcıların mesleğidir. Meslek türünün, depresyon düzeyini anlamlı farklılaştırdığı görülmektedir ($\chi^2_{(5)}=12,873$, $p<0,05$). Posthoc analizlerine göre ev hanımları; mesleği işçi, emekli ve memur olan bakım verenlere göre daha fazla depresif semptom göstermektedir. Bununla birlikte mesleğin bakım verme yükünü de farklılaştırdığı bulunmuştur ($\chi^2_{(5)}=20,252$, $p<0,01$). Emeklilerin diğer meslek gruplarından, ev hanımlarının ise işçilerden daha yüksek bakım yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılar arasında bakım yükü ve depresyon düzeyi ölçümünde medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Sırası ile depresyon; bakım verme yükü: $p=0,546$; $0,901$, $p=0,145$; $0,995$, $p=0,512$; $0,643$, $p=0,883$; $0,707$, $p=0,236$; $0,129$).

Tablo 4.8. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların sosyo-demografik özellikleri açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeyini incelemek için yapılan analiz sonuçları

		Depresyon					Bakım Verme Yüğü			
Özellikler	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	Test İstatistiğı	p	$\bar{X}$	ss	Test İstatistiğı	p
Cinsiyet	Kadın	115	0,70	0,41	3,386 ^a	,001**	1,65	0,64	1,822 ^a	0,070
	Erkek	64	0,49	0,34			1,46	0,67		
Yaş	19-34 yaş	21	0,50	0,36	4,435 ^c	0,109	1,44	0,63	6,075 ^c	0,048*
	35-64 yaş	141	0,64	0,42			1,56	0,65		
	65 ve üstü yaş	17	0,72	0,31			1,94	0,65		
Medeni Durum	Evli	146	0,63	0,42	1,210 ^c	0,546	1,58	0,65	0,208 ^c	0,901
	Bekar	19	0,61	0,40			1,58	0,74		
	Dul/Boşanmış	14	0,69	0,25			1,65	0,66		
Aile Yapısı	Çekirdek	108	0,66	0,39	1,464 ^a	0,145	1,6	0,70	-0,006 ^a	0,995
	Geniş	71	0,57	0,42			1,58	0,57		
Çocuk	Bir çocuk	151	0,63	0,41	1,340 ^c	0,512	1,60	0,66	0,885 ^c	0,643
	2-3 çocuk	27	0,59	0,39			1,49	0,65		
	4 ve üstü	1	1,00	0,00			1,36	0,00		
Eğitim Durumu	Okur yazar	4	0,68	0,40	1,169 ^c	0,883	1,21	0,29	2,156 ^c	0,707
	Okur yazar değil	4	0,71	0,52			1,70	0,77		
	İlköğretim	62	0,62	0,39			1,63	0,63		
	Lise	48	0,64	0,34			1,56	0,59		
	Üniversite	60	0,63	0,46			1,57	0,74		
Meslek	Ev hanımı	76	0,72	0,42	12,873 ^c	0,025*	1,64	0,59	20,252 ^c	0,001**
	İşçi	15	0,45	0,29			1,25	0,53		
	Memur	49	0,54	0,41			1,46	0,71		
	Serbest	8	0,43	0,29			1,24	0,64		
	Emekli	20	0,67	0,34			2,04	0,64		
	Diğer	11	0,73	0,42			1,66	0,64		

Tablo 4.8. Tam bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların sosyo-demografik özellikleri açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeyini incelemek için yapılan analiz sonuçları (devam)

Gelir	Gelir giderden az	54	1,65	0,64	1,454 ^b	0,236	0,54	0,43	2,074 ^b	0,129
Durumu	Gelir gidere eşit	87	0,62	0,39			0,54	0,43		
	Gelir giderden fazla	37	0,54	0,43			0,54	0,43		

^aİlişkisiz örneklem için t testi, ^bTek yönlü ANOVA, ^cKruskal-Wallis Testi, *p<0,05, **p<0,01

4.5.2. Katılımcıların bakım verme özelliklerine göre temel değişkenlerin karşılaştırılması

Katılımcıların, bakım verilen hastaya yakınlık, bakım verme süresi, bakım verme nedeni, bakım verirken destek alma durumları, bakım vermeye yönelik yeterlilik algıları ve eğitim ihtiyaçlarına göre temel değişkenlerin karşılaştırılması sonuçları Tablo 4.9’da sunulmuştur

Anlamlı sonuçlar açısından tablo incelendiğinde, araştırmaya katılan bakım verenlerin depresyon düzeylerinin ($\chi^2_{(3)}=13,863$, p<0,01) ve bakım verme yüklerinin ($\chi^2_{(3)}=11,268$, p<0,05) günlük bakım verme süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı görülmektedir. Hem depresyon hem de bakım verme yükü değişkenlerinin arasında günlük bakım verme süresine göre görülen farklılaşmanın 2 saatten az bakım veren ile daha fazla saat bakım veren katılımcı gruplarından kaynaklandığı ve 2 saatten az bakım veren grubun depresyon ve bakım yükü düzeylerinin daha az olduğu bulunmuştur.

Ayrıca bakım verme nedenlerine göre bakım verenlerin depresyon düzeylerinin ($\chi^2_{(3)}=6,4180$, p>0,05) farklılaşmadığı, diğer yandan bakım verme yükü düzeylerinin gruplar arasında anlamlı olarak farklılık gösterdiği görülmüştür ($\chi^2_{(3)}=22,943$, p<0,01). Bakacak kimsenin olmamasını bakım verme nedeni olarak belirtenlerin, diğer nedenleri raporlayanlara göre daha yüksek bakım verme yükü barındırdıkları anlaşılmaktadır. Ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verenler ise duygusal bağlılık ve ekonomik koşullar nedeniyle bakım verenlerden daha fazla bakım verme yüküne sahiptir.

Katılımcıların arasında yakınlık, bakım verilen süre, destek alma durumu, bakım verme konusunda yeterlilik algısı, bakım verme konusunda eğitim ihtiyacı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırası ile depresyon/ bakım verme yükü: $p=0,475$; $0,092$, $p=0,210$; $0,226$, $p=0,408$; $0,290$, $p=0,582$; $0,853$, $p=0,786$; $0,391$).

Tablo 4.9. Verilen bakıma dair özellikler açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeylerini incelemek için yapılan analiz sonuçları

Özellikler	Kategori	Depresyon					Bakım Verme Yükü			
		n	$\bar{X}$	ss	Test İstatistiği	p	$\bar{X}$	ss	Test İstatistiği	p
Yakınlık	Anne-Baba	96	0,64	0,41	5,551 ^c	0,475	1,5	0,64	10,898 ^c	0,092
	Kardeş	4	0,62	0,35			1,5	0,96		
	Eş	14	0,75	0,43			1,8	0,73		
	Kayınvalide-	36	0,65	0,44			1,8	0,62		
	Kayınpeder									
	Çocuk	7	0,55	0,31			1,6	0,32		
	Bakıcı	7	0,39	0,20			1,03	0,16		
	Diğer akraba	15	0,52	0,37			1,50	0,79		
Bakım Verilen	Bir yıldan az	38	0,53	0,37	4,530 ^c	0,210	1,46	0,67	4,356 ^c	0,226
Toplam Süre	1-4 yıl	79	0,63	0,42			1,67	0,67		
	5-9 yıl	25	0,66	0,39			1,45	0,51		
	10 yıl ve üstü	37	0,70	0,39			1,61	0,68		
Günlük Bakım	2 saatten az	27	0,38	0,27	13,863 ^c	0,003**	1,26	0,59	11,268 ^c	0,010**
Verme Süresi	2-5 saat	68	0,63	0,38			1,55	0,55		
	6-10 saat	55	0,65	0,39			1,61	0,64		
	10 saatten fazla	29	0,78	0,48			1,87	0,83		

Tablo 4.9. Verilen bakıma dair özellikler açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeylerini incelemek için yapılan analiz sonuçları (devam)

Bakım Verme Nedeni	Ailevi sorumluluk	97	0,63	0,41	6,418 ^c	0,093	1,64	0,65	22,943 ^c	0,000**
	Duygusal bağlılık	43	0,62	0,34			1,30	0,57		
	Bakacak kimse olmaması	30	0,71	0,47			1,94	0,61		
	Ekonomik nedenler	9	0,34	0,20			1,09	0,17		
Destek Alma Durumu	Var	144	0,62	0,40	0,828 ^d	0,408	1,55	0,65	-1,062 ^a	0,290
	Yok	35	0,68	0,39			1,69	0,65		
Bakım Verme Konusunda Yeterlilik Algısı	Evet	97	0,60	0,38	1,083 ^c	0,582	1,57	0,65	0,217 ^c	0,853
	Hayır	42	0,68	0,44			1,63	0,69		
	Bilmiyorum	40	0,65	0,40			1,55	0,64		
Bakım Verme Konusunda Eğitim İhtiyacı	Evet	17	0,64	0,36	1,062 ^c	0,786	1,76	0,59	3,006 ^c	0,391
	Hayır	83	0,64	0,39			1,62	0,69		
	Bazen	72	0,62	0,44			1,51	0,65		
	Eğitim aldım	7	0,50	0,24			1,51	0,52		

^aİlişkisiz örneklem için t testi, ^cKruskal-Wallis Testi, ^dMann-Whitney U Testi *p<0,05, **p<0,01

4.5.3. Bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarına göre temel değişkenlerin karşılaştırılması

Katılımcıların bireysel sağlık algılarına, kronik hastalık durumlarına, düzenli ilaç kullanımına, olumsuz alışkanlık türlerine, uyku kalitesi değerlendirmelerine ve tükenmişlik hislerine ilişkin bilgilerine göre temel değişkenlerin karşılaştırılması sonuçları Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Bakım verenlerin depresyon düzeylerinin ($\chi^2_{(3)}=43,044$, $p<0,01$) ve bakım verme yüklerinin ($\chi^2_{(4)}=39,431$, $p<0,01$) bireysel sağlık değerlendirmelerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı görülmektedir. Bireysel sağlığını *çok iyi* olarak değerlendiren katılımcıların *iyi-orta-kötü-çok kötü* olarak değerlendiren

katılımcılara göre; iyi olarak değerlendiren katılımcıların *orta-kötü-çok kötü* olarak değerlendiren katılımcılara göre; *orta* olarak değerlendiren katılımcıların *kötü-çok kötü* olarak değerlendiren katılımcılara göre depresif belirti düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Yine bireysel sağlık değerlendirmesinde sağlığını *çok iyi* olarak değerlendiren katılımcıların *orta-kötü-çok kötü* olarak değerlendirenlere göre; iyi olarak değerlendiren katılımcıların *kötü-çok kötü* olarak değerlendirenlere göre ve *orta* olarak değerlendiren katılımcıların *kötü* olarak değerlendirenlere göre bakım yüklerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bakım vermenin sağlığa etkisi de temel değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmaktadır. Bakım vermenin sağlıklarına etkisi olduğunu bildirenlerin daha yüksek depresyon düzeyine ($U=1738,5$, $p<0,01$) ve daha yüksek bakım verme yüküne ($t_{(177)}=7,596$, $p<0,01$) sahip oldukları bulunmuştur.

Uyku kalitesine göre bakım verenlerin depresyon ($F_{(2-176)}=12,772$, $p<0,01$) ve bakım verme yükü düzeylerinin ($F_{(2-176)}=5,358$, $p<0,01$) farklılaştığı bulunmuştur. Uyku kalitesini iyi olarak tanımlayan katılımcıların, orta ve kötü olarak tanımlayanlara göre anlamlı düzeyde daha az depresif semptom gösterdikleri; orta düzeyde uyku kalitesine sahip olduklarını belirtenlerin ise kötü uyku kalitesine sahip olanlara kıyasla depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Bakım verme yükleri açısından gruplara bakıldığında, kötü uyku kalitesi tanımlayanların iyi ve orta düzeyde uyku kalitesine sahip olduklarını belirtenlere göre daha fazla bakım verme yüküne sahip oldukları görülmektedir.

Son olarak, tükenmişlik hissinin depresyon ($\chi^2_{(2)}=63,980$, $p<0,01$) ve bakım verme yükü ($\chi^2_{(2)}=52,823$, $p<0,01$) üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Tükenmişlik hissi yaşayanların hem depresyon hem de bakım yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.10. Bakım verenlerin ruhsal ve bedensel sağlık durumlarına ilişkin özellikler açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeyini incelemek için yapılan analiz sonuçları

		Depresyon					Bakım Verme Yüğü			
		n	$\bar{X}$	ss	Test İstatistiğı	p	$\bar{X}$	ss	Test İstatistiğı	p
Kategori										
Sağlık	Çok kötü	3	1,44	0,37	43,044 ^c	0,000**	2,30	0,68	39,431 ^c	0,000**
Değerlendirmesi	Kötü	27	0,94	0,37			2,26	0,59		
	Orta	69	0,66	0,36			1,55	0,59		
	İyi	68	0,50	0,36			1,40	0,58		
	Çok iyi	12	0,29	0,16			1,14	0,44		
Bakım Vermenin	Etkilendi	105	0,77	0,39	1738,5 ^d	0,000**	1,86	0,61	7,596 ^a	0,000**
Sağlığa Etkisi	Etkilenmedi	74	0,42	0,32			1,20	0,52		
Kronik Hastalık	Yok	94	0,59	0,38	4369,5 ^d	0,279	1,58	0,70	-0,111 ^a	0,912
	Var	85	0,67	0,42			1,59	0,61		
Olumsuz	Yok	127	0,66	0,38	5,409 ^c	0,144	1,64	0,64	4,694 ^c	0,196
Alışkanlık	Sigara	44	0,59	0,48			1,46	0,69		
	Alkol	4	0,45	0,24			1,56	0,58		
	Diğer	4	0,38	0,32			1,34	0,85		
Uyku Kalitesi	İyi	35	0,41	0,23	12,772 ^b	0,000**	1,41	0,60	5,358 ^b	0,006**
	Orta	104	0,62	0,38			1,54	0,66		
	Kötü	40	0,85	0,46			1,86	0,62		
Tükenmişlik Hissi	Evet	40	0,98	0,38	63,98 ^c	0,000**	2,11	0,65	52,82 ^c	0,000**
	Hayır	53	0,33	0,25			1,12	0,44		
	Bazen	86	0,65	0,35			1,63	0,56		

^aİlişkisiz örneklemeler için t testi, ^bTek yönlü ANOVA, ^cKruskal-Wallis Testi, ^dMann-Whitney U Testi, ^eTukey HSD *p<0,05, **p<0,01

4.5.4. Bakım verilen hastaların özelliklerine göre temel değişkenlerin karşılaştırılması

Bakım verilen hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve tam bağımlı olmasına sebep olan hastalık türleri hakkında bilgiler ve bu özellikler açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeylerinin gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Bakım verilen hastaların tam bağımlı olmasına sebep olan hastalık türlerinin katılımcıların bakım verme yükü üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir ($\chi^2_{(10)}=21,098$, $p<0,05$). Senilite sebebi ile tam bağımlı olan hastaların bakım verenlerinin romatolojik hastalık, malignite, pulmoner hastalık ve SVO’lu hastaların bakım verenlerine göre; nörodejeneratif hastalıklar sebebi ile tam bağımlı olan hastaların bakım verenlerinin malignite, pulmoner hastalık, SVO’lu hastaların bakım verenlerine göre ve ortopedik bir rahatsızlık sebebi ile tam bağımlı olan hastaların bakım vericilerinin maligniteli hastaların bakım vericilerine göre daha yüksek düzeyde bakım yüküne sahip oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Bakım verilenlerin özellikleri açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeyini incelemek için yapılan analiz sonuçları

Özellikler	Kategori	Depresyon					Bakım Verme Yükü				
		n	$\bar{X}$	ss	Test İstatistiği	p	$\bar{X}$	ss	Test İstatistiği	p	
Cinsiyet	Kadın	99	0,65	0,43	0,774 ^a	0,440	1,58	0,65	-0,064 ^a	0,949	
	Erkek	80	0,60	0,37			1,59	0,67			
Yaş	18 yaş ve altı	4	0,49	0,34	2,399 ^c	0,494	1,49	0,28	1,536 ^c	0,674	
	19-34 yaş	2	0,45	0,03			1,98	0,10			
	35-64	27	0,74	0,48			1,64	0,72			
	65 ve üstü yaş	146	0,61	0,39			1,57	0,66			
Medeni Durum	Evli	80	0,67	0,44	0,871 ^c	0,647	1,54	0,71	0,993 ^c	0,609	
	Bekar	13	0,61	0,30			1,63	0,60			
	Dul/Boşanmış	85	0,60	0,38			1,62	0,62			

Tablo 4.11. Bakım verilenlerin özellikleri açısından depresyon ve bakım verme yükü düzeyini incelemek için yapılan analiz sonuçları (devam)

Eğitim	Okur yazar	43	0,62	0,37	4,921 ^c	0,296	1,56	0,62	2,510 ^c	0,643
Durumu	Okur yazar değil	68	0,56	0,40			1,63	0,64		
	İlköğretim	43	0,71	0,43			1,58	0,68		
	Lise	17	0,66	0,32			1,36	0,58		
	Üniversite ve üstü	8	0,71	0,58			1,87	1,00		
Meslek	Ev hanımı	85	0,65	0,41	3,251 ^c	0,661	1,56	0,62	2,218 ^c	0,818
	İşçi	4	0,58	0,34			1,60	0,59		
	Memur	9	0,58	0,38			1,79	0,75		
	Serbest	2	0,29	0,07			1,11	0,35		
	Emekli	69	0,64	0,42			1,61	0,71		
	Diğer	10	0,50	0,27			1,51	0,59		
Hastalık Türü	Nörodejeneratif Hastalık	44	0,74	0,44	14,972 ^c	0,133	1,80	0,73	21,098 ^c	0,020*
	Svo	42	0,62	0,41			1,50	0,63		
	Kardiyak Hastalık	17	0,46	0,28			1,48	0,46		
	Senilite	15	0,77	0,36			1,92	0,73		
	Ortopedik Hastalık	17	0,53	0,34			1,62	0,56		
	Pulmoner Hastalık	13	0,60	0,46			1,42	0,67		
	Obezite	3	0,84	0,48			1,55	1,14		
	Malignite	16	0,47	0,29			1,18	0,52		
	Romatolojik Hastalık	1	0,05	0,00			0,55	0,00		
	Serebral Palsi (CP)	7	0,74	0,52			1,56	0,32		
	Diğer	4	0,58	0,33			1,67	0,42		

^aİlişkisiz örneklemeler için t testi, ^bTek yönlü ANOVA, *p<0,05, **p<0,01

4.6. Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişkeni Yordayıcılığına İlişkin Bulgular

Araştırmanın birincil varsayımı olan bakım verme yükünün bakım verenlerde depresyon düzeyini açıkladığı hipotezini sınamak ve ilişkili diğer değişkenlerin yordayıcılığını belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır ve bu analizin kullanımı için; çok değişkenli normal dağılım, doğrusallık, hata değerlerinin bağımsız olması ve normal dağılım göstermesi, otokorelasyon, çoklu bağlantılılık olmaması varsayımları test edilmiş ve analize uygun bulunmuştur.

Yapılan gruplar arası fark analizlerinden sonra araştırmanın bağımlı değişkeni olan depresif semptomları etkilediği düşünülen değişkenler şu şekilde belirlenmiştir: Cinsiyet, çalışma durumu, günlük bakım verme süresi, bakım verilen ihtiyaç alanlarının sayısı, bireysel sağlık değerlendirmesi, bakım vermenin sağlığı etkileme durumu, uyku kalitesi, tükenmişlik hissi ve bakım verme yükü. Değişkenlerin bakım verenlerde depresyon düzeyini ne düzeyde açıklayıcı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 4.12’de yer almaktadır.

Analiz sonucunda, test edilen modelde bakım verenlerin depresyon düzeyleri ile anlamlı bir ilişki ($R=0,708$; $R^2=0,502$) ortaya koymakta olduğu; bu değişkenlerin depresyon düzeyindeki farklılaşmanın %50’sini açıkladığı bulunmuştur ($F_{(9-169)}=18,914$). Değişkenler ayrı olarak incelendiğinde, bakım verme yükünün ($\beta=0,480$, $p<0,01$), bakım verilen ihtiyaç alanları sayısının ($\beta=-0,195$, $p<0,01$), uyku kalitesinin ($\beta=0,191$, $p<0,01$) ve cinsiyetin ($\beta=-0,151$, $p<0,05$) anlamlı yordayıcılar olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, bakım verenlerin bakım yüklerindeki artışın, uyku kalitesindeki azalmanın depresyon düzeyinde artışa neden olacağını, diğer yandan bakım verenin erkek olmasının ve bakım verilen ihtiyaç alanlarındaki artışın depresif semptomları azaltıcı etkiye sahip olacağını düşündürmektedir.

Tablo 4.12. Depresyon düzeyini yordayan değişkenlere ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	β	t	p	İkili r	Kısmi r
Sabit	0,308	0,185		1,662	0,098		
Bakım Verme Yüğü	0,295	0,041	0,480	7,119	0,000	0,606	0,480
Günlük Bakım Verme Süresi	0,017	0,027	0,039	0,623	0,534	0,253	0,048
Bakım Verilen İhtiyaç Alanlarının Sayısı	-0,048	0,015	-0,195	-3,211	0,002	0,054	-0,240
Bireysel Sağlık Değerlendirmesi	-0,051	0,033	-0,111	-1,561	0,120	-0,483	-0,119
Bakım Vermenin Sağlığı Etkileme Durumu	0,082	0,057	0,100	1,422	0,157	0,433	0,109
Uyku Kalitesi	0,119	0,037	0,191	3,203	0,002	0,356	0,239
Tükenmişlik Hissi	-0,031	0,029	-0,062	-1,092	0,276	-0,210	-0,084
Çalışma Durumu	-0,010	0,059	-0,012	-0,164	0,870	0,186	-0,013
Cinsiyet	-0,120	0,061	-0,143	-1,976	0,050	-0,247	-0,150
R=0,708	R ² =0,502	F ₍₉₋₁₆₉₎ =18,914		p=0,00			

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Tıp alanındaki ilerlemeler, erken tanı ve tedavi imkanlarının artması ve sosyoekonomik refah seviyesinin yükselmesi ile doğuştan beklenen ortalama yaşam süresi uzamış; yaşlı, engelli, kronik hastalıklı birey sayısı artmış, bu artışla beraber tüm dünyada ve ülkemizde bakım veren bireylere ihtiyaç duyulmuştur. Bakım veren bireylerin iş, aile hayatı ve sosyal yaşamdaki yükümlülüklerinin yanına bakım verme sorumluluğunun da eklenmesi bu bireylerde hem ruhsal hem de fiziksel sorunlara yol açmaktadır (Ay ve ark., 2017; Çetinkaya ve Karadakovan, 2012). Çalışmamızın amacı bakım veren bireylerin bakım yüklerini, depresyon düzeylerini ve bunlara etki eden faktörleri inceleyerek bu konuda yapılacak kapsamlı çalışmalara ve evde sağlık uygulamalarına katkı sağlamak, bakım veren bireylerin yaşam kalitelerini artırmak, bakım alan bireylerin de daha konforlu bakım hizmeti alabilmelerini sağlamak için etki eden etmenleri belirlemektir.

Çalışmamızda katılımcıların hafif bakım yükü ve hafif depresif semptomları olduğu tespit edilmiş, bakım verme yükü ile depresif semptomlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Cinsiyet, çalışma durumu, günlük bakım verme süresi, bakım verilen ihtiyaç alanlarının sayısı, bireysel sağlık değerlendirmesi, bakım vermenin sağlığı etkileme durumu, uyku kalitesi, tükenmişlik hissi ve bakım verme yükü değişkenlerinin depresif semptomları etkilediği ve yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi ile bu değişkenlerin depresyon düzeyindeki farklılaşmanın %50'sini açıkladığı bulunmuştur.

Katılımcılara uygulanan ölçeklerden alınan puanlar incelendiğinde katılımcıların hafif bakım yükü ve hafif depresyon düzeyine sahip olduğu görülmüş; bakım verme yükü ile depresif semptomlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p<0,01$). Demirbilek'in 2015 yılında yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin depresyon düzeyi ve bakım yükünü incelediği çalışmaya katılan 100 primer bakım verenin orta derecede depresif semptomlar gösterdiği, ileri derecede bakım yüküne sahip olduğu bulunmuş ve ZBYÖ ve BDÖ'nden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf oranda anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Demirbilek, 2015). Şahin'in KOAH'lı hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ve depresyon

düzeylerini incelediği çalışmada katılımcıların orta düzeyde bakım yükü, ileri düzeyde depresif semptomlar gösterdiği tespit edilmiş; bakım yükü ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Şahin, 2014). Bahsi geçen çalışmalara hasta bireylerin yalnızca primer bakım verenleri dahil edilmiştir; ancak bizim çalışmamız evde sağlık hizmet sunumu sırasında hasta bireylerin yanında bulunan tüm bakım verenlerle yapılmış olup katılımcılarda primer bakım veren olma şartı aranmamıştır. Bizim çalışmamızda bakım veren bireylerin depresyon ve bakım yükü düzeylerinin yapılan çalışmalardan düşük çıkmasının bununla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre daha yüksek düzeyde depresif semptom gösterdikleri görülmektedir ($p<0,01$). Diğer yandan kadınların bakım verme yükü ortalaması ile erkeklerinki arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Literatür tarandığında bu konuda farklı çalışmalar olduğu görülmüştür. Taşyüz'ün 2017 yılında kanser hastalarına bakım veren 114 bireyde yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde depresif semptomların kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü tespit edilmiş ancak cinsiyet faktörünün bakım verme yükü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya koymadığı bulunmuştur (Taşyüz, 2017). Ateş ve ark.'nın kanser hastalarına bakım veren bireylerde yaptığı araştırmada kadın bakım vericilerin depresyon düzeyleri erkek bakım vericilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Ateş ve ark., 2018). Demanslı hastaların bakım verenlerinin incelendiği 93 makaleden oluşan bir metaanalizde, ele alınan makalelerin 9'unda erkek bakım vericilerin bakım yüklerinin daha ağır olduğu, 4 makalede cinsiyetin bakım yükü açısından fark göstermediği, kalan makalelerde ise kadın bakım vericilerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Baker ve Robertson, 2008). Bakım verenlerde depresyon ve bakım verme yükü düzeylerini inceleyen çalışmalar arasındaki farklılıklar bu bireylerde cinsiyet faktörünün yanı sıra daha başka pek çok değişkenin etkili olduğunu düşündürmektedir. WHO depresyonun kadınları erkeklerden daha fazla etkilediğini belirtmiştir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim tarihi: 21 Temmuz 2022). Depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalar nerede ise tüm dünyada depresyon sıklığının kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğunu

göstermektedir (Çelik ve Hoccoğlu, 2016). Klose ve Jacobi yaptıkları çalışmada depresif bozuklukların yaşamları boyunca erkeklerin %5-12'sini, kadınlarda ise %10-25'ini etkilediğini tespit etmişlerdir (Klose ve Jacobi, 2004). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki depresyon epidemiyolojisi ile uyumlu bulunmuştur. Kadınlara biçilen toplumsal roller, bakım verme yüküne ek olarak ev işleri, yemek yapma, çocuk yetiştirme gibi sorumlulukların olması, ev dışı sosyal yaşamının kısıtlı olması bakım veren kadınların erkeklerden daha fazla depresif semptom göstermesine sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda yaşın, depresyon düzeyine etkisi bulunmamış; ancak bakım verme yükü düzeyini ($p<0,05$) anlamlı olarak farklılaştırdığı görülmüş, 65 yaş ve üstü yaş aralığındaki katılımcıların 19-34 yaş aralığındakilere kıyas ile daha fazla bakım yükü yaşadıkları bulunmuştur. Ay ve ark.'nın yaşlı hastaların bakım vericilerinde ve Demirebilek'in yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinde yapmış oldukları çalışmalarda yaşın bakım yükü ve depresyon düzeyini farklılaştırmadığı bulunmuştur (Ay ve ark., 2017; Demirebilek, 2015). Literatürde bulgularımızla benzer çalışmalar da mevcuttur. Yaşar yaşlı hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin yaşının arttıkça bakım yükü düzeyinin de arttığını ve istatistiksel farkın 20-29 yaş arası gruptan kaynaklandığını belirlemiştir (Yaşar, 2009). Genç yaş grubundaki bireylerin kronik hastalık oranı az ve fiziki yeterlilikleri yüksektir. Yine bu yaş grubundaki bireylerin diğerlerine kıyasla internet ve sosyal medya kullanımının fazla olması bu bireylere ev içinde dahi sosyalleşme imkânı sunar. Belirtilen nedenlerden dolayı genç bireylerin bakım verme yükünün ileri yaştaki bireylere göre daha düşük olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda ev hanımları; mesleği işçi, emekli ve memur olan bakım verenlere göre daha fazla depresif semptom göstermektedir. Bununla birlikte emeklilerin diğer meslek gruplarından, ev hanımlarının ise işçilerden daha fazla bakım yüküne sahip oldukları tespit edilmiştir ($p<0,01$). Demirebilek'in yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinde yapmış olduğu çalışmasında, çalışmayan bakım verenlerin depresyon düzeylerinin diğer bireylere oranlara daha yüksek olduğu; ancak bakım verme yükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (Demirebilek, 2015). Çetinkaya'nın inmeli hastaların bakım vericilerinde yapmış

olduğu çalışmasında çalışmayan katılımcıların bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon düzeyi çalışan katılımcılara göre daha fazla bulunmuştur (Çetinkaya, 2021). Bazı çalışmalarda bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon düzeylerinin meslek ya da çalışma durumu ile farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Ay ve ark., 2017; Cengiz, 2020). Çalışmamızda ev hanımlarının diğer gruplara kıyasla daha fazla depresif semptom göstermesinin toplumda genellikle ev hanımlarının primer bakım verici rolü üstlenmesi ve ev dışı sosyal yaşantısının çalışan gruba kıyasla daha az olması sebebi ile olduğu düşünülmektedir. Emeklilerin diğer gruplara kıyasla daha fazla bakım yükü yaşamaları yaşlarının ileri olması, kronik hastalıklarının bulunması, bakım için gerekli fiziki şartları yerine getirmekte zorlanmaları ve ev içinde sosyalleşmelerine yardımcı olacak internet, sosyal medya gibi mecraları kullanmamaları/az kullanmaları sebebi ile olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verme yükleri ve depresyon düzeyleri günlük bakım verme süresine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Günlük 2 saatten az bakım veren grubun diğer gruplara kıyasla hem depresyon düzeyleri ($p<0,01$) hem de bakım verme yükleri ($p<0,05$) daha düşük bulunmuştur. Literatürde bu konuda farklı çalışmalar mevcuttur. Yaşar'ın yaşlı hastaların bakım vericilerinde yapmış olduğu çalışmada günlük hasta ile geçirilen süre arttıkça bakım yükünün azaldığı saptanmıştır. (Yaşar, 2009). Taşyüz'ün kanser hastalarının bakım vericilerinde yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer şekilde bakım süresi arttıkça bakım yükünün arttığı bulunmuş ancak çalışmamızdan farklı olarak günlük bakım verme süresi ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Taşyüz, 2017). Cengiz'in palyatif bakım servisinde yatan hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmada günlük bakım süresi arttığında depresif semptom gösterme oranının arttığı fakat bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Cengiz, 2020). Demirbilek'in yatağa bağımlı hastalarda yapmış olduğu çalışmasında günlük 8 saat ve üzeri sürede bakım veren katılımcıların bakım verme yükleri ve depresyon düzeyleri diğer katılımcılardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Demirbilek, 2015). Tartışılan diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamıza primer bakımdan sorumlu olmayan hasta yakınları da dahil edilmiştir ve bu katılımcıların çoğunlukla 2 saatten az bakım veren grubu oluşturduğu, günün yalnızca belli bir bölümünde hastayla ilgilendiği, kalan zamanlarında kendi sosyal hayatlarına devam

ettiği öngörülmekte; bu sebeple hem bakım yükü hem de depresyon düzeylerinin diğer gruplara kıyasla düşük olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca çalışmamızda bakım verme nedenlerine göre bakım verenlerin depresyon düzeylerinin ($p>0,05$) farklılaşmadığı, diğer yandan bakım verme yükü düzeylerinin gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,01$). Bakacak kimsenin olmamasını bakım verme nedeni olarak belirtenlerin, diğer nedenleri raporlayanlara göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip oldukları anlaşılmaktadır. Ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verenler ise duygusal bağıllık ve ekonomik koşullar nedeniyle bakım verenlerden daha fazla bakım verme yüküne sahiptir. Dağdeviren'in evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmada bakım verme yükü ile hastaya bakım verme nedeni arasında anlamlı ilişki saptanmış, hastaya bakacak kimsesi olmadığı için baktığını belirten bireylerde bakım verme yükü daha yüksek bulunmuştur (Dağdeviren, 2017). Çetinkaya'nın inmeli hastaların bakım verenlerinde yaptığı çalışmada hastaya bakma nedeni 'ailevi sorumluluk' sorusuna evet diyen bakım vericilerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri hayır diyen bakım vericilere göre daha yüksek saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. "Sevdiği/aile bağı olduğu için" sorusuna hayır diyenlerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri evet diyenlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Çetinkaya, 2021). Çalışmamız ve literatürdeki benzer çalışmalar bakım veren bireyler ile bakım alan hastaların arasındaki sevgi ve duygusal bağların bakım yükünü azaltmada önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Ayrıca bakacak kimsesi olmayan hastaların bakım verenlerinin günlük bakım sürelerinin daha fazla olması, destek alacak kimsenin bulunmaması nedeni ile bakım verme yükünün yüksek saptandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin depresyon düzeylerinin ve bakım verme yüklerinin bireysel sağlık değerlendirmelerine göre istatistiksel olarak anlamlı oranda farklılaştığı görülmektedir ($p<0,01$). Bireysel sağlığını *çok iyi* ve *iyi* olarak değerlendiren katılımcıların *orta-kötü-çok kötü* olarak değerlendiren katılımcılara göre bakım verme yüklerinin ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Şahin'in KOAH'lı hastaların bakım verenlerinde yaptığı çalışmada

kendi sağlıklarını kötü algılayan katılımcıların bakım verme yükleri ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Şahin, 2014). Zaybak ve ark.'nın yatağa bağımlı hastaların bakım verenlerinde yaptığı çalışmada sağlık algısı ile bakım yükü arasında ilişki olduğu bulunmuş, bakım vermeye başladıktan sonra sağlığını kötü algılayan bakım vericilerin iyi-orta sağlık algısına sahip olan bakım vericilere göre daha fazla bakım verme yüküne sahip olduğu saptanmıştır (Zaybak ve ark., 2012). Yaşar'ın yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerde yaptığı çalışmasında sağlığını iyi olarak değerlendiren katılımcıların bakım verme yükünün en düşük, çok kötü olarak değerlendirenlerin ise bakım verme yükünün en yüksek olduğu bulunmuş, sağlığını kötü olarak hissetme derecesi arttıkça bakım verme yükü düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir (Yaşar, 2009). Kendini sağlıklı hisseden bir bireyin depresif semptomlarının az olması ve katlanabileceği bakım yükünün yüksek olması beklenen bir durumdur ve çalışmamızın sonuçları bunu destekler niteliktedir. Ayrıca depresyon düzeyi ve bakım verme yükü yüksek olan bireylerin bireysel sağlık değerlendirmesinde olumsuz beyanlar bildirmesi olağandır ve bu durum aralarındaki ilişkinin iki yönlü olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda bakım vermenin sağlıklarına olumsuz etkisi olduğunu bildiren katılımcıların daha yüksek depresyon düzeyine ve daha yüksek bakım verme yüküne sahip oldukları bulunmuştur ($p<0,01$). Çalışmamızla benzer şekilde Dağdeviren'in evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmada bakım vermenin sağlığına olumsuz etkisi olduğunu düşünen katılımcıların bakım verme yükleri daha yüksek bulunmuştur (Dağdeviren, 2017). Literatür taramasında bakım vermenin bakım verenlerin öznel sağlık algılarına etkisi ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren çalışma bulunamamıştır. Bakım veren bireylerin bakım sürelerinin genellikle uzun olması, ne kadar süre bakım vereceğinin belirsizliği, bu süreçte bu bireylerin sosyal hayattan uzak kalması, yaşam kalitelerinin azalması ve bakımın gerektirdiği bedensel iş yükü gibi olumsuz durumlar bakım vericiler üzerinde stres ve strese bağlı sağlık sorunlarına neden olabilmektedir.

Uyku kalitesine göre bakım verenlerin depresyon ve bakım verme yükü düzeylerinin farklılaştığı bulunmuştur ($p<0,01$). Uyku kalitesini iyi olarak tanımlayan katılımcıların, orta ve kötü olarak tanımlayanlara göre; orta olarak tanımlayan

katılımcıların ise kötü olarak tanımlayanlara göre daha az depresif semptom gösterdikleri anlaşılmıştır. Bakım verme yükleri açısından gruplara bakıldığında ise kötü uyku kalitesi tanımlayanların iyi ve orta düzeyde uyku kalitesine sahip olduklarını belirtenlere göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip oldukları görülmektedir. Cengiz'in palyatif bakım servisinde yatan hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmada katılımcıların depresyon şiddeti arttıkça iyi uyku kalite oranının azaldığı bulunmuştur (Cengiz, 2020). Çetinkaya'nın inmeli hastaların bakım vericilerinde yaptığı araştırmada uyku kalitesinin bakım vermekten dolayı azaldığını belirten katılımcıların bakım yüklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çetinkaya, 2021). Literatürdeki diğer çalışmalarda da uyku bozukluğu ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Sarı ve ark., 2010; Valdimarsdóttir ve ark., 2004). Bakım veren bireylerde uykuya dalamama, uykunun bölünmesi, geç uyuma, erken uyanma, az uyuma, derin uykuya geçmekte zorluk sonucu uyku kalitesinde bozulma; bu bireylerde enerji azlığı, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, tolerans kaybı gibi fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklara yol açmakta, bakım verme yükü ve depresyon düzeylerinde artışa sebep olmaktadır.

Çalışmamızda tükenmişlik hissi yaşayan katılımcıların hem bakım yükleri hem de depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Kalınkara ve Kalaycı'nın yaşlılara evde bakım hizmeti veren bireylerde yapmış olduğu çalışmada bakım verme yükü ile tükenmişlik arasında güçlü bir ilişki bulunmuş, bakım yükü arttıkça tükenmişliğin arttığı saptanmıştır (Kalınkara ve Kalaycı, 2017.) Yine çalışmamızla benzer olarak Salamara ve ark.'nın yaşlı bireylerin bakım vericilerinde yaptığı çalışmada ve Yıldızhan ve ark.'nın alzheimerlı hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmada bakım yükü arttıkça tükenmişlik durumunun da arttığı ortaya konmuştur (Salamara ve ark., 2012; Yıldızhan ve ark., 2017). Tel ve Pınar'ın kronik ruhsal sorunlu hastalara bakım veren bireylerde yaptıkları çalışmada tükenmişlik ile depresyon arasında yakın ilişki bulunmuş ve tükenmişlik arttıkça depresyon açısından riskin de artacağı öngörülmüştür (Tel ve Pınar, 2013). Bakım veren bireylerde görülen duygusal ve bedensel tükenmişlik hissinin bakım verme yükünü ve depresyon düzeylerini artırması beklenen bir durumdur ve çalışmamız verileri ile uyumludur. Aynı şekilde bakım verme yükü ve depresif belirti düzeyleri şiddetli olan

hastaların tükenmişlik hissi yaşaması da olağandır ve bu durum aralarındaki ilişkinin çift yönlü olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda bakım verilen hastaların tam bağımlı olmasına sebep olan hastalık türlerinin katılımcıların depresyon düzeylerini etkilemediği ancak bakım verme yükü üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Senilite sebebi ile tam bağımlı olan hastaların bakım verenlerinin romatolojik hastalık, malignite, pulmoner hastalık ve SVO'lu hastaların bakım verenlerine göre ve nörodejeneratif hastalıklar sebebi ile tam bağımlı olan hastaların bakım verenlerinin malignite, pulmoner hastalık, SVO'lu hastaların bakım verenlerine göre daha yüksek düzeyde bakım yüküne sahip oldukları saptanmıştır. Demirbilek'in yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin yakınlarının rahatsızlıklarının bakım yükünü ve depresyon düzeyini etkilemediği bulunmuştur (Demirbilek, 2015). Literatür incelemesi yapıldığında çalışmaların çoğunun özelleşmiş hasta gruplarının bakım verenlerinde yapıldığı görülmektedir. Demirbilek'in çalışması ile çalışmamızın farklı olması bakım yükü ve depresyon düzeyi üzerinde birden çok faktörün etkili olduğunu düşündürmektedir. Senilite, nörodejeneratif hastalıklar gibi hastalıkların uzun süreli bakım gerektirmesi sebebi ile bakım verme yükünü artırdığı düşünmekteyiz ancak aralarındaki ilişkiyi belirleyebilmek adına daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmamızın birincil varsayımı olan bakım verme yükünün bakım verenlerde depresyon düzeyini açıkladığı hipotezini test etmek ve ilişkili diğer değişkenlerin yordayıcılığını belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Değişkenler ayrı olarak incelendiğinde cinsiyetin ($p<0,05$), bakım verilen ihtiyaç alanları sayısının ($p<0,01$), uyku kalitesinin ($p<0,01$) ve bakım verme yükünün ($p<0,01$) anlamlı yordayıcılar olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, bakım verenlerin bakım yüklerindeki artışın, uyku kalitesindeki azalmanın depresyon düzeyinde artışa neden olacağını, diğer yandan bakım verenin erkek olmasının ve bakım verilen ihtiyaç alanlarının sayısındaki artışın depresif semptomları azaltıcı etkiye sahip olacağını düşündürmektedir. Yapılan analizler sonucu bu değişkenlerin bakım verenlerin depresyon düzeyindeki farklılaşmanın %50'sini açıkladığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak evde sağlık hizmetlerinde kayıtlı hastaların bakım verenlerinde yaptığımız çalışmada kadın, ileri yaş grubunda, çalışmayan, hasta ile fazla vakit geçiren, bireysel sağlığını kötü olarak değerlendiren, uyku kalitesi kötü ve tükenmişlik hissedenden bakım vericilerin bakım yükü ve depresyon açısından risk altında olduğu görüldü. Bu bireyler başta olmak üzere tüm bakım vericilerin belli aralıklarla bakım yükü ve depresyon açısından taranması gerektiği kanaatindeyiz. Bakım sorumluluğunun paylaşılması ve bakım veren bireylere destek olunması adına evde sağlık uygulama kapsamının genişletilmesi, toplumsal destek hizmetlerinin geliştirilmesi, bakım verme konusunda ihtiyaç duyulan profesyonel desteğin sağlanması ve aile bireylerinin bakıma eşit katılması yararlı olacaktır. Ülkemizde bakım veren bireylerde bakım yükü ve depresyon düzeyleri ile aralarındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlı olup bu konuda daha kapsamlı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

6. KAYNAKLAR

Akça KN, Taşçı S. 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;14(Ek Sayı):30-36.

Aksayan S, Çimete G. Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri Olanakları ve Tercihleri. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı İstanbul; 1998.

Allender JA, Spradley BW. Clients in Home Health, Hospice, and Long Term Setting. Community Health Nursing Concepts and Practice, Lippincott; 2001, p:739-753.

Altun İ. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul; 1998, s:71-78.

American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians. Medical Management of the Home Care Patient, Guidelines for Physicians; 2007; p:1-5.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013; 5:160-161

Aranda S, Hayan WK. Home Care Givers Of The Person With Advanced Cancer. An Australian Perspective. Cancer Nursing. 2001; 24(4): 300-305.

Aşiret DG. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınların Bakım Yükü. Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Kapucu)

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(3):513-552.

Ateş E, Canyılmaz E, Çakır NG, Yurtsever C, Yöney A. Kanser Hastalarının ve Onlara Bakım Veren Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2018;18(1):61-67.

Ateş M, Taşdelen P. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012;9(3):22-28.

Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay O, Sayar GH. Evaluation of the relationship between caregiver burden, coping styles and levels of anxiety and depression in caregivers of old age patients. Fam Pract Palliat Care. 2017;2(3):38-44

Aydın D. Evde Bakım Hizmetleri. Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları, Ankara; 2005, s:20-34.

Baker K, Roberston N. Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging and Mental Health*. 2008;12(4):413-422

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.

Bilgili N. Yaşlı Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sosyal Sorunlar. 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Antalya; 2006, s:87-90.

Boyoglu R, Oktay S. Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumu. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2015;12(49):0-.

Cengiz T. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hastalara Primer Bakım Verenlerde Depresyon ve Uyku Kalitesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2020, Samsun (Danışman: Doç. Dr. M Çubukçu).

Cimete G. 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. Marmara Üniversitesi, İstanbul; 1998, s:1-41.

Cingil D, Gözüm S. Yaşlı Bireyler İçin Aile Üyeleri Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirme Envanteri'nin Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2008;1(1):5-18.

Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *J Contemp Med*. 2016;6(1):51-66.

Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2012;15(2):171-178.

Çetinkaya N. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin İncelenmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi E. Dönmez)

Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Hukuku*. 2004;12:109-120

Dağdeviren TS. Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2017, Ankara (Danışman: Doç. Dr. D. Sunay).

Day JR, Anderson RA. Compassion Fatigue: An Application of The Concept to Informal Caregivers of Family Members With Dementia. *Nursing Research and Practice*. 2011; 2011:408024.

Demirbilek S. Yatağa Bağımlı Olan Hastalara Bakım Veren Kişilerin Depresyon Düzeyi, Bakım Yükü ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Özdemir)

Demirsoy N. İstanbul kadı sicillerinden bir örnek Evde Bakım için bir başlangıç tarihi: 1766 tarihli bir belge. Türk Aile Hek Derg. 2017;21(2):66-73.

Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dilek Matbaası; Sivas, 1995.

Erkan, H, Altuntaş M. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalarda Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2019;19(3):591-601.

Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye'nin ruh sağlığı profili raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara; 1998.

Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2003;6:5-11.

Fredman L. Physicians and family caregivers: a model for partnership. In JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1993;270(12):1426-1427.

Gelmez Ö, Sanem Ö. Ailevileştirilen Bakımın Kürek Mahkûmları: Evde Bakım Uygulaması Kapsamında Bakım Veren Kadınların Deneyimleri. Fe Dergisi. 2015;7(2):59-71

Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home Care Across Europe: Current Structure and Future Challenges. World Health Organization, 2012

Given, CW, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. Research in nursing and health. 1992;15(4):271–283.

Gözüm S, Tan M. Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş ve Uygulamaları. Turkish Journal of Geriatrics. 2003;6(1),14-21.

Grunfeld, E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, Willan A, Viola R, Coristine M, Janz T, Glossop R. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. CMAJ: Canadian Medical Association journal. 2004;170(12):1795–1801.

Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 1989;7:13.

Hisli Sahin N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi. 1988;6(22):118-26.

Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016;19(2):171-86.

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

Kabullar G. Yaşlıya Bakım Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik Sendromu. İstanbul Aydın Üniversitesi Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi M Mete).

Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Prof. Dr. D Tengilimoğlu)

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

Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. Postgraduate medicine. 2000;108(7):119–123.

Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. Archives of women's mental health. 2004;7(2):133-148.

Koçak G. İnmeli Hastalara Bakım Vericilerin Yükü. İstanbul Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z Tülek)

Larsen LS. Effectiveness of acounseling intervention to asist family of cronically ill relatives. Journal of Psychosocial Nursing. 1998;36(8):26-32.

Montgomery RJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies. 1985;34(1):19–26.

Müftüoğlu F. Evde Bakım Hastalarına Bakmakla Yükümlü Bireylerin Duygudurumlarının Değerlendirilmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2021, İzmir (Danışman: Prof. Dr. K Öngel).

Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, Howland RH. The economic burden of treatment-resistant depression. Clin Ther. 2013;35(4):512-522.

Özer Ö, Şantaş F. Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bil Derg. 2012;3:96-103

Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı Sorunlarını Araştırma Dergisi. 2008;1:39-49

Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk-Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014;15:39-44.

Robinson MK. Family Caregiving: Who Provides The Care, and at What Cost?. Nursing Economics. 1997;15(5).

Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 01.02.2010, 3895 sayılı makam onayı.

Salamara RA, El-Soud FA. Caregiver burden from caring for impaired elderly: a cross-sectional study in rural Lower Egypt. Italian Journal of Public Health. 2012;9(4):8662-10.

Sarı D, Eşer I, Khorshid L. Kanser Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Uyku Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2010;26(1):1-10

Schulmerich SC. General Information, Home Health Care Administration. New York: Delmar Publ.;1996,12-9.

Soner S, Aykut S. Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;3(2):375-387.

Şahin ZA. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOA) Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü ve Depresyon Düzeyleri. Tıp Araştırmaları Dergisi; 2014;12(3):113-119

T.C. Resmi Gazete. Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik. 10 Mart 2005, sayı: 25751, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Tao H, McRoy S. Caring for and keeping the elderly in their homes. Chinese Nursing Research. 2015;2:31-34

Tel H, & Pınar SE. Investigation of Relationship in Between Burnout and Depression in Primary Caregivers of Chronic Mental Problem Patients. Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(3):145-152

Turan ÖS. Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, Ankara (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. A Kut).

Uğur Ö, Fadiloğlu ZÇ. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2012;1(2):53-58.

Valdimarsdóttir U, Helgason AR, Fürst CJ, Adolfsson J, Steineck G. Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety in widowhood: a nationwide follow-up. Palliat Med. 2004;18(5):432-443.

WHO Technical Report Series 898, Home-Based Long-Term Care. Report of a WHO Study Group World Health Organization, Geneva; 2000.

Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Major Depresif Bozukluğa Yaklaşım. Turkish Journal of Medicine and Primary Care. 2016;10(4):250-258.

Yasa AA. 13. Yüzyıl Selçuklu Konya'sında Eğitim Kurumları, Düşünen Siyaset. 2002;1:118-131.

Yaşar KE. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. AB TEMEL)

Yıldızhan E, Ören N, Erdoğan A. Burden of caregivers of Alzheimer's disease patients and relationship with burnout syndromes. The Journal of the European Psychiatric Association. 2017;(41):178-79.

Yılmaz M. Bir Aile Sağlık Merkezi Bölgesinde 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Huzurevinde Kalma Konusundaki Düşünce ve Tutumları. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2021 (Danışman: Prof. Dr. K ÖNGEL)

Yılmaz, M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanıılmaz D, Erdem S. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Derg. 2010;11(3):125-32.

Yiğit S. Evde Bakım Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Sakarya Üniversitesi İşletme Yönetim ve Organizasyon Ana Bilim Dalı Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004, Sakarya (Danışman: Doç. Dr. R Coşkun).

Yorulmaz M, Özata M, Küçükkendir H, Demirkıran M. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması: Konya İli ile İç Anadolu Bölgesi ve Türkiye Geneli Verilerinin Karşılaştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2013;4(8):1-13.

Zarit SH, Reeve KE, Back-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist. 1980;20:649-55.

Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu GE, Ülker E. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15:1

7. EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.04.2022-121229

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-121229-77
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

04.04.2022

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 18.03.2022 tarihli 77 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Evde Bakım Hizmeti Veren Kişilerin Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyleri İle Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu :BSR5R0F100 Pin Kodu :09812 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/ek-5783&eD=BSR5R0F100&eS=121229>
Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya Bilgi için: Yücel Demir
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629 Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr Telefon No: 2953129



EK-2: Bakım Veren Bilgi Formu

1. **Cinsiyetiniz?** 1. Kadın ☐ 2. Erkek ☐
2. **Yaşınız?**.....
3. **Medeni durumunuz?** 1.Evli ☐ 2.Bekar ☐ 3.Dul/ Boşanmış ☐
4. **Çocuğunuz var mı?** 1.Var ☐ (yazınız) 2.Yok ☐
5. **Eğitim durumunuz?** 1.Okur-yazar ☐ 2.Okur-yazar değil ☐
3.İlköğretim ☐ 4.Lise ☐ 5.Üniversite ☐
6. **Mesleğiniz?** 1.Ev hanımı ☐ 2.İşçi ☐ 3.Memur ☐ 4.Serbest ☐
5.Emekli ☐ 6.Diğer ☐
7. **Gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz?** 1.Gelir Giderden Az ☐
2.Gelir Gidere Eşit ☐ 3.Gelir Giderden Fazla ☐
8. **Alışkanlıklarınız?** *** 1.Yok ☐ 2.Sigara ☐ 3.Alkol ☐ 4.Diğer ☐
9. **Aile yapınız?** 1.Çekirdek ☐ 2.Geniş ☐
10. **Bakım verdiğiniz hastaya yakınlık dereceniz?** 1.Annem ☐ 2.Babam ☐
3.Kardeşim ☐ 4.Eşim ☐ 5. Kayınvalidem ☐ 6. Kayınpederim ☐
7.Diğer ☐
11. **Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz ?**.....
12. **Bir günde kaç saatinizi hastaya bakım vermek için ayırıyorsunuz?**.....
13. **Hastaya bakma nedeniniz?**
1.Ailevi sorumluluk ☐ 2.Duygusal bağlılık (sevgi,bağlılık) ☐
3.Bakacak kimse olmaması ☐ 4. Ekonomik nedenler ☐

14. Hastaya hangi alanlarda bakım veriyorsunuz?***

- 1.Beslenme ☐ 2.Yıkanma ☐ 3.Hareket ☐ 4.Tuvalet ihtiyacı ☐
5.Parasal işler ☐ 6.Tedavi ☐ 7.Diğer ☐ (yazınız)

15. Kendinizi hasta bakımı konusunda yeterli hissediyor musunuz?

- 1.Evet ☐ 2.Hayır ☐ 3.Bilmiyorum ☐

16. Bakım konusunda destek aldığınız başka birileri var mı?

- 1.Var ☐ 2.Yok ☐

*Cevabınız var ise yakınlık derecesi? **** 1.Evlat ☐ 2.Kardeş ☐

- 3.Gelinler ☐ 4.Akrabalar ☐ 5.Eş ☐ 6.Bakıcı ☐

17. Eğitim-danışmanlık gereği duyuyor musunuz?

- 1.Evet ☐ 2.Hayır ☐ 3.Bazen ☐ 4.Eğitim aldım ☐

18. Sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1.Çok kötü ☐ 2.Kötü ☐ 3.Orta ☐ 4.İyi ☐ 5.Çok iyi ☐

19. Hastaya bakım verdiğiniz süreçte sağlığınızın kötü etkilendiğini düşünüyor musunuz?

- 1.Evet ☐ 2.Hayır ☐

20. Sürekli tedavi gördüğünüz kronik bir hastalığınız var mı?

- 1.Yok ☐ 2.Var ☐ (yazınız)

21. Düzenli olarak kullandığınız ilaçlar var mı?

1. Yok ☐ 2. Var ☐ (yazınız)

22. Uyku kalitenizi nasıl tanımlarsınız? 1.İyi ☐ 2.Orta ☐ 3.Kötü ☐

23. Kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz?

- 1.Evet ☐ 2.Hayır ☐ 3.Bazen ☐

EK-3: Hasta Bilgi ornu

1. **Cinsiyeti?** 1. Kadın ☐ 2. Erkek ☐
2. **Yaşı?**.....
3. **Medeni durumu?** 1.Evli ☐ 2.Bekar ☐ 3.Dul/ Boşanmış ☐
4. **Eğitim durumu?** 1.Okur-yazar ☐ 2.Okur-yazar değil ☐
3.İlköğretim ☐ 4.Lise ☐ 5.Üniversite ya da lisans üstü ☐
5. **Mesleği?** 1.Ev hanımı ☐ 2.İşçi ☐ 3.Memur ☐ 4.Serbest ☐
5.Emekli ☐ 6.Diğer ☐
6. **Tam bağımlı olmasına sebep olan son hastalık? (Yazınız)**
.....

***** Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz**

EK-4: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

Bakım Verme Yüğü Ölçeği

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

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

11. Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 hiçbir zaman 1 nadiren 2 bazen 3 oldukça sık 4 hemen her zaman

22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 hiç 1 biraz 2 orta 3 oldukça 4 aşırı

EK-5: Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyordum gibi geliyor ve hep kendimi kaba hat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

ÖZGEÇMİŞ

Adı		Soyadı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-posta			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi		2018
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Araştırma görevlisi	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi		2019-2020
Araştırma görevlisi	Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi		2020-2021
Araştırma görevlisi	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi		2021-
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Zayıf	Orta