

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EVDE HASTA BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**



**EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARA BAKIM
VEREN BİREYLERİN YALNIZLIK DURUMLARI İLE
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Ayşe KOÇ ÖZBEK

Danışman
Doç. Dr. Birsen ALTAY

SAMSUN
2023

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

... / ... / 20...
Ayşe KOÇ ÖZBEK

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERİN YALNIZLIK DURUMLARI İLE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 28.04.2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 14

Tek kaynak oranı : % 2 çıkmıştır.

... / ... / 20...
Doç. Dr. Birsen ALTAY

ÖZET

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERİN YALNIZLIK DURUMLARI İLE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ayşe KOÇ ÖZBEK
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Evde Hasta Bakım Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans, Mayıs/2023
Danışman: Doç. Dr. Birsen ALTAY

Amaç: Bu araştırmada evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin yalnızlık durumları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ilişki arayıcı türde yapılan bu araştırmanın evrenini Şubat- Haziran 2022 tarihleri arasında bir ilçenin evde sağlık hizmetleri biriminden hizmet alan hastalara bakım veren 200 birey oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve dahil edilme kriterlerine uyan 181 bakım veren ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırma için etik kuruldan ve çalışmanın yapılacağı hastaneden izin alınmıştır. Araştırmanın verileri " Tanımlayıcı Bilgi Formu", "Psikolojik İyi Oluş Ölçeği" ve "De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği" kullanılarak yüzyüze toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 26 paket programı kullanılarak, Kolmogorov-Smirnov testi, Cronbach Alfa, Independent Sample t-testi, Tek Yönlü Varyans (Oneway ANOVA) analizi, Bonferroni testi, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %72.4'ünün kadın, %58.6'sının ilköğretim mezunu ve %86'sının bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Bakım verenlerin %91.7'sinin bakım verdikleri bireyle aynı evde yaşadığı, %66.9'unun bakım vermede destek aldıkları bulunmuştur. Yalnızlık ölçek puanının bakım verenlerin eğitim durumuna, çalışma durumuna, sağlıklarını değerlendirme durumuna, bakım verdikleri kişiyle aynı evde yaşama durumuna, bakım verdikleri süreye (yıl), bakım vermede destek alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Psikolojik İyi Oluş ölçeği puanının bakım verenlerin cinsiyetine, eğitim durumuna, çalışma durumuna, sağlıklarını değerlendirme durumuna, bakım verdikleri birey ile aynı evde yaşama durumuna, bakım verdikleri süreye (yıl) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmada Yalnızlık ölçek/alt boyut toplam puanları ile Psikolojik İyi Oluş Ölçek toplam puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışma sonucunda; bakım veren bireylerde yalnızlık arttıkça psikolojik iyi oluş düzeyinin azaldığı saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Bakım Veren, Yalnızlık, Psikolojik İyi Oluş, Evde Sağlık Hizmeti

ABSTRACT

STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND LONELINESS SITUATION OF THE PEOPLE WHO ARE CAREGIVER OF PATIENTS RECEIVING HOMECARE

Ayşe KOÇ ÖZBEK
Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies
Department of Home Health Care Nursing
Master, May/2023
Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Birsen ALTAY

Purpose: In this research, the relationship between psychological well-being and loneliness situation of the people who are caregiver of patients receiving homecare is aimed to be investigated.

Material & Method: The population of research, which was conducted in a descriptive relationship-seeking type, consisted of 200 individuals who provided care to patients receiving services from the home health services unit of a district between February and June 2022. The research was conducted with 181 caregivers who volunteered to participate in the study and met the inclusion criteria without selecting a sample. Permission for the study was obtained from the ethics committee and the hospital where the study would be conducted. Data of the research has been collected face to face by using "Form of Identifying Info", "Scale of Psychological Well-being" and "De Jong Gierveld Scale of Loneliness". In the evaluation of data, Kolmogorov-Smirnov test, Cronbach Alfa, Independent Sample t-test, Oneway ANOVA, Bonferroni test, Pearson correlation test were used within SPSS 26 packet program.

Results: It has been found out that 72.4% of the participants were women, 58.6% of them were primary school graduate, 86% of them are not working at a job. It has been also found out that 91.7% of participants are living in the same house with their patients, 66.9% of them have support about care giving. There has been a statistically meaningful difference ($p<0.05$) on caregivers' scores on loneliness scale according to their educational situations, working situations, evaluating their own health, living in the same house with their patients, situation about time of care-giving, having support on care-giving. There has also been a statistically meaningful difference ($p<0.05$) on caregivers' scores on psychological well-being scale according to their sexes, educational situations, working situations, evaluating their own health, living in the same house with their patients, situation about time of care-giving. At this research it has been found that there is a high level negative relationship ($p<0.05$) between total scores of psychological well-being scale and total subdimensional scores of loneliness scale.

Conclusion: As a result of the study, it has been found out that the lonelier the caregivers become the more their psychological well-being levels reduce.

Keywords: Caregiver, Loneliness, Psychological Well-being, Home care

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez yazım sürecinde ihtiyaç duyduğum her konuda her an ulaşabildiğim, deneyimlerinden, bilgi ve tecrübesinden faydalanmama imkan sağlayan, öğrencisi olmaktan onur duyduğum çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Birsen ALTAY'a,

Yüksek lisans eğitimi boyunca her öğrenciye sevgiyle kucak açan ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimi ile daima yol gösteren Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya, Sayın Dr.Öğr.Üyesi Nuran MUMCU'ya ve Sayın Dr.Öğr.Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU'na,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi, yüksek lisans eğitimim süresince de varlığıyla güç veren, daima destek olan, sonsuz sabır ve anlayışı ile motive olmamı sağlayan biricik eşim Salim ÖZBEK'e,

Her zorluğa rağmen herşeyin üstesinden gelebilecek gücü bulabildiğim için kendime ,

sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum...

Ayşe KOÇ ÖZBEK

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Evde Sağlık Hizmetleri.....	4
2.1.1. Dünya'da Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Süreci.....	5
2.1.2. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Süreci.....	6
2.1.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	7
2.1.4. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru	8
2.1.5. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler	8
2.1.6. Evde Sağlık Hizmetleri'nin Sık Verildiği Gruplar	9
2.1.7. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantaj ve Dezavantajları	10
2.1.8. Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması	11
2.1.9. Evde Sağlık Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları	11
2.2. Bakım Ve Bakım Verme Kavramları	12
2.2.1. Bakım Vermenin Olumlu ve Olumsuz Sonuçları	13
2.3. Yalnızlık Kavramı	15
2.4. Psikolojik İyi Oluş Kavramı.....	18
2.4.1. Pozitif Psikoloji	18
2.4.2. İyi Oluş Kavramı	19
2.4.3. Psikolojik İyi Oluş	20
2.5. Bakım Verenlerin Desteklenmesinde Hemşireliğin Önemi	24
3. MATERYAL VE METOD	26
3.1. Araştırmanın Şekli.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.5.1. Bağımlı Değişken	26
3.5.2. Bağımsız Değişken	26
3.6. Veri Toplama Araçları	27
3.6.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-1)	27
3.6.2. De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği (EK-2)	27
3.6.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği- PİÖÖ (EK-3)	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ	48
7. ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	50

EKLER.....	60
ÖZ GEÇMİŞ	68



SİMGELER VE KISALTMALAR

ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
WHO	: World Health Organization
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
PİÖÖ	: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
AARP	: American Association of Retired Persons



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2. 1.Psikolojik İyi Oluşun Temel Boyutları ve Teorik Temelleri	22
--	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2. 1. 2012-2017 yılları arasında Evde Sağlık Kapsamında Sunulan Hizmetler	9
Tablo 4. 1. Bakım Veren Bireye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler	30
Tablo 4. 2. Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 4. 3. Bakım Verilen Bireye İlişkin Bazı Özellikler	32
Tablo 4. 4. Yalnızlık Ölçeği ve PİÖÖ'nin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
Tablo 4. 5. Bakım Veren Bireye İlişkin Özelliklere Göre Yalnızlık Ölçek/Alt Boyut Puan Karşılaştırılması	33
Tablo 4. 6. Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özelliklere Göre Yalnızlık Ölçek/Alt Boyut Puan Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4. 7. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre PİÖÖ Puan Karşılaştırılması	37
Tablo 4. 8. Bakıma İlişkin Özelliklere Göre PİÖÖ Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4. 9. Yalnızlık Ölçek/Alt Boyut Puanları ve PİÖÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	40

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bilim ve teknolojinin hızla ilerlemesiyle birlikte, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık ve tıp alanlarında önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. Bu ilerlemelerle beraber, erken tanı-tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve yaşam standartının yükselmesi, hastalıklardan kaynaklı ölümleri azaltmaktadır. Bu sayede beklenen yaşam süresinde artış görülmektedir. Beklenen yaşam süresinin artmasıyla beraber kronik hastalık görülme sıklığında da artış olmaktadır. Kronik hastalığa sahip olup, yaşamı boyunca sürekli bakım ve tedavi ihtiyacı olan birey sayısının artması, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan toplumlarda ciddi bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (Akdemir vd., 2011). Yaşlı nüfusun ve kronik hastalık görülme sıklığının hızlı bir şekilde artması, bunlara bağlı komplikasyonların ortaya çıkması, sağlık hizmetlerindeki maliyetleri yükseltmektedir. Daha az maliyetli olması ve bakım için daha uygun bir ortam sunması, evde sağlık hizmetlerini (ESH) cazip kılmakta, hatta zorunlu hale getirmektedir (Uzan vd., 2018). ESH; hastanelere yapılan gereksiz başvuruları önemli derecede azaltmakta, sağlık maliyetlerinin düşmesine yardımcı olmakta, bu hizmetten faydalanan bireylerin konforunda ve yaşam kalitelerinde artış sağlamaktadır (Aslan vd., 2018). Evde sağlık hizmetinin ve hizmet sunan kurumların sayısının gittikçe artmasına rağmen dünyada ve Türkiye'de evde bakım hizmetini sıklıkla aile üyeleri vermektedir. Bu durum yalnızca ekonomik sebeplerden dolayı değil, sosyal ve geleneksel sebeplerden ailelerin, evde bakımı temel görevleri olarak görmelerinden kaynaklanmaktadır. (Yılmaz vd., 2010).

Bakım görevini üstlenmek, bireylerin sosyal statülerini bozabilecek önemli bir yaşam olayıdır ve bakım veren bireylerin yaşamlarında bir geçişe neden olmaktadır. Bireyin var olan veya arzuladığı sosyal ilişki ve etkileşimlerinde değişime neden olan ciddi yaşam geçişleri, yalnızlık duygusunun başlamasını hızlandırabilmektedir (Vasileiou vd., 2017). Yalnızlık, yaygın görülen, duygusal yönden sıkıntı veren, fiziksel ve zihinsel sağlığı olumsuz yönde etkileyen, sağlıksız yaşam şekliyle bağdaştırılan önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (Hawkley vd., 2010; Richard vd., 2017). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin vermeyenlere göre önemli ölçüde daha fazla yalnızlık bildirdiği açıklanmıştır (Peavy vd., 2022). Bakım verenlerde yalnızlık duygusu ile ilgili olarak Avrupa'da 50 yaş ve üstü bir aile üyesine bakım veren 3.633 kişiyle yapılan bir araştırmada, bakım verenlerin, bakım vermeyenlere

göre daha fazla yalnızlık duygusu bildirdiği açıklanmıştır. Bu durumun, bakıcının sosyal aktiviteler için daha az müsait olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir (Wagner ve Brandt, 2015). Bakım görevini üstlenmek, bakım verenler açısından çok boyutlu bir süreçtir. Saygı ve sevgi duyma, birine yardım ediyor olmanın verdiği doyum, yakınlık hissi ve bakım verme yeteneğini geliştirmesi gibi olumlu taraflarının yanı sıra, bakım verme durumu bakım verenler üzerinde yük ve stres oluşturması, bakım verenlerin sağlığını olumsuz yönde etkilemesi gibi pek çok zorluğa da sebep olabilmektedir (Özer, 2010; Aşiret ve Kapucu, 2012)

Bakım verme görevinin yoğun ve kronik bir durum olması, bakım veren bireylerin kendi hayatlarındaki diğer durumlarla bir araya geldiğinde bakım sürecini yönetmekte zorluk yaşamalarına, korku, suçluluk, çaresizlik gibi duygular yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşanılan bu duygular ise bakım veren bireylerin psikolojik iyi oluşunu olumsuz yönde etkilemektedir (Atagün vd., 2011). Psikolojik iyi oluşun ortaya çıkması için birey buna yönelik olarak kendini geliştirmeli, var olan kapasitesini arttırmalıdır. Bireyin kendisini geliştirmesi ise, diğer insanlarla ilişkiler kurması, yetkinliğini ve bağımsızlığını artırılmasıyla mümkün hale gelmektedir (Oymak, 2017).

Yapılan bir çalışmada bireylerdeki yalnızlık seviyesinin artmasının psikolojik iyi oluş düzeyini düşürdüğü bulunmuştur (Dağlı ve Gündüz, 2017). Bakım veren bireylerdeki yalnızlığın ayrıca, yaşam kalitesinde düşme ve psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Chukwuorji vd., 2016). Yiengprugsawan ve arkadaşları (2012) tarafından bakım verenler ile yapılan çalışmada arkadaşları ile daha az vakit geçiren bakım verenlerin yüksek psikolojik sıkıntı bildirdiği bulunmuştur. Literatüre bakıldığında evde bakım alan hastalara bakım veren bireylerin yalnızlık durumları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu nedenle bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin yalnızlık durumları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bu süreçte hemşireler, hastaların ve bakım veren bireylerin başetme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olarak hastalık sürecine ve değişen yaşam şartlarına uyumlarını kolaylaştırmalıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmada evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin yalnızlık durumları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- I. Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin yalnızlık durumuna etkisi var mıdır?
- II. Bakıma ilişkin özelliklerin bakım verenlerin yalnızlık durumuna etkisi var mıdır?
- III. Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin psikolojik iyi oluşlarına etkisi var mıdır?
- IV. Bakıma ilişkin özelliklerin bakım verenlerin psikolojik iyi oluşlarına etkisi var mıdır?
- V. Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin yalnızlık durumları ile psikolojik iyi oluşları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Sağlık Hizmetleri

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2005)'nin hazırlamış olduğu " Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik " te evde bakım hizmetinin tanımı, "Hekim önerileri doğrultusunda, hastalara, aileleriyle birlikte yaşadıkları ev ortamında, sağlık ekipleri tarafından fizyoterapi, rehabilitasyon ve ayrıca psikolojik tedavi dahil olmak üzere tıbbi gereksinimlerin karşılanması amacıyla sağlık ve bakım hizmetinin verilmesi" olarak açıklanmıştır (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2005). Başlangıçta " evde hasta bakımı " ifadesi kullanılmakta iken zamanla " evde bakım " kavramı kullanılmış, günümüzde ise "evde sağlık hizmetleri " şeklinde ifade edilmeye başlanmıştır (Aslan vd., 2018).

Sağlık Bakanlığı'nca 2015 yılında "Bağlı Kuruluşlar Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik" yayınlanmış ve burada evde sağlık hizmetleri kavramı kullanılmış olup bu kavramı; "Çeşitli hastalıklardan kaynaklı evde bakım ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere evinde, aile ortamında ya da yaşadıkları çevrelerinde muayene ve tetkik yapılmasına ilaveten tedavi, takip, inceleme, rehabilitasyon, tıbbi bakım ve araştırma hizmetleri ile beraber, hastalara ve aile üyelerine hem sosyal hem de psikolojik destek hizmeti sunulması " şeklinde tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015).

Günümüzde ESH, bakım evi ya da huzurevinin yerini alan, hastanelere yatış sıklığında ve kalış süresinde azalma sağlayarak hastane harcamalarını ve sağlık maliyetlerinin düşmesinde etkili olan, bireylerin yaşam kalitesinin ve saygınlığının yükseltilmesi ve korunmasını amaçlayan önleme, koruma ve destekleme, tetkik ve tedavi, rehabilite etme gibi önemli ve çeşitli içerikleri barındıran, akut ya da kısa süreli (30 günden az), kronik ya da uzun süreli (180 günden fazla), palyatif bakım ya da terminal dönem bakımı olarak sunulabilmektedir (WHO, 2004; Takahash vd., 2016; Chen vd., 2017). Kısa süreli sunulan evde sağlık hizmeti; medikal ve tıbbi hizmetleri içine almakla beraber çoğunlukla sağlık kuruluşundan taburcu olan bireyler toparlanana kadar- bu süre genelde 30 gün sunulmaktadır. Bu hizmetin temelinde medikal, tıbbi ve rehabilitasyon hizmetleri ile bireyin kısa bir sürede bir başkasına bağımlı olmadan yaşamını devam ettirebilmesini amaçlamaktadır. Uzun

sürekli sunulan evde sağlık hizmeti ise; medikal ve tıbbi hizmetlerin yanı sıra sosyal hizmetleri kapsayan, sosyal bakımın ağırlıklı olarak verildiği, altı aydan fazla süre evde bakım ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç olması durumunda sunulan hizmetleri içine almaktadır (Dinçer vd., 2017).

Evde sağlık hizmetlerinde ağırlıklı olarak hizmet sunulan grup, 65 yaş ve üstündeki, kronik uzun dönem bakım ihtiyacı olan yaşlı bireylerin yanında kronik hastalığı bulunan her yaştaki bireyler, çocuklar ve bebeklerden oluşmaktadır (Hisar ve Erdoğan, 2014).

2.1.1. Dünya'da Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Süreci

Dünyadaki çoğu ülke, kurum hizmetlerinin daha pahalı olması nedeniyle bunun yerine alternatif bir sağlık hizmeti olarak ESH'ne yönelmiştir (Bilge vd., 2014). ABD'nde evde sağlık hizmetlerini uygulamaya geçiren ilk kuruluşlardan biri 1796 yılında kurulmuş olan Boston Dispanseri' dir (Cimete, 1998). 1800'lü yıllara gelindiğinde sağlık alanındaki ilerlemelerin hız kazanmasıyla birlikte hastaneler daha fazla gelişmiş, pek çok sağlık hizmeti hastanelerde karşılanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastaların büyük çoğunluğuna ulaşılmasının yanı sıra, hemşireler tarafından evde bakım ve sağlık hizmeti sunulmuş, ayrıca aile bireylerine bu hizmetler konusunda eğitim verilerek hizmetin kalitesinde artma sağlanmıştır (Sezer vd., 2015).

İngiltere'de, ilk ziyaretçi hemşire uygulaması 1859 yılında William Rathbone öncülüğünde başlamıştır. Rathbone, bir hemşirenin evde eşine verdiği bakım hizmetinden etkilenerek bu hizmetten yoksul bireylerin de yarar sağlamaları amacıyla gönüllü ziyaretçi hemşirelik uygulamasını başlatmıştır. Liverpool 'da ise Mary Robinson, evde bakım hizmetini sunan ilk hemşiredir. Robinson, yaptığı ev ziyaretleri esnasında bakım hizmeti vermesinin yanı sıra aile üyelerine bakımla ilgili bilgiler vermiştir (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

Evde sağlık ve bakım hizmetinin öncülerilerinden biri olarak görülen Florence Nightingale, hastaların bakımından sorumlu olacak kadınlara özel olarak eğitim verilmesini tavsiye etmiş, 1862 yılında evde hastaların bakımını yapacak ziyaretçi hemşirelerin yetiştirilmesi amacıyla Liverpool'da ilk kez bir okul açılmasını sağlamıştır (Aksoy vd., 2015).

Hollanda evde bakım alanında örnek teşkil edecek ülkelerden biridir. 875 yılında Beyaz Haç kurumunun açılmasıyla evde bakım hizmetlerinin temeli resmi olarak atılmıştır. Bu alana yönelik eğitim alacak ilk kişileri yetiştirmek amacıyla 1899'da "Sosyal Hizmet Eğitim Enstitüsü" açılmıştır. 1978 yılında kurulan Ulusal Haç Derneği ile çok fazla sayıda kişiye hizmet verilmiştir. 1970'li yılların sonlarına gelindiğinde, dini kuruluşların yerine bu hizmet devlet tarafından sunulmaya başlanmış, ancak bu uygulama uzun sürmemiştir. 1993 yılında denetim ve finansmanının devlet elinde olması şartıyla evde bakım sunan kurumlar özelleştirilmiştir. 2007 yılında Sosyal Destek Yasası çıkarılarak bu hizmetler desteklenmiştir (Danış ve Solak, 2014). Hollanda'da evde sağlık; yaşam evleri, kar amacı taşımayan örgütler ve hemşire evleri aracılığıyla sağlanmaktadır (Wammers vd., 2014). "Buurtzorg Nederland" bu anlamda başarılı bir şekilde hizmet sunan hemşire evlerinden bir tanesidir (Gray vd., 2015).

Metropolitan Hayat Sigortası adındaki şirket 1909 tarihinde ev ortamında sunulan halk sağlığı hizmetleri için harcanan giderlerin taraflarınca karşılanacağını açıklamıştır. New York eyaletinde ilk kez Montefiore Hastanesi'nde evde sağlık ve bakım hizmeti sunan bir birim kurulmuş, hastane alt yapısıyla evde sağlık hizmeti verilmesini başlatmıştır. 1965'ten sonra ABD başta olmak üzere Avrupa'da bulunan pek çok ülke, evde verilen sağlık hizmetlerinin sosyal güvence kapsamına alınmasını sağlamış, bu şekilde oluşmaya başlayan ESH bugüne değin gelişip varlığını sürdürmeye devam etmiştir (Altuntaş vd., 2010).

2.1.2. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Süreci

Türkiye'de ilk kez resmi anlamda ev ziyareti kavramı 1931'de çıkarılan "Umumî Hıfzıssıhha Kanunu"nda yer almıştır. 1963 yılında hazırlanan "Birinci Kalkınma Planı" kapsamında ESH'nin teşkilatlandırılmasına yönelik yapılacak gelişmelere yer verilmiştir. ESH'nin, temelini oluşturan başlıca düzenleme ise, 2005 yılında çıkarılan ilk mevzuat, direkt olarak ve yalnızca evde bakım hizmetine yönelik oluşturulan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" olmuştur. 2010'da "Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yayınlanmıştır. 2015 yılına gelindiğinde ise "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" çıkarılmıştır (Özer ve Şantaş, 2012; Demirsoy, 2017). Yine 2015 yılında "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik"

çerçevesinde "SKS Evde Sağlık Seti" hazırlanmıştır. Bu setin hazırlanmasıyla beraber; yardımcı döküman, puanlama sistemi, standartlar ve rehberlik ifadeleri yanı sıra ESH'ne yönelik kaliteli bir yönetim şeklinin bütün öğelerini barındıran kapsamlı bir kaynak hazırlanması amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı (SB), 2015).

Sağlık Bakanlığının 25.04.2017 tarihinde aldığı kararla ESH ile alakalı işlerin koordine edilmesi görevini "Halk Sağlığı Daire Başkanlığı"ndan almış ve "Kamu Hastaneler Kurumu"na devretmiştir. Bireylerin tetkik, muayene, bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin ev ortamında ve ailesinin yanında sunulması, bireylere ve aile üyelerine psikososyal destek hizmetinin bütüncül şekilde verilmesi açısından bu yönde bir karar aldıkları belirtilmiştir (SB, 2017).

2.1.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Evde Sağlık Hizmetleri ile ilgili 2015 yılında çıkarılan yönetmelik ile ESH sunan birimler üç gruba ayrılmıştır. Bunlar T tipi hizmet birimleri, H tipi hizmet birimleri ve D tipi hizmet birimleridir.

T Tipi ESH sunan birimler: Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı kurulmuş olan birimlerdir. Bu birimde; ESH ile ilgili konularda eğitimi olan bir hekim, evde bakım veya yaşlı bakım teknikeri ile yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Yönerge kapsamında ESH sunulan hasta sayısının günlük on ve üstünde olması durumunda, en az bir adet T tipi birimin bulunması gerektiği açıklanmıştır.

H Tipi ESH sunan birimler: Hastane bünyesinde kurulmuş olan birimlerdir. T tipindeki hizmet birimlerinin karşılayamadığı; fizik tedavi, rehabilitasyon ve uzman hekimin yardımının gerekli olduğu hizmetler için oluşturulmuştur. T tipi hizmet birimleri ve koordinasyon merkeziyle işbirliği içerisinde çalışmaktadır. Bu birimde; ESH uygulamasında deneyim sahibi uzman hekim veya hekim, evde bakım veya yaşlı bakım teknikeri ile yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Ekip içerisine gerekli olduğu durumlarda; fizyoterapist sosyal çalışmacı, diyetisyen, sosyolog ya da farklı bir destek uzmanı ilave edilebilmektedir. Hastanelerin sınıflandırılmasına göre, A tipi, B tipi ve C tipi hastane olan yerlerde en az bir adet H tipi hizmet biriminin bulundurulması zorunlu tutulmuştur.

D Tipi ESH sunan birimler: Ağız- Diş Sağlığı Merkezi bünyesinde kurulmuş olan birimlerdir. Bu hizmet birimlerinde, bir tane diş hekimi, diş protez ya da ağız-

diş sağığı teknikeri yer almaktadır (T.C. Sağıık Bakanlığı Ve Bağıık Kuruluşları Tarafından Evde Sağıık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015).

2.1.4. Evde Sağıık Hizmetlerine Başvuru

Sağıık Bakanlığı bünyesinde hizmet sunan ESH sunumundan yararlanmak için, bireylerin 444 38 33 numaralı çağrı merkezini aramaları gerekmektedir. Öteki taraftan TSM ile aile hekimlikleri vasıtasıyla da başvuruda bulunulabilmekte, bu başvurularında ESH birimlerine yönlendirilmesi yapılmaktadır (KASDER, 2021). Başvuru yapıldıktan sonra koordinasyon merkezi tarafından ön değerlendirme yapılır ve hastanın yaşamakta olduğu bölgenin en yakınında bulunan hizmet birimine yönlendirme yapılır. Birimin hastayı ziyaret etmesi sonrasında, hastanın ESH kapsamına alınıp alınmadığı karara bağlanır. (Sağıık Bakanlığı ve Bağıık Kuruluşları Tarafından Evde Sağıık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015).

2.1.5. Evde Sağıık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler

Evde sağıık hizmeti sunan birimlerin asıl görevi hastalıkların tanısını koymak değil, öncesinde ilgili uzman hekim tarafından konulan tanı ve planlanmış tedavi kapsamında, bireyin yaşadığı ev ortamında;

- Muayene, tedavi, tahlil, tetkik, bakım hizmetleri ile rehabilitasyon hizmeti,
- Raporu bulunan ilaçların reçetesinin düzenlenmesi,
- Tıbbi malzemelerin ve cihazların kullanılmasına yönelik gerekli raporların çıkartılmasına yardım edilmesi,
- Hastaların ve ailelerinin evde hasta bakımı sürecindeki sorumlulukları, mevcut hastalıkla ilgili ve de bakım süreciyle ilgili bilgiler verilmesi, varsa evde kullanacağı tıbbi araç-gereç ve cihazların uygun ve doğru şekilde kullanmaları yönünde danışmanlık ve eğitim verilmesi gibi hizmetleri kapsar.

Diş hekimi tarafından;

- Ağız muayenesi, dişlerde ya da diş etlerinde enfeksiyon görölmesi durumunda tedavi edilmesi, özellikle çocuklara yönelik topikal florür uygulanması ve buna benzer korumaya yönelik uygulamalar,
- Hastalara ve ailelerine ağız hijyeniyle ilgili eğitimler verilmesi,
- Aspire etme riski bulunanlara mobil diş çekimi yapılması,
- Sabit restorasyana gereksinim olmayan total ve ya parsiyel protez, detertraj

- Önceden yapılmış protezlerin ve tedavilerin kontrolünün yapılması, kırıkların tamir edilmesi, protez vuruğunun tedavisi, kırık tamiri ve bu gibi uygulamaları içerir (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010).

Aslan ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları çalışmada Türkiye'deki evde sağlık hizmeti sunan birimlerin 2012-2017 yılları arasında sundukları hizmetlere ait veriler aşağıda tabloda yer almaktadır (Aslan vd., 2018).

Tablo 2. 1. 2012-2017 yılları arasında Evde Sağlık Kapsamında Sunulan Hizmetler

Hasta Muayenesi	3 563 826	Mesane Sonda Uygulaması	525 925
Eğitim Uygulamaları	1 438 282	Tetkik İçin Kan Alma	788 725
Fototerapi(4 saatlik)	1 143	Yara Pansumanı	1 471 351
Enjeksiyon	347 590	Fizik Tedavi Uygulamaları	60 400
Konsültasyon	372 132	Rehabilitasyon Uygulamaları	56 112
İntravenöz İlaç İnfüzyon	257 634	Psikiyatrik Uygulamalar	41 174

Tablo 2.1'de evde sağlık hizmeti sunan birimlerin en fazla sundukları hizmetlere yönelik veriler yer almaktadır. Bu uygulamaların yanı sıra başka çok sayıda uygulama da bulunmaktadır. Tablodaki veriler incelendiğinde hasta muayenesinden sonraki en çok yapılan uygulama yara pansumanıdır. Sonrasında ise; kan alma ve mesane sonda uygulama işlemlerinin diğer en sık yapılan işlemler olduğu görülmektedir. ESH ile yalnızca medikal anlamda destek sunulmamakta, bunun yanı sıra psikososyal yönden destek olunduğu, bireylere yönelik eğitim verildiği gözlenmektedir (Aslan vd., 2018).

2.1.6. Evde Sağlık Hizmetleri'nin Sık Verildiği Gruplar

Evde sağlık hizmetlerinde sisteme başvuruda bulunan ve hekimin onayıyla başvurusu kabul edilen hastalara hizmet sunmaktadır. ESH'nin sıklıkla verildiği hasta grupları şu şekildedir (Taç, 2014):

- ☐ Ev ortamında aile bireyleri ile ve ya tek başına yaşayan yaşlı, engelli, felçli, yatağa bağımlı durumda olan, yaşamını sürdürmede bir başkasına bağımlı olan, bakım ihtiyacı olan bireyler,
- ☐ KOAH gibi solunum sistemiyle ilgili hastalığı bulunan bireyler,
- ☐ Palyatif bakım ihtiyacı olanlar, terminal dönem hastaları,

- ☐ İleri düzeyde kas hastalığı bulunanlar,
- ☐ Fototerapiye ihtiyaç duyan yeni doğanlar,
- ☐ Nörolojik sistem hastalığı olanlar,
- ☐ Tedavisi evde devam ettirilmek suretiyle hastaneden taburcu edilen hastalar,
- ☐ Kısa bir süreliğine hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlar,
- ☐ Hipertansiyon ve Kalp damar hastalığı olanlar,
- ☐ Diyabet hastalığı olanlar,
- ☐ Yara bakımı, tedavi amacıyla enjeksiyon ve ya damar yolu açılması ihtiyacı olan hastalar,
- ☐ Bağışıklama amacıyla aşılama talebi olan hastalar,
- ☐ Laboratuvar testlerine ve tahlillerine ihtiyacı uygun görülen hastalar,
- ☐ Evde tıbbi cihaz ve ekipman ihtiyacı bulunan hastalar,
- ☐ Ağız ve diş sağlığına yönelik hizmetlere ihtiyacı bulunanlar,

Evde sağlık hizmeti sunulan hastalara bakıldığında çoğunluğunun ileri yaşta olduğu ve sıklıkla bu hastalarda sıklıkla, demans, demansa bağlı alzheimer, senilite tanılarının olduğu görülmektedir. Bazı araştırmalarda en sık görülen tanının serebrovasküler hastalık olduğu açıklanmıştır (Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2016).

2.1.7. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantaj ve Dezavantajları

Hastaların kendi ev ortamında sunulan; tedavi edici, koruyucu, tekrar sağlığına kavuşmasını sağlama gibi işlevleri bulunan ESH'nin bir çok yararı bulunmaktadır. Bu yararlar arasında, kaynakların etkin şekilde kullanılmasını sağlaması, sağlık maliyetlerinde düşüş sağlaması, sağlık kuruluşlarındaki yatak doluluğunu azaltması ve hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltması, zamanın kaliteli ve verimli kullanılmasını sağlaması, hastaların kendi ev ortamında kendilerine özgü bir bakım hizmeti oluşturulması ve uygulanması ile daha hızlı bir süreçte iyileşme sağlanması ve hastaların bulunduğu sosyal ortamdan uzaklaştırılmadan bakım hizmeti sunulması ile hastaların iyileşme süreci boyunca sosyal ve psikolojik açıdan destek almasını sağlaması sayılabilir (İncesu vd., 2014).

Dezavantajları ise; hastanelerdeki gibi sağlık personellerinin devamlı hastaların yanında olmaması hastalarda ve aile bireylerinde strese neden olmaktadır. Sağlık personelleri ile aile bireyleri arasında iletişim problemleri ortaya çıkmaktadır. ESH

verilmesi, bireylerin mevcut ev düzenlerinin değişmesine yol açacağından, kendilerini kötü hissetmelerine yol açmaktadır. Bilgilendirmelerin yetersiz olması durumunda aile bireyleri hastalara yanlış ilaç, egzersiz gibi uygulamalar yapabilmektedir. Sağlık personellerinin hastanenin dışında hizmet veriyor olmaları onların güvenliğinin sağlanmasını zorlaştırabilmektedir (Yılmaz vd., 2010).

2.1.8. Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması

Evde sağlık hizmeti verilen hastaların; tedavi ve bakımlarının sağlık personeli olmadan yapabilecekleri hale gelmeleri, iyileşmeleri, vefat etmeleri, ikamet yerinin değişmesi, hastaların kendisi ya da vasilerinin aldıkları hizmeti sonlandırmak istemeleri, hastaların ya da aile bireylerinin uyumsuz şekilde davranması ve tedaviyle ilgili yapılan önerileri dikkate almamaları durumunda sorumlu hekim kannatı ile sunulan hizmetten yarar sağlamayacağının düşünülmesi, hastanın veya aile bireylerinin hizmet sunan sağlık personelinin güvenliğini tehdit edecek davranışlar sergimeleri durumlarında hastanın ESH'i sonlandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015).

2.1.9. Evde Sağlık Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" yayınlanmış ve evde sağlık hemşiresinin görevleri ve sorumlulukları şu şekilde sıralanmıştır;

- a) Hekim tarafından yazılan ve imzalanan istemi alma, uygulama, yapılan uygulamaları ve sonuçlarını kayıt etme,
- b) Hastaya yapılan tüm uygulamalarda ekip üyelerine destek olma,
- c) Hastanın bakım planında yer alan işlemleri yapma, vital bulgulara bakma ve kayıt etme, değişiklik olması durumunda hekime bilgi verme,
- d) Hastanın tedavi planında yer alan ilaçları oral, parenteral ve ya haricen uygulama, uygulamayı kayıt etme, ilaçların etkisini ve yan etkisini gözlemleme, bunları kayıt etme,
- e) Hizmet sunumunda kullanılacak malzeme ve araç-gereçlerin istemini yapma, bunların çalışır durumda ve yeterli olduğuna dair görüş sunma,
- f) Araç-gereçler ve malzemelerin kullanımından sonra dezenfeksiyon ve temizliğini sağlama, gerekiyorsa sterilizasyon amacıyla hazırlama,

- g) Hastalara ve aile bireylerine, hastalık süreci, bakım ve tedavi ile ilgili konularda hekimle beraber bilgi verme,
- h) Hastalara ve aile bireylerine, gereksinimleri doğrultusunda, hastalığa özgü, kendi kendine ve ya yardım ile sunulacak bakım yöntemleriyle ilgili ve sağlık ile ilgili genel konularda eğitim verme,
- i) İşlem ve uygulamalarını etik kurallar çerçevesinde, hasta haklarını gözeterek yapma (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005).

2.2. Bakım Ve Bakım Verme Kavramları

Türk Dil Kurumu bakım kavramını; herhangi bir şeyin iyi halde kalmaya devam etmesi ve gelişmesi amacıyla verilen emek, bakma işi, bir kişinin beslenme, giyinme ve buna benzer gereksinimlerinin üstlenilmesi şeklinde açıklamaktadır (TDK, 2020).

Bakım verme yalnızca bir yardım türüyle sınırlı değildir, bunun yanı sıra fiziksel, emosyonel ve maddi anlamda destek olunmasını da içine almaktadır. Bakım vermenin; büyük ölçüde samimiyet ve sevginin artması, diğer insanlardan sosyal açıdan destek alma, bakım verme deneyimi ile hayatın anlamını bulma, özsaygıyı arttırması, bireysel gelişim, ilişkileri geliştirme ve doyum vermesi gibi çok sayıda olumlu katkısı olmasının yanı sıra pek çok zorluğun yaşanmasına da neden olabilmektedir (Akgül ve Özdemir, 2014; Rha vd., 2015; Yıldız vd., 2017).

Bakım verme; informal bakım ve formal bakım verme şeklinde iki başlıkta incelenmektedir. İnformal bakım verme kavramı; bakım ihtiyacı olan bir yakınına maddi karşılık beklentisi olmadan ihtiyaçlarını giderme, tıbbi bakım ve hizmetlerin koordinasyonunu sağlayan, çoğunlukla aile bireyleri, arkadaş ve akrabalar tarafından sunulan bakım olarak açıklanmaktadır. İnformal bakım hizmeti herhangi bir uzmanlığa gerek duyulmayan bir bakım türüdür (Gel ve Keskin, 2017). Formal bakım kavramı ise; ev ortamında ve ya kurumda profesyonel meslek elemanları tarafından sağlık bakım hizmeti verilmesi şeklinde açıklanmıştır. Ev ortamında formal bakım hizmeti sunucuları; hemşire, doktor, terapistler, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve evde bakım elemanlarıdır (Dağdeviren, 2017).

Uzayan yaşam süresi ve hastalıklardaki sağ kalım süresinde artış olması bakıma ihtiyacı olan birey sayısında artışa yol açmış, bu durum ise " bakım veren" kavramını gündeme getirmiştir (Karahana, 2013). Hastanın bakım rolünü birden fazla kişi üstlenebilir, ancak çoğunlukla bu kişilerden biri öncelikli olarak bakma görevini

üzerine almakta ve tıbbi ve psikososyal iyileşme sürecinde köprü görevi görmektedir. Bu kişilere birincil bakım veren kişilerdir. Birincil bakım vericiler çoğunlukla profesyonel olmayan kişilerdir ve hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde, sosyal, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasında birincil olarak sorumlu olan kişilerdir (Bakas vd., 2015).

İnformal bakım hizmeti, küresel olarak bakım hizmetinin karşılanmasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Çalışmalarda ABD'nde yaşayan informal bakım verici sayısının 44 milyon olduğu, toplam bakım hizmetini %80 oranında karşıladığı (AARP, 2014 akt. Bujnowska-Fedak ve Grata-Borkowska, 2015), buna benzer olarak Avrupa'daki bakım hizmetinin %80-90 civarında (Lecovich, 2008; Oğlak, 2008) informal şekilde aile tarafından karşılandığı saptanmıştır. Türkiye de yapılan araştırmalar da buna benzer sonuçlar göstermektedir (Holdsworth, 2015).

Evde sağlık hizmetinde, aile bireylerinin ve sağlık çalışanlarının etkili iletişim kurmasıyla birlikte, hastalar kendi bildikleri ve istedikleri ortamlarında tıbbi tedavisini sürdürebilmektedir. Hastaların özbakımlarını yerine getiren aile bireylerinin özverili şekilde çaba göstermesi, sunulan sağlık hizmetlerini destekleyerek, bu hizmetin önemli bir ayağını oluşturmaktadır (Aşiret ve Kapucu, 2012).

2.2.1. Bakım Vermenin Olumlu ve Olumsuz Sonuçları

Bakım verme süreci, bakım veren bireyler tarafından değişik şekillerde değerlendirilebilmektedir. Bir kısmı için zorunluluk olarak görülürken, bir kısmı ise en iyisi olması için çaba gösterilmesi gereken ve doyum verici bir süreç olarak görülmektedir (Yeşil, 2016).

Aile bireyleri tarafından sunulan bakım hizmeti, semptomlar ile baş edilebilmesi, hastaların işlevlerini sürdürebilmeleri amacıyla çevresinin düzenlenmesi, emosyonel, ekonomik ve manevi yönden destek olunması, özbakım ve tıbbi bakım gereksinimlerinin giderilmesi gibi pek çok alanda hizmet verilmesine gerektirmektedir. Bakım verenler, evliliklerinde ve aile ilişkilerinde zorluklar yaşaması, günlük yaşantısının kısıtlanması, roller arası çatışma yaşanması ve fiziksel sağlığında bozulma olması gibi pek çok yönden sorun yaşayabilmektedirler (Otis-Green ve Juarez, 2012; McDonald vd., 2017; Libert vd., 2017; Ulusoy ve Graessel, 2017; Payne vd., 2019).

Bakım veren bireylerin, hastaların gereksinimlerini karşılamaları ve kendi sağlıklarını geri plana atmaları sebebiyle önemli mental ve fiziksel sorunlarla karşı karşıya kalan gizli hastalar oldukları belirtilmektedir. Bakım verenler bireylerin fiziksel sağlığında bozulma olduğu, ölümlerinin bakım vermeyenlere göre daha erken olduğu bildirilmiştir (Travis vd., 2000). Kalıncara ve Kalaycı tarafından yapılan araştırmada bakım veren bireylerde; %49,8 oranında sosyal yaşamında ve aile ilişkilerinde bozulma olması %35,5 oranında fiziksel yük, %26,8 oranında kronik hastalık, %24,9 oranında sosyal yük, %15,7 oranında duygusal yük görüldüğü belirtilmiştir (Kalıncara ve Kalaycı, 2017). İnformal bakım verenler, sosyal ilişkilerden mahrum olmalarının yanı sıra , ailesi ve arkadaşlarının onların yaşadığı zorluklar konusunda bilgisiz olmaları ve empati kurmaya yönelik isteksiz olmaları nedeniyle var olan sosyal ilişkileri de doyum verici olmayabilir (Vasileiou vd., 2017).

Bakım veren bireyler; uyku sorunları, yorgunluk, yara iyileşmesinde gecikme, bağışıklığın azalması, insülin ve lipid düzeylerinin bozulması, kan basıncında yükselme, kalp-damar hastalıkları açısından riskli görülmektedir (Altuntaş vd., 2010). En sık görülen belirtiler arasında anksiyete ve stresin artması, aynı zamanda sosyal izolasyon, özbakım eksikliği, konsantrasyon bozukluğu, benlik saygısının azalması, depresyon ve ajitasyon durumları da görülebilmektedir (Dağdeviren, 2017). Bakım verenin çalışması durumunda, işe gidememe, iş yaşamında bölünme ve üretkenlikte azalma görüldüğü bildirilmiştir (Christakis, 2006).

Bakım verme durumunun olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmasının yanı sıra, olumlu etkileri de bulunmaktadır. Bazı bireyler bakım verme durumunu ödül olarak görmektedir. Hayatın anlamını bulma, yakınlığı arttırması, borcunu ödüyor olma hissi, sevgi ve samimiyeti arttırması, , bireysel gelişime yardımcı olması bu etkiler arasındadır (Dağdeviren, 2017).

Türk toplumunda aile ilişkilerine önem verilmektedir. Bu nedenle, hastasına bakma işi yüceltilen, takdir gören, bakım veren bireylerin vicdanını rahatlattığı için gurur duyulan sosyal bir davranıştır. Türk toplumunda aile bireyleri hastasına bakım vermeyi bir yük değil, sorumlulukları olduğunu düşünmektedirler (Taşdelen ve Ateş, 2012). Bu nedenle, bilhassa terminal dönemde olan hastaların bakımı evinde yapılmaktadır (Yılmaz vd., 2010). Bakım hizmetinin temelini geleneksel

yapıya dayanması sonucunda Türk toplumunda genellikle bakım verme işi kadınlar tarafından yapılmaktadır (Söğüt ve Dündar, 2017).

Bakım verme görevi bireylerde stres yarattığından, bakım veren bireyler sağlıklarıyla ve günlük hayatlarıyla ilgili olumsuz psikolojik, fizyolojik ve davranışsal sonuçlarla karşılaşır (Bevans ve Sternberg, 2012).

2.3. Yalnızlık Kavramı

İnsanların bütün yaşamları boyunca başka insanlarla iletişim ve etkileşim kurmaya ihtiyacı olduğundan, yalnızlık, tüm insanların yaşayabileceği varoluşsal bir problemdir (Galioğlu, 2014).

Altundağ (2013) yalnızlık kavramıyla ilgili olarak çok uzun zamandır çalışma yapıldığını aktarmıştır. Perlman, Peplau ve Peplau (1984) yalnızlığı, bireyin arzuladıkları sosyal ilişkileri ve mevcut sosyal ilişkilerinin farklılık göstermesi sonucunda yaşadıkları hoş gitmeyen bir duygu olarak açıklamıştır. Rogers (1994), yalnızlık durumunun, bireylerin başkalarıyla olan ilişkilerinin hiçbir şekilde gerçek olmadığını hissetmesi üzerine ortaya çıktığını belirtmiştir. Young (1982) ise yalnızlığı, kişilerarası ilişkilerin doyurucu olmaması ve ya algılanan yoksunlukla birlikte psikolojik zorlanma semptomlarının da görülmesi durumu olarak açıklamaktadır (Altundağ, 2013).

Yalnızlık, bilişsel, duygusal ve motivasyonel ölçümleri olan yaygın ve evrensel bir kavramdır (Galanaki, 2004). Yalnızlık hakkında yapılmış çalışmalarda, yalnızlığın, utangaçlık (Clark vd., 2015), benlik saygısında düşme (Świtaj vd., 2015), stres (Burke ve Segrin, 2014), sosyal yetersizlik (Zhang vd., 2014), duygusal destek eksikliği (Alkan, 2014; Stickley vd., 2015) , duygusal zeka seviyesinde düşme (Wols vd., 2015) ve umutsuzluk (Chang, vd., 2015) durumları ile ilişkisi saptanmıştır.

Yalnızlığın, zihin sağlığında bozulma, depresyon ve anksiyeteye yol açmasının yanında düşük refah düzeyi ile de ilişkisinin bulunduğu (Cacioppo vd., 2010; Courtin ve Knapp, 2017), fiziksel sağlığın daha kötüye gitmesinde olası bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Valtorta vd., 2016).

Yalnız bireyler; reddedilmişlik, sınırlı olma, özsaygının azalması, değersizlik, içine kapanıklık, dışlanmışlık, sevilmemeye gibi negatif duygular hissetmeleri nedeniyle etraflarındaki kişilerce olumsuz nitelendirildiklerini düşünerek toplumdan uzaklaşmaktadırlar (Akbaş vd., 2020).

Yalnızlık durumunun patolojik bir durum olduğunu belirten araştırmacıların yanı sıra, pozitif yönleri üzerinde duran araştırmacılar da mevcuttur. Yalnızlığın pozitif yanlarına dikkat çeken Eyüboğlu (2017) bu duygunun bireylere kendini gerçekleştirme, olgunluk ve ilham gibi kazanımlar sağladığını belirtmiştir (Altundağ, 2013).

Yaş, eğitim seviyesi, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve gelir düzeyi yalnızlık ile ilişkisi olan sosyodemografik özelliklerdir (Cohen-Mansfield vd., 2016).

Yalnızlık; duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık olarak ikiye ayrılmaktadır. Sosyal yalnızlık; sosyal ilişki ve arkadaşlık ilişkisinin bozulması ya da hiç olmaması, kendini toplumdan soyutlama ve kaynaşamama gibi nedenlerden dolayı görülmektedir. Yaşanan olaylara bakış açıları negatiftir ve geleceğe dair umutları yoktur. Sosyal yalnızlık içerisinde olan bireyler bıkkınlık ve yetersizlik algısına sahiptirler (Öz, 2010; Akgül, 2020). Duygusal yalnızlık ise; Eş, akraba ve aile bireyleri ile olan ilişkilerin güvenilir olmayışından dolayı boşlukta hissetme, ayrılık ve kaygı gibi duyguların görülmesine neden olmaktadır (Akgül, 2020).

Hastasına bakım vermek için arkadaş ilişkilerinden ve sosyal hayatından ödün veren bireyin eğlenmek ve dinlenmek için boş zamanı kalmamakta, giderek kendisini yalnız hissetmektedir (Dağdeviren, 2017). Yapılan bir araştırmada, bakım veren bireylerin %53'ünün sosyal ilişkilerinin azaldığı, %33'ünün komşularla olan ilişkisinin azaldığı, %32'sinin ise güncel konuları takip etmede zorlandığı saptanmıştır (Yeşil vd., 2016). Kalinkara ve Kalaycının (2017) yapmış oldukları çalışmada ise; bakım veren bireylerin %49,8'i bakım verme işinin sosyal ve aile yaşantısını olumsuz şekilde etkilediğini bildirmişler; ayrıca özgür olmalarının engellendiğini, zamanla toplumdan izole olduklarını belirtmişlerdir (Kalinkara ve Kalaycı, 2017).

Bakım veren bireyler yalnız ve ya izole olmuş hissedebilirler. Önceliklerinin bakım verdikleri kişiler olmasından dolayı arkadaşlarına ve ya ailedeki diğer bireylere yeterince vakit ayıramamaktadırlar. Pek çok bakım veren bakma görevini başka kimseyle paylaşamamakta, pek çoğu ise işinden ayrılmak mecburiyetinde kalmaktadır. Bakım sürecinin harcamaları arttırmasından dolayı çoğu bakım veren bireyin gelir düzeyi düşmekte, sosyal etkinliklere katılmaya maddi gücü elvermemektedir. Bu yüzden sosyalleşme durumları azalmakta, yalnız hissedebilmektedirler (Carers, 2015).

Bakım verenlerde yalnızlık ile ilgili yapılmış çalışmalar

Yalnızlık, yaygın ve önemli bir durum olması, sağlığa etkisinin olmasından dolayı pek çok araştırmaya konu edilmiştir (Hawkley ve Cacioppo, 2010). Bu yüzden yalnızlığın bütün topluma etki edebilecek önemli halk sağlığı sorunu olduğu belirtilmektedir (Andy, 2021).

Tekin tarafından 2018 yılında alzheimer tanısı olan hastalara bakım verenler ile yapılan araştırmada, bakım verenlerin yalnızlık puan ortalamasının $49,82 \pm 10,47$ olduğu saptanmış, ayrıca bakım veren bireylerin yoğun şekilde yalnızlık yaşadıkları açıklanmıştır (Tekin, 2018).

American Association of Retired Persons (AARP) yapmış olduğu çalışmasında ABD'deki bakım veren aile bireylerinin bakım vermeyenlere göre daha yüksek oranda yalnızlık bildirdiklerini belirtmiştir (Anderson & Thayer, 2018).

Ross ve diğerlerinin (2020) kanser tanısı olan hastalara bakım veren bireylerle yaptıkları çalışma sonuçlarına göre; bakım veren bireylerin hemen hemen üçte biri yüksek oranda yalnızlık bildirmişlerdir (Ross vd., 2020).

Victor ve diğerlerinin (2021) demans tanısı olan hastaya bakım veren bireylerde görülen yalnızlık sıklığının belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında; bakım veren bireylerin %43.7'si orta düzeyde yalnızlık, %17.7'si şiddetli yalnızlık yaşadıkları saptanmıştır (Victor vd., 2021).

Hajek ve diğerleri (2021) tarafından 12 adet çalışma dahil edilerek yapılmış sistematik çalışma sonucuna göre; informal bakım verme ile yüksek yalnızlık düzeyi arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Hajek vd., 2021).

Santos-Orlandi ve arkadaşları (2019) tarafından yaşlılara bakım veren yaşlı bireyler (60 yaş ve üstü) ile yapılan çalışmada bakım veren yaşlı bireylerin kendilerini yalnız hissettikleri saptanmıştır (Santos-Orlandi vd., 2019).

Huertas-Domingo ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre veriler bakıcıların önemli bir yüzdesinin yalnızlık algıladığını doğrulamaktadır (Huertas-Domingo vd., 2021).

Zhang ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %54.7'sinin orta veya yüksek düzeyde yalnızlık bildirmişlerdir (Zhang vd., 2021).

2.4. Psikolojik İyi Oluş Kavramı

2.4.1. Pozitif Psikoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tanımlamada sağlıklı bireyi yalnızca hastalığı olmayan birey şeklinde değil ruhsal, fiziksel ve sosyal yönlerden iyi durumda olması olarak açıklamıştır. Bu tanımlamada görüldüğü üzere bireyin yalnızca sorununun olmaması yeterli değildir, bunun yanısıra bireyin tüm yönlerden iyilik halinde olması gerekmektedir. Sorunlara odaklanan psikoloji kuramlarının odağında, bireyin mevcut hastalığının azaltılması veya ortadan kaldırılması için çabalayan hastalık modeli yer almaktadır (Hefferon ve Boniwell, 2014). Psikoloji biliminin tarihine bakıldığında; İkinci Dünya Savaşı öncesi rahatsızlığı olan bireylerin iyileştirilmesi, üstün yeteneği olanlarla ilgilenilmesi ve sağlıklı bireylerin iyilik hallerinin artırılması gibi belli işlevleri varken, İkinci Dünya Savaşı sırasında ortaya çıkan etkiler sonucunda yalnızca sorunu olan bireylerin iyileştirilmesine çaba harcanmıştır (Linley, 2009).

Gerek DSÖ tarafından sağlıklı birey yalnızca sorunu olmayan birey olarak görülmemesi, gerek psikoloji biliminin çalışma sahasının yalnızca sorunu olan bireyler olmamasının, gerekse toplumda yaşayan bireylerin çoğunluğunun sorunu olan birey sınıfında yer almaması gibi sebepler sonucunda, bireylerin güçlü yönlerine odaklanılması gerektiğini savunan bir yaklaşım oluşturulması kaçınılmaz hale gelmiştir. Günümüzde bu yaklaşım pozitif psikoloji şeklinde isimlendirilmiştir. Pozitif psikoloji pek çok farklı şekilde tanımlanmışsa da kısaca; bireylerin hayata bağlanmalarına, mevcut konumlarından daha iyi yerlere gelmelerine katkıda bulunan, neyin olumlu olduğuyla alakadar olan, bilimsel bir alan şeklinde açıklanabilmektedir (Peterson, 2000). Pozitif psikoloji yaklaşımı, bireylerin zayıf taraflarından ziyade güçlü taraflarına, sorunlarından ziyade sorun çözme gücüne odaklanmaktadır. Pozitif psikoloji yaklaşımı, hastalık modelinin aksine, DSÖ'nün sağlıklı birey tanımlamasına da uyan sağlıklı birey modelini odağına almıştır. Bu yaklaşıma göre, bireyin yalnızca sorunlarının azaltılması veya ortadan kaldırılması yeterli olmamakla birlikte, bireyin iyilik durumunun artırılması, gelişmesinin sağlanması, yaşamının daha kaliteli duruma getirilmesi önemsenmektedir. Yani bir birey yalnızca eksiden nötr duruma ilerleyen değil, artılara çıkmasını sağlayabilecek güçlü taraflarıyla var olmalıdır (Hefferon ve Boniwell, 2014).

Pozitif psikoloji akımıyla birlikte, bireylerin sorunlarına değil, onları neyin mutlu ettiği, olumlu düşünme, neşe ve hoşgörü gibi kavramlara odaklanılmıştır. Sorunların çözülmesinin yanı sıra diğer taraftan bireylere olumlu davranış kazandırılması da gerekli görülmektedir. Bahsi geçen bu durum kişisel gelişim tekniklerine bilimsel bir bakış açısı kazandıran pozitif psikolojinin konusu olmuştur (Akçay, 2011).

Pozitif psikoloji yaklaşımının liderlerinden biri olan Seligman, merkezine pozitif düşünme biçimini alarak eksik yönlerle ilgili çalışmaları bırakmış ve iyimserlik görüşü etrafında çalışma yapmaya yönelmiştir. Seligman, psikoloji alanında daha çok hastalıkların ön planda tutulduğunu, bireylerin olumlu özelliklerinin desteklenmesinin gerekli olduğunu belirtmiştir (Oymak, 2017).

Pozitif psikolojinin bireye bakış açısının hümanist psikoloji yaklaşımı ile paralel olduğu belirtilmektedir. Pozitif psikoloji bilimi, hümanist psikolojinin ele aldığı bireyin, kendini gerçekleştirme yönelik hangi kaynakları kullandığını araştırabilmekte, başarısız olduğu durumlar yerine başarabildiği şeyler üzerinde durarak bireyi pozitif bir bakış açısıyla incelemektedir (Demir ve Türk, 2020). Hümanist psikoloji yaklaşımı bireylere, kişisel anlamlandırmalarına, potansiyellerine ve fenomenolojik alanlarına dikkat çekerek, bireyleri aktif görür ve olumlu yönlerine değer gösterir (Hefferon ve Boniwell, 2014).

2.4.2. İyi Oluş Kavramı

Pozitif psikoloji kavramıyla beraber; yaşam kalitesi, iyilik hali, psikolojik iyi oluş, yaşam doyumu, öznel iyi oluş ve buna benzer pek çok pozitif konu ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Akdağ ve Çankaya, 2015).

İyi olma durumu, fiziksel ve zihinsel sağlığı bütünleştirmektedir. Bu da hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirmeye yönelik bütüncül bir bakış açısı ile sonuçlanmaktadır. İyi oluşun, bireyin hayatıyla ilgili hislerinin ve düşüncelerinin neler olduğunun, olumlu duygu durumu ve dayanıklılığının, ilişkilerindeki kalitenin, potansiyelini farketmesinin, genel olarak hayatından memnun olmasının birer göstergesi olduğu belirtilmektedir (Patnaik, 2021).

İyi oluş kavramının, psikoloji alanında hedonic (hazcı) ve eudaimonic (psikolojik işlevsellik) olarak iki farklı bakış açısıyla incelendiği görülmektedir (Sarı ve Çakır, 2016). Birbirinden farklı bu iki yaklaşım, psikolojik (eudaimonic) iyi oluş

ve öznel (hedonic) iyi oluş şeklide farklı iki yaklaşımın ortaya çıkmasını sağlamıştır (Gallagher, 2009). Bu iki yaklaşımın ortak amacı; toplumun ve bireylerin iyilik halinin ne tür nitelikler üzerine kurulduğunu açıklamaktır. İki yaklaşım birbiriyle örtüşüyor gibi dursa da önemli hususlarda birbirinden ayrılmaktadır (Ulu, 2018). Psikolojik iyi oluş, yaşamın anlamlı ve amaçlı bir şekilde sürdürülmesi, zor durumlarla karşı karşıya gelindiğinde mücadele edilmesi, varoluşsal sorgulamalar gibi konuları ele alırken; öznel iyi oluş ise, yaşamın niteliği ve kalitesi hakkında çalışmalar yapmaktadır (Göcen, 2013).

2.4.3. Psikolojik İyi Oluş

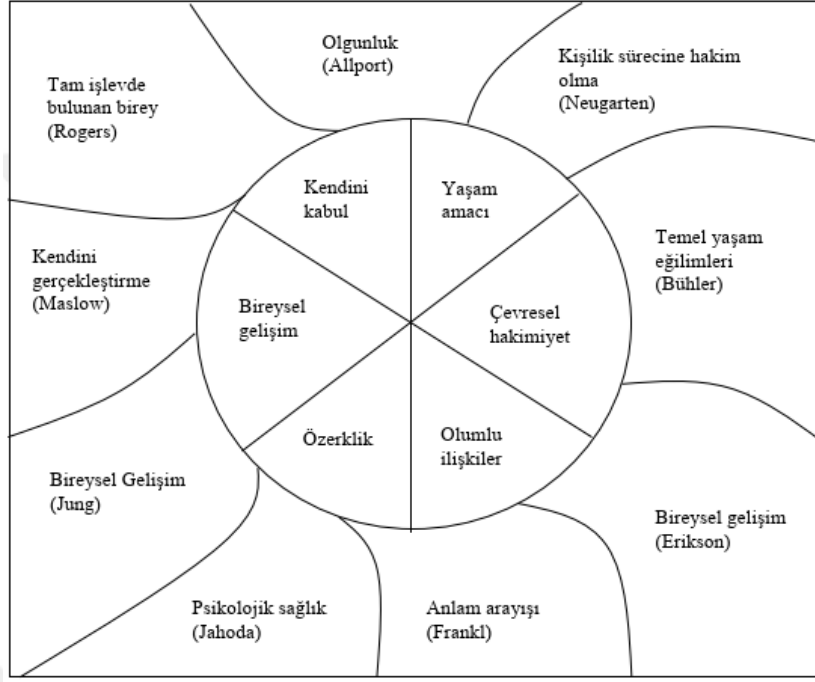
İyi oluş ile ilgili yapılan araştırmalar günümüzde psikoloji alanında yapılmış en önemli araştırmalardır ve bireyin kendi yaşamının daha sağlıklı ve daha iyi nasıl olacağı konusunda çözümü yine kendisinin bulmasına yönelik çabasının bir ürünü olduğu belirtilmektedir. Psikolojik iyi oluş, bireylerin bir bütün olduklarını, kendi iyilik hallerini koruma, geliştirme ve devam ettirmeye yönelik sorumluluk aldıkları bir yaşam tarzına vurgu yapmaktadır (Göcen, 2014). Psikolojik iyi oluşun, bireylerin sahip olduğu potansiyele ve bu potansiyel sayesinde kendini gerçekleştirmesine dayandığı belirtilmektedir. Psikolojik iyi oluş hali için, iyi hissetme veya sadece mutluluk yeterli olmamakta, bu mutluluğun içeriğinde amaçlı ve anlamlı bir yaşama sahip olma ve erdemli olma yer almaktadır (Hefferon - Boniwell, 2018). Psikolojik iyi oluş düzeyi yüksek olan bireylerde, kendini koşulsuz kabul, nitelikli kişilerarası ilişkiler kurma, hayatında anlamlı amaçlarının olması gibi özellikler bulunmaktadır (Deniz vd, 2017).

Psikolojik iyi oluş kavramını açıklayan pek çok araştırmacı bulunmaktadır. Bu araştırmacıların tamamı, bireylerin ruh sağlığının iyi olmasını göz önünde tutarak ve geliştirebilecekleri yönlerine odaklanarak açıklamalar yapmışlardır. (Oymak, 2017).

Bradburn, psikolojik iyi oluşun tanımını yapan ilk bilim insanlarından. Bradburn tanımında, hayatın içinde hem olumlu hem de olumsuz duyguların birlikte yer aldığını ve bireylerin mutlu hissetmesinin, olumsuz duygulardan ziyade daha sık olumlu duyguları deneyimlemeleriyle mümkün olabileceğini vurgulamıştır. Bradburn'un, psikolojik iyi oluş ile mutluluk kavramlarını eşit gördüğü belirtilmektedir. Olumlu psikolojik işlevsellik, bireylerin potansiyellerini kullanmasından, kişilerarası ilişkilerin kalitesine, sosyal yaşantının düzenlenmesi ve devam ettirilebilmesi gibi yaşantı için gerekli olan, uyum sağlamalarını kolaylaştıran

tüm işlevsel davranışları içermektedir. Psikolojik iyi oluş, olumlu işlevsellik durumundan beslenen pek çok boyutu olan bir yapıdır ve bu yapı; bireylerde gelişme ve değişme isteğinin olması, başarılı ilişkiler kurması, hayatın amacını ve anlamını bulabilmesi, hayata ve benliğine dair olumlu değerlendirme yapması, yaşantısına yön verme ve karar alma potansiyeline sahip olmasıyla açıklanmaktadır (Özyurt, 2020).

Ryff, Bradburn'un aksi yönünde bir tanımlama yaparak psikolojik iyi oluş kavramını; bireyin yaşantısındaki bütün duyguları içine alan, psikolojik işlevsellik olumlu olmasına ve yaşam doyumuna katkısı olan pek çok yönü ve boyutu olduğunu belirterek yalnızca mutluluk hali ile açıklanmasının yeterli olmadığını, mutluluğun esas amaç değil, iyi bir yaşantı sonucu oluşabileceğini vurgulamıştır (Özyurt, 2020). Ryff, iyi oluş kavramıyla ilgili yapılan mevcut açıklamaların yetersiz olduğunu belirterek "Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Modelini" oluşturmuştur. Ryff'in oluşturduğu bu modelde bireyin, mükemmel olana ulaşmaya çalışması ve var olan potansiyelinin farkına vararak bu potansiyeli en iyi şekilde ortaya çıkarabilmesi için çaba göstermesinin gerekli olduğu belirtilmektedir (Akın ve Akın, 2015). Ryff tarafından oluşturulan psikolojik iyi oluş modeli temel olarak; özerklik, kendini kabul, yaşam amacı, başkalarıyla olumlu ilişkiler, bireysel gelişim ve çevresel hâkimiyet olarak altı alt boyuttan oluşmaktadır (Ryff, 1995). Ryff bu altı alt boyutu oluştururken psikoloji alanında önemli yeri olan kişilerin (Rogers, Allport, Maslow, Erikson gibi) psikolojik işlevsellik hakkındaki düşüncelerini temel aldığını belirtilmiştir (Beydoğan Tangör ve Curun, 2016).



Şekil 2. 1. Psikolojik İyi Oluşun Temel Boyutları ve Teorik Temelleri (Ryff ve Singer, 2008)

Psikolojik İyi Oluş Modelinin Alt Boyutları

Kendini kabul

Kendini kabul, benliğin hoş olmayan ve karmaşık bireysel özelliklere maruz kalırken, bireyin kendine saygı duymasısıdır. Ruhsal açıdan sağlıklı olan bireyler, tüm hayatı boyunca sahip oldukları olumlu ve olumsuz niteliklerini tüm yönleriyle kabullenmektedirler (Keyes, 2015; Keyes ve Martin, 2017). Kendini kabul etme konusunda başarılı olan bireyler geçmişte yapmış oldukları hataları kabullenmekte, bunlardan ders çıkarabilmekte ve kendilerine yönelik pozitif bir tutum içerisinde olmaktadır. Başarılı olamayanlar ise, devamlı kendileriyle ilgili negatif düşüncelere sahip olmakta, gelecek yaşantısı konusunda kaygı duymaktadırlar. Kendileriyle ilgili olumlu düşünceleri olmayan bu bireyler kendi niteliklerine de güven duymamaktadırlar. Bunun sonucunda da daima sahip olduklarından çok daha iyisini arzulamaktadırlar (Eroğlu, 2013).

Yaşam amacı

Bireylerin yaşamlarının bir amacı olduğuyla ilgili inancıdır (Keyes ve Martin, 2017). Yaşam amacı, bireyin hayattaki misyonunu bulması, kendi yaşamına dair seçimlerinde güçlü niyetlere ve bir kimliğe sahip olması olarak açıklanmaktadır (Moneta, 2014).

Çevresel Hakimiyet

Bireyin yaşantısında kendi için uygun olan yeri ve ortamı seçebilmesi, dış olanakları olumlu şekilde değerlendirmesi, çevresinde bulunan kendisine yararı olacak şeylerden faydalanmaya çalışması bireyde çevresel hakimiyet olduğunun göstergesidir. Çevresel hakimiyet doğru bir şekilde ortaya çıktığında bireylerin hayatlarına, psikolojik ve fiziksel sağlıklarına pozitif yönde etkisi olmaktadır (Ayer, 2016). Çevresel hakimiyeti bulunmayan bireyler çevreleriyle ilgili kontrol sahibi değillerdir. Bu bireyler yaşamları boyunca çevreleri konusunda sorunlar yaşamakta, çevrelerinde gelişen olayları kontrol altında tutamamakta ve karşı karşıya kaldıkları durumlar karşısında pek çok farklı sorun yaşamaktadırlar (Uyar, 2019).

Olumlu ilişkiler

Çevresindeki kişilerle ilişki kurabilen, bu kişilerle belli konular hakkında konuşup fikir öne sürebilen bireylerin olumlu ilişkiler kurabildiği belirtilmektedir. Başkalarıyla olumlu ilişkiler kurma konusunda güçlük çeken bireylerin başarılı ilişki yaşayamadığı, istememelerine rağmen yalnızlık yaşadıkları, iletişim kurabilecekleri kişi sayısının az olduğu bilinmektedir (Uyar, 2019).

Özerklik

Özerklik, sosyal zorlamalara dayanma kabiliyeti ile başka kişilerin normlarına bağlı kalmadan davranışlarını düzenleyebilme kapasitesi şeklinde açıklanmaktadır (Keyes ve Martin, 2017). Özerklik, bireyin kendi kararlarını verebilmesi ve karar alma konusunda kendisine güvenmesi şeklinde ifade edilmektedir (Akın vd., 2015). Bireylerin özerklik düzeyi değiştikçe sosyal normlara olan yaklaşımları da değişiklik göstermektedir. Özerklik düzeyi yüksek olan bireyler davranışlarında sosyal normlara dikkat etmemekte, başkalarının onlarla ilgili düşüncelerini önemsememektedirler. Özerklik düzeyi düşük olan bireyler ise, sosyal normlara uymak zorunda olduklarını hissetmektedirler. Bu bireyler fiillerinde başkalarının fikirlerini ve ne düşüneceklerini önemsemektedirler (Uyar, 2019).

Bireysel gelişim

Bireylerin kendi potansiyellerini tamamlamaları, beceri ve bilgilerini geliştirdiklerine dair öznel algıdır (Keyes ve Martin, 2017). Bireysel gelişim, bireylerin daima yeni sorunlarla yüz yüze gelmeye istekli olması, potansiyelini ve

kabiliyetini iletmesi ve yeni deneyimler yaşamaya açık olması şeklinde ifade edilmektedir (Moneta, 2014).

Bakım Verenlerde Psikolojik İyi Oluş İle İlgili Yapılmış Çalışmalar

Bakım verenlerle yapılan 81 çalışmanın dahil edildiği sistematik bir incelemede bakım verme durumunun olumsuz taraflarını ele alan pek çok çalışma olduğu, olumlu iyilik hali ve psikolojik iyi oluşun önemsenmediği bulunmuştur (Lindeza vd., 2020).

Psikolojik iyi oluşun incelendiği bir çalışmada, psikolojik iyi oluş ve yalnızlık arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Dağlı ve Gündüz, 2017).

Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada, psikolojik iyi oluşun yalnızlık durumundan etkilendiği saptanmış, yaşlı bireylerin kişilik yapılarının ve sağlık durumlarının değişmesine paralel olarak sosyal ilişkilerde azalma olması ve beraberinde yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşamlarının psikolojik iyi oluşları üzerine etkisinin olduğu bulunmuştur (Wu ve Zhang, 2011).

2022 yılında alzheimer hastalığı olan yaşlı yetişkinlerin bakım verenlerine uygulanan psikolojik ilk yardım ve eğitim programının psikolojik iyi oluş ve stres düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada bakım verenlere alzheimer hastalığı hakkında bilgi ve onlara nasıl bakılacağına ilişkin oturumlar ile bakımla ilgili oturumlardan oluşan bir program uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, bakım verenlerin incelenen psikolojik iyi oluş hali puanlarının çalışma programı uygulanmadan önce $35,96 \pm 9,143$ iken, çalışma programı uygulandıktan sonra istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir şekilde $40,71 \pm 4,785$ 'e yükseldiği saptanmıştır (Shoukr vd., 2022).

2.5. Bakım Verenlerin Desteklenmesinde Hemşireliğin Önemi

Aile üyelerinden oluşan bakım verenler, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde pek çok birey için temel bakım kaynağı olarak görülmektedir (OECD, 2019). Aile üyeleri tarafından aralıksız olarak sürdürülen bakım görevinin, bakım verenlerin duygusal ve fiziksel sağlıklarına olumsuz etkileri olduğu açıklanmaktadır (Liu vd., 2020). Bakım verenler, bakım verdikleri süre boyunca diğer aile üyelerinden veya çevrelerinde bulunan kişilerden destek göremediklerinde yaşadıkları problemlerin çözümü için profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Küçükgüçlü vd., 2017). Tüm dünyada hasta bakımının niteliği farklı olmakla

birlikte, bakım sürecinde aile bireylerinin sorumluluklarının yer aldığı bir bölüm bulunmaktadır (Özyeşil ve ark., 2014).

Hemşireler hasta bireylere olduğu kadar onların bakım verenlerine karşı da duyarlı davranmalıdır. Bakım verenlerin yaşadıkları sorunların farkında olmalı, onları destekleyecek bir tutum içerisinde olmalı, bakım verenlerin hem hastalık hem de bakım verme sürecinde oluşabilecek değişikliklere uyumunu kolaylaştırmalıdır. Bu sayede sunulan bakımın kalitesi artacak, hastanın, bakım verenlerin ve diğer aile bireylerinin de sağlığının iyileşmesi ve yaşam kalitelerinin artması sağlanacaktır (Gel ve Kesgin, 2017).

Hastaların bakımındaki başlıca hedefler; hastanın özbakımını sağlama, destekleyici çevre oluşturma, fonksiyonlarını arttırma, günlük yaşamsal aktivitelerini yerine getirmesini sağlama veya destek olma, hastada ortaya çıkabilecek gerilemelerin minimum seviyede olmasını sağlama, benlik saygısının korunması ve zihinsel becerilerinin en üst düzeyde tutulmasıdır. Hemşireler, bu hedeflere ulaşmak amacıyla hasta ve aile üyelerine gereken bakım hizmetini sağlamalıdır. Bu hizmetler; bakım verenlere danışmanlık ve eğitim hizmeti, hasta ve aile üyelerine bütüncül bir hizmet verilmesi, ailelere gereken kaynakları kullanmalarına yönelik rehberlik gibi hizmetler olabilmektedir (O'Connell vd., 2013).

Sağlık profesyonelleri arasında kilit bir konumda olan ve esas görevi bakım vermek olan hemşireler sahip olduğu eğitici, danışmanlık, tedavi edici, araştırmacı ve savunucu rolleri ile hastalara hizmet sunarken onların bakım verenlerini de içerecek şekilde durum tespiti yapmalı, bu tespitler doğrultusunda kaliteli ve sürekli bir bakım sunmak için yapıcı müdahaleler oluşturmalıdır (Akyar ve Akdemir, 2009).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Bu araştırma Şubat- Haziran 2022 tarihleri arasında Sinop ilinin Gerze ilçesinde bulunan Gerze Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri'nden hizmet alan hastaların bakım verenleri ile yapılmıştır. Bakım verenlere ev ziyaretleri düzenlenerek yüzyüze anket uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Şubat- Haziran 2022 tarihleri arasında Gerze Devlet Hastanesi ESH birimine kayıtlı 200 hastanın bakım verenleri oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 181 bakım veren ile çalışma tamamlanarak evrenin %90.5'ine ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Evde sağlık hizmetlerinden faydalanyor olmak
- Primer bakım veren olmak
- İletişim kurmayı engelleyecek fiziksel veya psikolojik engeli bulunmamak

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişken

Yalnızlık ve Psikolojik İyi Oluş bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.5.2. Bağımsız Değişken

Bakım verenlere ve bakım verilen bireylere ait sosyodemografik özellikler ile bakıma ilişkin özellikler (bakım verilen bireye yakınlık derecesi, bakım verilen bireyle aynı evde yaşama durumu, bakım verilen süre (yıl), bakımda destek alma durumu) bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından oluşturulan "Tanımlayıcı Bilgi Formu" (EK-1), "De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği" (EK-2) ve "Psikolojik İyi Oluş Ölçeği-PİÖÖ" (EK-3) kullanılmıştır. Veriler, bakım verenlere ev ziyaretleri yapılarak yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-1)

Tanımlayıcı Bilgi Formu araştırmacılar tarafından ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuş olup içerisinde toplam 22 soru bulunan bir formdur. İlk 12 soru bakım veren bireylerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk durumu, meslek, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, aile tipi, konut tipi, kendi sağlığını değerlendirme durumu), 13- 17 arası sorular bakıma ilişkin özellikleri (bakım verilen bireye yakınlık derecesi, bakım verilen bireyle aynı evde yaşama durumu, bakım verilen süre (yıl), bakımda destek alma durumu), 17-22 arası sorular bakım verilen bireye ilişkin özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ESH almasına sebep olan hastalığı) belirlemeye yönelik oluşturulmuştur (Yeşil vd., 2016; Dağdeviren, 2017; Gel ve Keskin, 2017; Yıldız vd., 2017).

3.6.2. De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği (EK-2)

Ölçek De Jong Gierveld ve Kamphuis (1985) tarafından yalnızlık düzeyinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek yalnızlığı, sosyal ve duygusal yalnızlık olarak iki boyutta ölçmektedir (De Jong Gierveld ve Tilburg, 2010). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çavdar ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmış olup Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı 0,873 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı 0,93 bulunmuştur. Ölçeğin yalnızlık düzeyini ölçmek için güvenilir olduğu saptanmıştır (Çavdar vd., 2015). Toplam 11 maddeden oluşan ölçekte 3, 6, 8, 9, 11 numaralı maddeler sosyal yalnızlık düzeyini; 1, 2, 4, 5, 7, 10 numaralı maddeler duygusal yalnızlık düzeyini ölçmektedir. Ölçekte yer alan her maddenin puanlanması Hiç uygun değil (1), Uygun değil (2), Uygun (3), Çok uygun (4) şeklinde yapılmaktadır. Sosyal yalnızlık boyutu ile ilgili maddeler ters kodlanarak puanlar hesaplanmalıdır. Ters kodlamadan sonra, hiç uygun değil (0) ve uygun değil (0); uygun (1) ve çok uygun (1) olacak şekilde yeniden bir kodlama yapıldığında toplam 11 puan üzerinden bir puana ulaşılacaktır. Bu puanlama sonucunda puanı 0,

1, 2 olanlar yalnız değil, 3-8 arası olanlar orta düzeyde yalnız, 9-10 olanlar ciddi derecede yalnız ve puanı 11 olanlar çok ciddi derecede yalnız şeklinde değerlendirilmektedir (Çavdar vd., 2015; Gierveld ve Tilburg, 2010).

3.6.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği- PİÖÖ (EK-3)

Diener ve arkadaşları (2010)'nın geliştirdiği ölçek Telef (2011; 2013) tarafından Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,80 bulunmuştur. Bu araştırmada Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Ölçekte toplam 8 madde bulunmaktadır. Ölçeğin maddeleri 1-7 arasında puanlanmaktadır (Kesinlikle katılmıyorum (1), Kesinlikle katılıyorum (7)). Ölçekten 8-56 arasında puan alınmakta olup, puan arttıkça psikolojik iyi oluş artmaktadır (Telef, 2011; Telef, 2013; Diener vd., 2010).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Bütün veriler bilgisayarda SPSS (statistical package for social sciences) 26 programında değerlendirilmiştir. Dağılımın normalliğine karar vermek için Kolmogorov-Smirnov testinden faydalanılmıştır. Verilerin çarpıklık-basıklık katsayıları $\pm 2,0$ arasında olduğundan (George ve Mallery, 2010), normal kabul edilmiştir.

Normal dağılım gösteren verilerde, bağımsız iki grup karşılaştırılırken t-testi (Independent sample t-testi), ilişkisiz ikiden fazla grup karşılaştırılırken Tek yönlü Varyans (Oneway ANOVA) analizi ve farkın kaynağını belirlemek için, post-hoc analizi için varyansların homojen olduğu durumlarda Bonferroni testi, homojen olmadığı durumlarda Tamhane's testi kullanılmıştır. Varyansın homojenliği Levene istatistiği ile belirlenmiş ve varyansların homojen olup olmadığı belirlenmiştir.

Elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında 0.05 anlamlılık düzeyi ölçüt olarak kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 22.10.2021 ve 2021-790 numaralı kararı ile etik kurul onayı alınarak yapılmıştır (Ek-4). Ayrıca araştırmanın yapılacağı hastaneden ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay alınmıştır (Ek-5). Yalnızlık Ölçeği'ni kullanabilmek

Çavdar'dan (Ek-6) , Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'ni kullanabilmek için Telef'den (Ek-7) izin alınmıştır. Çalışmaya katılmaları için bakım veren bireylerden izin alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları yalnızca çalışma yapılan gruba genellenebilir. Araştırmanın sınırlılığı yalnızca Gerze ilçesinde evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenleriyle yapılmasıdır.



4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Bakım Veren Bireye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Değişkenler		n	%
Yaş	0-34	8	4.5
	35-44	27	14.9
	45-54	52	28.7
	55-+	94	51.9
Cinsiyet	Kadın	131	72.4
	Erkek	50	27.6
Medeni Durum	Evli	147	81.2
	Bekar	34	18.8
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	14	7.8
	İlkokul	106	58.6
	Ortaokul	19	10.4
	Lise	20	11.0
	Üniversite	22	12.2
Çocuk Durumu	Var	151	83.4
	Yok	30	16.6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	24	13.3
	Çalışmıyor	157	86.7
Gelir Durumu	Gelir giderimden az	76	42.0
	Gelire gidere eşit	87	48.1
	Gelir giderden fazla	18	9.9
Sosyal Güvence	Var	163	90.1
	Yok	18	9.9
Aile Tipi	Geniş aile	114	63.0
	Çekirdek aile	67	37.0
Konut Tipi	Apartman dairesi	106	58.6
	Müstakil ev	75	41.4
Kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği	İyi	69	38.1
	Orta	74	40.9
	Kötü	38	21.0

Tablo 4.1’de katılımcıların %51.9’nun yaş ortalaması 55 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %72.4’ü kadın, %81.2’si evlidir. Katılımcıların %7.8’i okuryazar değildir. %58.6’sının eğitim durumu ilkök, %12.2’sinin eğitim durumu üniversite olup %83.4’ünün çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %86.7’si çalışmamaktadır

ve %42'sinin geliri giderinden azdır. Katılımcıların %90.1'inin sosyal güvencesi vardır, %63'ünün ailesi geniş aile, %37'inin ailesi çekirdek aile olup, %58.6'sı apartman dairesinde yaşamaktadır. Katılımcıların %40.9'u kendi sağlığını orta olarak değerlendirmektedir.

Tablo 4. 2. Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler		n	%
Bakım verilen bireyle yakınlık derecesi	Kızı	51	28.3
	Oğlu	37	20.4
	Gelini	25	13.8
	Eşi	39	21.5
	Diğer akraba	29	16.0
Bakım verilen bireyle aynı evde yaşama durumu	Yaşayan	166	91.7
	Yaşamayan	15	8.3
Bakım verilen bireye bakma sebebi	Ailevi sorumluluk	146	80.7
	Maddi yönden katkısı olması	6	3.3
	Başka kimsenin bakmaması	29	16
Bakım Verilen Süre (yıl)	0-1 yıl	45	24.9
	1-4 yıl	66	36.5
	4-7 yıl	21	11.6
	7-10 yıl	10	5.5
	10 yıldan fazla	39	21.5
Bakımda Destek Alma Durumu	Alan	121	66.9
	Almayan	60	33.1

Tablo 4.2'de bakım vericilerin bakıma ilişkin bazı özellikleri verilmiştir. Tabloya bakıldığında katılımcıların %28.2'si bakım verdiği bireyin kızı, %20.4'ü bakım verdiği bireyin oğlu ve %21.5'i bakım verdiği bireyin eşidir. Katılımcıların %91.7'sinin bakım verilen bireyle aynı evde yaşadığı, %80.7'sinin bakım verdiği bireye bakma sebebinin ailevi sorumluluk olduğu, %24.9'u 0-1yıl, %36.5'i 1-4 yıl ve %21.5'i 10 yıldan fazladır bakım verdiği ve %66.9'unun bakımda destek aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4. 3. Bakım Verilen Bireye İlişkin Bazı Özellikler

Değişkenler		n	%
Bakım verilen Bireyin yaş ort.	76.49±16.31		
Bakım Verilen Bireyin Cinsiyeti	Kadın	117	64.6
	Erkek	64	35.4
Bakım Verilen Bireyin Medeni Durumu	Evli	79	43.6
	Bekar	14	7.8
	Dul	88	48.6
Bakım Verilen Bireyin Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	67	37.0
	Okur-yazar	24	13.3
	İlkokul	80	44.2
	Ortaokul ve üstü	10	5.5
Bakım Verilen Bireylerin ESH hizmeti almasına neden olan hastalıklar	Serebrovasküler hastalık	45	24.9
	Kas-iskelet sistemi hastalığı	38	21.0
	Alzheimer	34	18.8
	Kalp hastalığı	33	18.2
	Diyabet	26	14.4
	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	17	9.4
	Onkolojik hastalık	15	8.3
	Parkinson	14	7.7
	Diğer	14	7.7
	Böbrek Yetmezliği	12	6.6

Tablo 4.3'te bakım verilen bireylerin yaş ortalaması 76.49±16.31 dir. Bakım verilen bireylerin %64.6'sı kadın olup, %43.6'sı evlidir. %37'si okur-yazar olmayıp, %44.2'si ilkokul mezunudur. Bakım verilen bireylerin %24.9'u serebrovasküler hastalık, %21'i kas-iskelet sistemi hastalığı, %14.4'ü diyabet hastalığından dolayı ESH almaktadır ().

Tablo 4. 4. Yalnızlık Ölçeği ve PİÖÖ'nin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Ölçek/Alt Boyut	Min	Max	Median	$\bar{X}$ (Mean)	Ss
Yalnızlık Ölçeği	0	11	6.29	5.28	4.09
Sosyal yalnızlık boyutu	0	5	3.39	2.71	2.01
Duygusal yalnızlık boyutu	0	6	2.74	2.57	2.28
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	13	56	33.58	34.05	10.34

Ss: standart sapma

Tablo 4.4'te yalnızlık ölçeği toplam puan ortalaması 5.28±4.09 olup, sosyal yalnızlık boyutunda 2.71±2.01 puan, duygusal yalnızlık boyutunda 2.57±2.28 olarak bulunmuştur. Psikolojik iyi oluş ölçek puan ortalaması 34.05±10.34 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 5. Bakım Veren Bireye İlişkin Özelliklere Göre Yalnızlık Ölçek/Alt Boyut Puan Karşılaştırılması

Özellikler		Sosyal Yalnız Boyutu		Duygusal Yalnızlık Boyutu		Toplam Ölçek	
		x	sd	x	sd	x	sd
Yaş	-34	1.38±1.92		1.13±1.81		2.5±3.55	
	35-44	2.52±1.99		2.19±2.04		4.7±3.79	
	45-54	2.58±2.15		2.37±2.43		4.94±4.42	
	55-+	2.95±1.91		2.93±2.24		5.87±3.95	
İstatistik		F=1.79		F=2.27		F=2.23	
		p=0.15		p=0.08		p=0.09	
Cinsiyet	Kadın	2.87±1.95		2.76±2.28		5.63±4.01	
	Erkek	2.28±2.12		2.08±2.23		4.36±4.21	
İstatistik		t=1.78		t=1.81		t=1.89	
		p=0.08		p=0.07		p=0.06	
Medeni Durum	Evli	2.63±2		2.49±2.25		5.12±4.03	
	Bekar	2.96±2.03		2.79±2.38		5.75±4.25	
	Dul	3.2±2.25		3.3±2.58		6.5±4.72	
İstatistik		F=0.59		F=0.71		F=0.71	
		p=0.56		p=0.49		p=0.49	
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	3.29±1.9		3.93±2.23		7.21±3.77	
	İlkokul	2.77±2.03		2.51±2.28		5.28±4.1	
	Ortaokul	3.05±1.9		2.74±2.13		5.79±3.88	
	Lise	1.95±1.96		1.55±1.79		3.5±3.53	
	Üniversite	2.41±2.09		2.82±2.52		5.23±4.57	
İstatistik		F=1.30		F=2.43		F=1.84	
		p= 0.27		p= 0.049**		p=0.12	
Çocuk Durumu	Var	2.70±2.00		2.58±2.28		5.28±4.07	
	Yok	2.77±2.08		2.53±2.33		5.3±4.26	
İstatistik		t= -0.18		t=0.11		t= -0.03	
		p= 0.86		p=0.91		p=0.98	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	1.33±1.71		1.08±1.82		2.42±3.41	
	Çalışmıyor	2.92±1.97		2.8±2.26		5.72±4.02	
İstatistik		t= -3.72		t= -3.55		t= -3.82	
		p= 0.01*		p= 0.01*		p= 0.01*	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	2.84±1.97		2.91±2.4		5.75±4.11	
	Gelir gidere eşit	2.64±2.03		2.32±2.16		4.97±4.03	
	Gelir giderden fazla	2.44±2.15		2.39±2.28		4.83±4.34	
İstatistik		F =0.37		F=1.41		F=0.86	
		p=0.69		p=0.25		p=0.42	
Sosyal Güvence Durumu	Var	2.71±2.02		2.53±2.26		5.23±4.09	
	Yok	2.72±2.02		3,00±2.52		5.72±4.21	
İstatistik		t= -0.03		t= -0.83		t= -0,48	
		p=0.97		p=0.41		p=0.63	
Aile Tipi	Geniş aile	2.51±1.99		2.34±2.26		4.85±4.04	
	Çekirdek aile	3.04±2.02		2.97±2.27		6.01±4.1	
İstatistik		t= -1.74		t= -1.80		t= -1.86	
		p=0.08		p=0.07		p=0.06	
Kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği	İyi	1.71±1.96		1.35±1.89		3.06±3.67	
	Orta	3.11±1.83		3.01±2.17		6.12±3.7	
	Kötü	3.74±1.66		3.95±2.09		7.68±3.63	
İstatistik		F=17.72		F=22.62		F=22.70	
		p=0.01**		p=0.01**		p=0.01**	

*P<0,05 Independent sample t-testi

** p<0,05 Tek yönlü Varyans (Oneway ANOVA)

Tablo 4.5’de bakım veren bireye ilişkin özelliklere göre yalnızlık ölçek/alt boyut puan karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre yalnızlık ölçeğin duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanı bireylerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırmaya göre okuryazar olmayanların puanları (3.93 ± 2.23), üniversite mezunu olanların puanlarına (2.82 ± 2.52) göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($F=2.43$ $p<0.05$).

Yalnızlık ölçek toplam puanı bireylerin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Çalışmayanların yalnızlık ölçek puanları (5.72 ± 4.02), çalışanların puanlarına (2.42 ± 3.41) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=-3.82$ $p<0.05$). Yalnızlık ölçeğin sosyal yalnızlık alt boyut toplam puanı bireylerin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Çalışmayanların yalnızlık ölçek puanları (2.92 ± 1.97), çalışanların puanlarına (1.33 ± 1.71) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=-3.72$ $p<0.05$). Yalnızlık ölçeğin Duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanı bireylerin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Çalışmayanların yalnızlık ölçek puanları (2.8 ± 2.26), çalışanların puanlarına (1.08 ± 1.82) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=-3.55$ $p<0.05$).

Bireylerin sağlıklarını değerlendirme durumuna göre yalnızlık ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırmaya göre sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin puanları (3.06 ± 3.67), orta derecede değerlendirenlerin puanlarına (6.12 ± 3.7) ve kötü olarak değerlendirenlerin puanlarına (7.68 ± 3.63) göre anlamlı biçimde daha düşüktür ($F=22.70$ $p<0.05$).

Yalnızlık ölçeğin Sosyal yalnızlık alt boyut toplam puanı bireylerin sağlıklarını değerlendirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırmaya göre sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin puanları (1.71 ± 1.96), orta derecede değerlendirenlerin puanlarına (3.11 ± 1.83) ve kötü olarak değerlendirenlerin puanlarına (3.74 ± 1.66) göre anlamlı biçimde daha düşüktür ($F=17.72$ $p<0.05$). Yalnızlık ölçeğin Duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanı bireylerin sağlıklarını değerlendirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu

karşılaştırmaya göre sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin puanları (1.35 ± 1.89), orta derecede değerlendirenlerin puanlarına (3.01 ± 2.17) ve kötü olarak değerlendirenlerin puanlarına (3.95 ± 2.09) göre anlamlı biçimde daha düşüktür ($F=22.62$ $p<0.05$).

Yalnızlık ölçek/Alt Boyut toplam puanları bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk durumu, gelir durumu, sosyal güvence, sağlığını değerlendirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. 6. Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özelliklere Göre Yalnızlık Ölçek/Alt Boyut Puan Karşılaştırılması

Özellikler		Sosyal Yalnız Boyutu	Duygusal Yalnızlık Boyutu	Toplam Ölçek
		x sd	x sd	x sd
Bakım verilen bireyle yakınlık derecesi	Kızı	3.29±1.76	3.08±2.11	6.37±3.61
	Oğlu	2.35±2.04	1.86±2.11	4.22±3.99
	Gelini	2.36±2.04	2.28±2.39	4.64±4.29
	Eşi	2.87±2	3.08±2.42	5.95±4.19
	Diğer akraba	2.21±2.21	2.17±2.28	4.38±4.35
İstatistik		F=2.13 p=0.08	F=2.39 p=0.052	F=2.37 p=0.055
Bakım verilen bireyle aynı evde yaşama durumu	Yaşayan	2.81±1.98	2.69±2.28	5.51±4.06
	Yaşamayan	1.53±2	1.27±1.94	2.8±3.76
İstatistik		t=2.39 p=0.02*	t=2.35 p=0.02*	t=2.49 p=0.01*
Bakım Verilen Süre (yıl)	0-1	1.89±1.94	1.8±2.13	3.69±3.9
	1-4	2.71±2.03	2.64±2.4	5.35±4.15
	4-7	3.33±1.83	3.48±2.23	6.81±3.92
	7-10	3.2±1.87	2.4±2.12	5.6±3.81
	10-+	3.18±1.96	2.92±2.14	6.1±3.97
İstatistik		F=3,21 p=0,01**	F=2,45 p=0,048**	F=2.97 p=0.02**
Bakımda Destek Alma durumu	Alan	2.48±2.02	2.33±2.27	4.81±4.11
	Almayan	3.17±1.92	3.07±2.25	6.23±3.92
İstatistik		t= -2.19 p=0.03*	t= -2.06 p=0.04*	t= -2.23 p=0.03*

*P<0,05 Independent sample t-testi

** p<0,05 Tek yönlü Varyans (Oneway ANOVA)

Tablo 4.6’da bakım vericilerin bakıma ilişkin özelliklere göre yalnızlık ölçek/alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre; katılımcıların yalnızlık ölçek toplam puanı bakım verdikleri birey ile aynı evde yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bakım verdikleri birey ile

aynı evde yaşayanların ölçek puanları (5.51 ± 4.06), ayrı yaşayanların puanlarına (2.8 ± 3.76) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($t=2.49$ $p<0.05$).

Yalnızlık ölçeğin Sosyal yalnızlık alt boyut toplam puanı bakım yaptıkları birey ile aynı evde yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bakım verdikleri birey ile aynı evde kalanların ölçek puanları (2.81 ± 1.98), ayrı yaşayanların puanlarına (1.53 ± 2) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=2.39$ $p<0.05$).

Yalnızlık ölçeğin Duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanı bakım verdikleri birey ile aynı evde yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bakım verdikleri birey ile aynı evde kalanların ölçek puanları (2.69 ± 2.28), ayrı yaşayanların puanlarına (1.27 ± 1.94) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=2.35$ $p<0.05$).

Bakım verilen sürelerle göre yalnızlık ölçeği toplam puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırmaya göre 4-7 yıl bakım verenlerin puanları (6.81 ± 3.92), 0-1 yıl bakım verenlerin puanlarına (3.69 ± 3.9) göre anlamlı biçimde daha yüksektir ($F=2.97$ $p<0.05$).

Yalnızlık ölçeğin Sosyal yalnızlık alt boyut toplam puanı bireylerin bakım verdikleri sürelerle göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırmaya göre 4-7 yıldır bakım yapanların puanları (3.33 ± 1.83), 0-1 yıl bakım yapanların puanlarına (1.89 ± 1.94) göre anlamlı biçimde daha yüksektir ($F=3.21$ $p<0.05$). Yalnızlık ölçeğin Duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanı bireylerin bakım verdikleri sürelerle göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=2.45$ $p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırmaya göre gruplar arasında fark görülmemiştir.

Katılımcıların Yalnızlık ölçek toplam puanı bakım vermede destek alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bakımda destek almayanların puanları (6.23 ± 3.92), destek alanların puanlarına (4.81 ± 4.11) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=-2.23$ $p<0.05$).

Yalnızlık ölçeğin Sosyal yalnızlık alt boyut toplam puanı bakım vermede destek alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Bakımda destek almayanların puanları (3.17 ± 1.92), destek alanların puanlarına (2.48 ± 2.02) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t = -2.19$ $p < 0.05$).

Yalnızlık ölçeğın Duygusal yalnızlık alt boyut toplam bakım vermede destek alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bakım vermede destek almayanların puanları (3.07 ± 2.25), destek alanların puanlarına (2.33 ± 2.27) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t = -2.06$ $p < 0.05$).

Katılımcıların Yalnızlık ölçek/Alt Boyut toplam puanları bakım yaptıkları birey ile yakınlık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4. 7. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre PİÖÖ Puan Karşılaştırılması

Özellikler		Psikolojik İyi Oluş x sd	İstatistik
Yaş	--34 35-44 45-54 55-+	39.75±8.91 35.48±9.68 36.44±11.01 31.83±9.83	F= 3.49 p= 0.02**
Cinsiyet	Kadın Erkek	33.12±10.45 36.48±9.74	t= -1.97 p=0.05*
Medeni Durum	Evli Bekar Dul	34.51±9.95 33.71±12.09 28.1±10.79	F= 1.83 p= 0.16
Eğitim Durumu	Okur yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	28.79±9.69 33.62±9.84 33.74±9.84 40.05±9.39 34.27±12.56	F= 2.75 p= 0.03**
Çocuk Durumu	Var Yok	34.06±10.1 34±11.67	t= 0.03 p=0.98
Çalışma Durumu	Çalışıyor Çalışmıyor	41.83±7.65 32.86±10.2	t= 4.13 p=0.01*
Gelir Durumu	Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla	32.5±10.72 35.39±9.41 34.11±12.51	F= 1.60 p= 0.21
Sosyal Güvence Durumu	Var Yok	34.07±10.21 33.89±11.77	t= 0.07 p=0.94
Aile Tipi	Geniş aile Çekirdek aile	35.14±9.54 32.19±11.41	t= 1.86 p=0.06
Kendi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz	İyi Orta Kötü	40.46±8.06 32.66±9.17 25.11±8.49	F= 40.53 p= 0.01**
*P<0,05	Independent sample t-testi		
** p<0,05	Tek yönlü Varyans (Oneway ANOVA)		

Tablo 4.7'ye göre; Katılımcıların PİÖÖ toplam puanı bireylerin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. 34 yaş ve altında olan katılımcıların PİÖÖ puanı (39.75 ± 8.91) daha yüksektir ($p < 0.05$).

Katılımcıların PİÖÖ toplam puanı bireylerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ortalamalara bakıldığında erkeklerin PİÖÖ puanları (36.48 ± 9.74), kadınların puanlarına (33.12 ± 10.45) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t = -1.97$ $p < 0.05$).

Katılımcıların PİÖÖ toplam puanı bireylerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırmaya göre lise mezunu olanların PİÖÖ puanları (40.05 ± 9.39), okur yazar olmayanların puanlarına (28.79 ± 9.69) göre anlamlı biçimde daha yüksektir ($F = 2.75$ $p < 0.05$).

Katılımcıların PİÖÖ toplam puanı bireylerin çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ortalamalara bakıldığında çalışanların PİÖÖ puanları (41.83 ± 7.65), çalışmayanların puanlarına (32.86 ± 10.2) göre anlamlı şekilde yüksektir ($t = 4.13$ $p < 0.05$).

Katılımcıların PİÖÖ toplam puanı bireylerin kendi sağlığını değerlendirme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırmaya göre sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin PİÖÖ puanı (40.46 ± 8.06), orta derecede değerlendirenlerin puanına (32.66 ± 9.17) ve kötü derecede değerlendirenlerin puanına (25.11 ± 8.49) göre anlamlı biçimde daha yüksektir. Ayrıca orta derecede değerlendirenlerin puanı (32.66 ± 9.17) kötü derecede değerlendirenlerin puanına (25.11 ± 8.49) göre anlamlı biçimde daha yüksektir ($F = 40.53$ $p < 0.05$).

Bakım veren bireylerin PİÖÖ toplam puanı bireylerin medeni durumuna göre, çocuklarının olup olmama durumuna göre, bireylerin gelir durumuna göre, sosyal güvencelerinin olup olmama durumlarına göre ve aile tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4. 8. Bakıma İlişkin Özelliklere Göre PİÖÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler		Psikolojik İyi Oluş	İstatistik
		x sd	
Bakım verilen bireyle yakınlık derecesi	Kızı	31.98±10.16	F=2.07 p=0.09
	Oğlu	37.43±8.97	
	Gelini	34.52±10.28	
	Eşi	32.1±10.83	
	Diğer akraba	35.59±10.9	
Bakım verilen bireyle aynı evde yaşama durumu	Yaşayan	33.54±10.23	t= - 2.22 p=0.03*
	Yaşamayan	39.67±10.23	
Bakım Verilen Süre (yıl)	0-1	38.36±9.41	F=3.05 p=0.02**
	1-4	33.58±10.22	
	4-7	30.86±9.81	
	7-10	32.2±9.52	
	10-+	32.08±10.97	
Bakımda Destek Alma Durumu	Alan	34.6±10.4	t=1.01 p=0.31
	Almayan	32.95±10.21	

*P<0,05 Independent sample t-testi

** p<0,05 Tek yönlü Varyans (Oneway ANOVA)

Tablo 4.8'e göre; Katılımcıların PİÖÖ toplam puanı bakım verdikleri birey ile aynı evde yaşama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ortalamalara bakıldığında aynı evde yaşamayanların PİÖÖ puanları (39.67±10.23), aynı evde yaşayanların puanlarına (33.54±10.23) göre anlamlı şekilde yüksektir (t=-2.22 p<0.05).

Katılımcıların PİÖÖ toplam puanı bakım verdikleri süreye göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırmaya göre 0-1 yıl bakım verenlerin PİÖÖ puanları (38.36±9.41), 10 yıl ve daha fazla bakım verenlerin puanlarına (32.08±10.97) göre anlamlı biçimde daha yüksektir (F=3.05 p<0.05).

Katılımcıların PİÖÖ toplam puanı bakım verdikleri birey ile yakınlık derecelerine göre ve bakımda destek alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 4. 9. Yalnızlık Ölçek/Alt Boyut Puanları ve PİÖÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut		Yalnızlık ölçeği	Sosyal Yalnızlık Boyutu	Duygusallık Yalnızlık Boyutu
Sosyal Yalnızlık Boyutu	r	0.95		
	p	0.01*		
	N	181		
Duygusallık Yalnızlık Boyutu	r	0.96	0.82	
	p	0.01*	0.01*	
	N	181	181	
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	r	-0.75	-0.71	-0.73
	p	0.01*	0.01*	0.01*
	N	181	181	181
*p<0,01		r= Pearson korelasyon		

Tablo 4.9'a göre; Yalnızlık ölçek toplam puanları ile Sosyal yalnızlık ve Duygusallık Yalnızlık alt boyut toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki vardır. (sırası ile r: 0.95, r:0.96 p<0.05).

Yalnızlık ölçek toplam puanları ile PİÖÖ toplam puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki vardır. (r: -0.75, p<0.05)

Yalnızlık ölçeğin Sosyal yalnızlık alt boyut toplam puanı ile Duygusallık Yalnızlık alt boyut toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki vardır (r:0.82 p<0.05).

Yalnızlık ölçeğin Sosyal yalnızlık alt boyut toplam puanı ile PİÖÖ toplam puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki vardır (r:-0.71 p<0.05). Yalnızlık ölçeğin Duygusallık yalnızlık alt boyut toplam puanı ile PİÖÖ toplam puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki vardır (r:-0.73 p<0.05).

5. TARTIŞMA

Araştırmada bir hastanenin evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların bakım verenlerinde yalnızlık durumu ve psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın bulguları ilgili literatür ışığında tartışılacaktır.

Araştırmada bakım verenlerin %91.7'sinin bakım verdikleri bireyle aynı evde yaşadıkları ve bakım verenlerin çoğunluğunun (%28.2) hastanın kızı olduğu bulunmuştur. Işık (2013) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin %32.5'inin hastanın kızı olduğu, Yavaş (2020)'nin yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin %41.49'unun hastanın kızı olduğu, Tekin (2022) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin %67,9'unun bakım verdikleri birey ile birlikte yaşadığı ve %40.5'inin hastanın kızı olduğu bulunmuştur.

Araştırmada bakım verilere bakım verilen bireye bakma sebebi sorulduğunda %80,7'si ailevi sorumluluk olarak belirtmiştir. Işık (2013) çalışmasında bakım verenlerin %70.6'sının ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verdiği, Altay ve arkadaşları (2018)'nin yaptıkları çalışmada da benzer şekilde katılımcıların bakım verme nedenini büyük oranda (%39.1) ailevi sorumluluk olduğu bulunmuştur. Uygun (2019) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %50'sinin ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verdiği, Gür ve Ersin (2021) tarafından yapılan çalışmada bakım verme sebebinin %89.4 ailevi sorumluluk olduğu bulunmuştur. Küçükgüçlü ve arkadaşları (2017)'nin bakım veren aile üyeleri ile yaptıkları çalışmada bakım veren bireylerin baktıkları bireye borçlu olduklarını düşündükleri, bu yüzden bakım verdikleri için kendilerini mutlu hissettikleri belirtilmiştir. Bilhassa evlat olan bakım verenlerin, anne ve babasına bakarak evlat olmanın yüklediği sorumluluğu yerine getirdikleri bildirilmiştir. Türk toplumunun kültürel yapısı gereği hasta veya yaşlı bireye bakmak bir sorumluluk ve yerine getirilmesi gereken bir görev olarak görüldüğü düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım verdikleri süre (yıl) değerlendirildiğinde bakım verenlerin %36.5'inin 1-4 yıl, %24.9'unun 0-1 yıl, %21.5'inin 10 yıldan fazladır bakım verdiği bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunun 1-5 yıl bakım verdiği (Işık, 2013) bulunmuştur. Gök Metin ve Helvacı (2019) tarafından yapılan çalışmada bakım veren bireylerin %58'inin (yarısında fazlasının) 5 yıldan az süredir bakım verdiği, Gür ve Ersin (2021) tarafından yapılan

çalışmada bakım verenlerin bakım verdikleri yıl ortalaması 2.35 ± 2.16 yıl olarak bulunmuştur.

Araştırmada bakım verenlerin %66.9'unun bakım vermede destek aldıkları bulunmuştur. Tuna ve Olgun (2010) çalışmasında bakım verenlerin büyük oranda (%74.5) bakımda başka birinden destek aldığını, Or (2013) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin %62.8'i bakım verirken ailedeki diğer bireylerden ya da komşu ve akrabadan destek aldığını belirtmişlerdir. Yine yapılan bir çalışmada da benzer şekilde bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%86.7) bakım vermede başka birinden yardım aldıkları (Saraçoğlu vd., 2022) bulunmuştur. Bakım vermenin bakım verenler açısından oldukça zorlayıcı ve sosyal yaşamı kısıtlayıcı bir durum olması bakım veren bireylerin bu sorumluluğu birileriyle paylaşmaya ihtiyaç duydukları ve destek kaynaklarına başvurdıkları düşünülmektedir.

Araştırmada Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık alt boyut puan ortalamaları bakım veren bireylerin yaşına ve cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde Kurt Gök ve arkadaşları (2020) ile Ross ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmalarda da yalnızlık ölçeği puanının cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu araştırma sonucundan farklı olarak Bramboeck ve arkadaşları (2020) alzheimer hastalarına bakım verenler ile yaptıkları çalışmalarında erkek bakım verenlerin daha yüksek düzeyde yalnızlık bildirdiğini, sosyal ve duygusal yalnızlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu, ayrıca genç bakıcılara göre daha yaşlı olanların daha yüksek yalnızlık seviyeleri bildirdiğini açıklamışlardır. Zwar ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin bakım vermeye geçişle birlikte artan yalnızlık bildirdiklerini açıklamışlardır.

Araştırmada Yalnızlık Ölçeğin duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanı bireylerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Bu sonuca göre; okuryazar olmayanların puanları, üniversite mezunu olanların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksektir. Tekin (2018) tarafından yapılan çalışmada eğitim durumu düşük olan bakım verenlerin eğitim durumu yüksek olanlara göre yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu açıklanmıştır. Soylu ve arkadaşlarının (2016) 100 hasta ve onların bakım verenleri ile yaptıkları çalışmasında benzer şekilde eğitim düzeyi düşük olanların yüksek olanlara oranla daha fazla yalnızlık bildirdiği saptanmıştır. Bu çalışma

sonucundan farklı olarak 129 bakım veren ile yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile yalnızlık arasında ilişki saptanmadığı belirtilmiştir (Ross vd., 2020). Bu araştırma sonucundaki durumun eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının artabileceği ve destek kaynaklarına başvurma yönünde daha fazla farkındalık sahibi olunabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir

Araştırmada çalışmayan bireylerin Yalnızlık Ölçek toplam puanı ile sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanı çalışanların puanlarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Tekin (2018) tarafından alzheimer hastalarına bakım veren bireyler ile yapılan çalışmada bir işte çalışmayan bakım verenlerin yalnızlık puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ross ve arkadaşları (2020)'nın kanser hastalarına bakım veren bireylerle yaptıkları çalışmalarında herhangi bir işte çalışan bakım verenlerin çalışmayan bakım verenlere göre daha düşük düzeyde yalnızlık bildirdikleri saptanmıştır. Bir işte çalışıyor olma bakım verenin bakım verme rolüne ara vermesi ve diğer insanlarla sosyalleşmesini sağlayabileceğinden daha düşük düzeyde yalnızlık bildirdikleri düşünülebilir.

Araştırmada sağlığını iyi olarak değerlendiren bireylerin Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanları, orta ve kötü derecede değerlendirenlerin puanlarına göre anlamlı biçimde daha düşük bulunmuştur. McRae ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmalarında bakım verenlerin daha iyi sağlığa sahip olmalarının yalnızlığa karşı koruyucu bir faktör olduğu ve daha sağlıklı olanların yalnızlık durumu ile başa çıkma konusunda daha fazla seçeneğe sahip olabilecekleri belirtilmiştir.

Araştırmada bakım yaptıkları birey ile aynı evde kalanların Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık alt boyut puan ortalamaları, ayrı yaşayanların puanlarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu araştırma sonucuna benzer şekilde Bramboeck ve arkadaşları (2020) alzheimer hastalarına bakım verenler ile yaptıkları çalışmalarında, hastayla birlikte yaşayan bakım verenler daha yüksek yalnızlık bildirmiştir. Tekin (2018) tarafından yapılan çalışmada yalnızlık seviyeleri bakım verilen kişi ile aynı evde yaşayanlarda düşük bulunmuştur. Bakım verenlerde yalnızlık ile ilgili yapılan bir başka çalışmada; bakım verenlerin büyük çoğunluğunun bakım verdikleri birey ile aynı evde yaşadıkları belirtilmiştir. Bakım verenlerin yalnızlık deneyimlerinin genellikle bakım verme durumunun dayattığı kısıtlamalarla bağlantılı olduğu görülmüştür. Bakım verilen bireyin

ihtiyaçları ve esenliği ön planda tutulduğu, bakım görevinin sürekli bir meşguliyet gerektirdiği bildirilmiştir. Bakım verenler baktıkları bireyi evde bırakarak dışarı çıkabilme özgürlüğünün olmadığını, rahatça arkadaşlarıyla görüşemediklerini belirtmişlerdir. Diğer taraftan arkadaşlarını hasta ile birlikte yaşadıkları eve davet etme konusunda da kısıtlamaların olduğunu, bu kısıtlamalar arasında arkadaşlarının müsait olması ve eve gelmeyi isteyip istememesi veya baktıkları bireyin evde misafir ağırlamayı anlayışla karşılayıp karşılamayacağı gibi durumlar yaşanmasının bakım verenlerde yalnızlığı arttırdığı belirtilmiştir (Vasileiou vd., 2017). Aynı evde bulunan bir bireye bakım verme, sürekli bir bakım ihtiyacı olması bireylerin bütün vaktini alan bir durumdur. Eğer buna bir de destek alamama eklendiğinde bakım verenin tüm yaşamının kısıtlanacağı, kendine ayıracak vaktinin ve kişisel alanının olamayacağı, bunun sonucunda bireyin sosyal ve duygusal yönden yalnızlık yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada 4-7 yıl ve daha fazla bakım veren bireylerin Yalnızlık leği toplam puanı ile sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanları, 0-1 yıl bakım yapanların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırmaya benzer şekilde Kurt Gök ve arkadaşları (2020) tarafından alzheimer hastalarına bakım veren bireylerle yaptıkları çalışmalarında uzun bakım verme süresinin yalnızlık düzeyini arttırdığı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada 3-5 yıl arası bakım veren bireylerin yalnızlık puan ortalamasının en yüksek düzeyde olduğu, 0-1 yıl arası bakım veren bireylerin ise yalnızlık puan ortalamasının en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Tekin, 2018). Bakım verme süreci uzadıķa bakım verenlerin daha fazla fiziksel ve ruhsal sorunlar yaşadığı, zamanla sosyal hayattan izole oldukları ve tüm hayatlarını bakım verdikleri bireye adanmış oldukları, bunun sonucunda ise yalnızlık yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verirken destek görmeyen bireylerin Yalnızlık leği toplam puanı ile sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık alt boyut toplam puanları, destek görenlerin puanlarına göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Tekin (2018) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin %54.5'i bakım görevinde başkalarından destek aldıklarını belirtmiş, destek aldıkları konulara bakıldığında; %55'i hastanın fiziksel bakımına destek, %31.7'si psikolojik yardım; %6.7'si ekonomik destek, %6.7'si ailesinden, eşinden veya alzheimer derneğinden destek aldığını belirtmiştir. Bakım verme konusunda başkalarından destek almayan bakım

verenlerin yalnızlık puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Parkinson hastalarına bakım verenler ile yapılan bir çalışmada bakıcı destek gruplarına katılan bakıcıların, destek gruplarına katılmayanlara göre daha az yalnızlık bildirdiği açıklanmıştır (McRae vd., 2009).

Sağlık; kendini kabul etme, çevresel hakimiyet, yaşam amacı, kişisel gelişim, olumlu ilişkiler ve özerklik gibi temel boyutları olan psikolojik iyi oluşun bir parçası olduğu çok boyutlu bir yapıdır (Ryff & Singer, 2008). Bakım verenlerin psikolojik iyi oluşunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi oldukça önemlidir. Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler tarafından sunulan formal bakım hizmetleri ile ailelelerin desteklenmesi, bakım sorumluluklarının hafifletilmesine ve bakım verenlerin psikolojik iyi oluşuna olumlu katkı sağlayacağı belirtilmektedir. Ayrıca formal bakım desteğinin bakım verenlerin sosyal ağlarını ve özgüvenlerini korumalarını sağlayarak, bakım görevine devamlılığın sağlanmasında etkili olduğu açıklanmaktadır (Lethin vd., 2017).

Araştırmada bakım verenlerin PİÖÖ toplam puanı bireylerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Erkeklerin PİÖÖ puanları, kadınların puanlarına göre anlamlı şekilde yüksektir. Cinsiyet, sağlığın önemli bir sosyal belirleyicisidir (Manandhar vd., 2018) ve cinsiyetin ruh sağlığı üzerinde doğrudan etkisinin olduğu belirtilmektedir (Murayama vd., 2015). Ayrıca bakım verme rolüne geçişin bakı verenlerde olumsuz psikolojik sonuçlarla ilişkili olduğu, bu sonuçların erkek ve kadın cinsiyette farklılık gösterdiği, bu nedenle informal bakım vermenin sonuçları araştırılırken cinsiyetin dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir (Zwar vd., 2020). Yapılan çalışmalarda genellikle kadınların erkeklerden daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı belirtilmektedir (March vd., 2013; Matud vd., 2015; Matud ve García, 2019). Yine kadın bakım verenlerin erkeklerden daha kötü ruh sağlığına sahip olduğunu belirten başka çalışmalar da mevcuttur (Friedemann ve Buckwalter, 2014; Pagani vd., 2014). Bunun nedeninin kadınların bakım verme dışında aile içinde pek çok rolünün daha olması ve duygularını ifade etmeye daha istekli olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada lise mezunu olanların PİÖÖ toplam puanı, okur yazar olmayanların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Gupta ve arkadaşları (2015)'nın 100 hasta ve onların bakım verenlerinin dahil edildiği çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin düşük psikolojik iyi oluşa

sahip olduğu bildirilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin daha bilinçli, kendi sağlık durumu ile ilgili daha farkındalıklı olabilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin PİÖÖ toplam puanı çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalamalara bakıldığında çalışanların PİÖÖ puanları çalışmayanların puanlarına göre anlamlı şekilde yüksektir. Eroğlu ve Parlar (2018) tarafından yapılan çalışmamada bu çalışma sonucuna benzer şekilde bir işte çalışanların çalışmayanlara göre daha iyi psikolojik iyi oluşa sahip olduğu belirtilmiştir. Bir işte çalışıyor olma bakım verme görevi dışında bireyin sosyalleşmesine ve bakıma ara vermesine olanak sağlayacağından çalışan bakım verenlerin daha iyi psikolojik iyi oluşa sahip olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin PİÖÖ toplam puanı kendi sağlığını değerlendirme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin PİÖÖ puanları, orta derecede değerlendirenlerin puanlarına ve kötü derecede değerlendirenlerin puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksektir. Ayrıca orta derecede değerlendirenlerin puanları kötü derecede değerlendirenlerin puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada bakım vermenin kendi sağlıkları üzerinde daha az olumsuz etkisi olduğunu belirten bakım verenlerin yüksek düzeyde psikolojik iyi oluşa sahip olduğu açıklanmıştır (Lethin., 2017).

Araştırmada bakım verenlerin PİÖÖ toplam puanı bakım verdikleri birey ile aynı evde yaşama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalamalara bakıldığında bakım verilen bireyle aynı evde yaşamayanların PİÖÖ puanları, aynı evde yaşayanların puanlarına göre anlamlı şekilde yüksektir. Araştırmalar, bakım verenlerin, bakım alan kişiyle aynı evde yaşadıklarında olumsuz psikolojik sonuçlar açısından büyük risk altında olduklarını göstermektedir (National Academies of Sciences, 2016). Bazı araştırmalar, artan bakım talepleri nedeniyle bakım alan kişinin yanında olmanın, bakıcının psikolojik sağlığı üzerinde zararlı bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir (Mentzakis vd., 2009; Arai vd., 2014). Lethin ve arkadaşları (2017) tarafından bakım verenlerin psikolojik iyi oluşu ile ilgili yaptıkları çalışmalarında psikolojik iyi oluşa sahip bireylerin hasta ile aynı evde yaşamayan bakım verenler olduğunu açıklamışlardır. Bakım verilen kişiyle aynı evde yaşamamanın, daha uzun saatler ve daha kapsamlı

bakım vermeyi gerektirmesi, bakım rolüne ara verememe ve kendilerine ayıracak zamanlarının olmaması bakım verenlerin psikolojik iyi oluşunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin PİÖÖ toplam puanı bakım verdikleri süreye göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). 0-1 yıl bakım verenlerin PİÖÖ puanları, 10 yıl ve daha fazla bakım verenlerin puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksektir. Karsavuran ve arkadaşlarının (2022) bir hastanenin ESH biriminden hizmet alan hastaların bakım verenleri ile yaptıkları çalışmalarında bakım verilen süre arttıkça psikolojik sıkıntı seviyesinin de arttığı saptanmıştır.

Araştırmada PİÖÖ toplam puanı bakım verenlerin bakım verirken destek alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu çalışma sonucundan farklı olarak Zwar ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada kadın bakım verenlerin bakım sorumluluğunu kolay kolay başkalarıyla paylaşmaması veya bu görevi başkalarına devretmemesi sonucunda erkeklere göre daha olumsuz psikolojik etki bildirdiklerini saptamışlardır. Yapılan bir çalışmada ise erkek bakım verenlerin hasta bir eşin bakımında başka bir hane üyesinden, bir akrabadan veya ücretli bir bakıcıdan yardım alma olasılığı kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Langner ve Furstenberg , 2020). Lethin ve arkadaşları (2017)'nin 1223 bakım veren ile yaptıkları çalışmalarında yüksek psikolojik iyi oluşa sahip bakım verenlerin aileden daha fazla destek alan bakım verenler olduğunu bildirmişlerdir. Bakım veren 2014 birey ile yapılan bir çalışmada aile üyelerinden destek göremeyen bakım verenlerin düşük psikolojik iyi oluşa sahip olduğu saptanmıştır (Alvira, 2015).

Araştırmada Yalnızlık ölçek toplam puanları ile PİÖÖ toplam puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur. Chukwuorji ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada yalnızlığın toplam örneklem için olumsuz psikolojik sağlıkla ilişkili olduğu, bakım verenler ile yapılan başka bir çalışmada iş arkadaşları ve normal arkadaşlarla daha az temasta bulunmanın yüksek psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Yiengprugsawan vd., 2012). Bakım verme durumunun bakım verenlerin sosyal yaşamlarını kısıtlayarak bireylerdeki yalnızlığı arttırabileceği ve psikolojik iyi oluş halini azaltabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Araştırmada Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin yalnızlık durumları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- Araştırmada okuryazar olmayanların, herhangi bir işte çalışmayanların, sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin, bakım verdikleri birey ile aynı evde yaşayanların, 4-7 yıl ve daha fazla bakım verenlerin, bakım verirken destek almayanların yalnızlık puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmada kadınların, okur-yazar olmayanların, bir işte çalışmayanların, sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin, bakım verilen birey ile aynı evde yaşayanların, 10 yıl ve daha fazla bakım verenlerin PİÖÖ toplam puanının düşük olduğu saptanmıştır.
- Araştırmada Yalnızlık ölçek/ Alt boyut toplam puanı ile PİÖÖ toplam puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu, yalnızlık arttıkça psikolojik iyi oluşun azaldığı saptanmıştır.

7. ÖNERİLER

- Okur-yazar olmayan, çalışmayan, uzun süre (yıl) bakım veren, bakım verirken destek almayan bakım verenlerde yalnızlığı arttıran durumların tespit edilerek azaltılmaya yönelik girişimlerde bulunulması,
- Bakım verirken destek almayan bakım vericileri destekleyecek şekilde programların ve sosyal destek ağlarının oluşturulması,
- Kadın cinsiyette olan, okur-yazar olmayan, çalışmayan, uzun süre (yıl) bakım veren, bakım verirken destek almayan bakım verenlerin psikolojik iyi oluş halini arttırmaya yönelik hizmetlerin planlanması,
- Evde sağlık biriminde çalışan hemşirelerin ev ziyaretleri esnasında hasta ile birlikte bakım verenleri de bütüncül bakış açısıyla değerlendirmesi, yaşadıkları sorunlara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti sunması, bu sayede bakım verenlerin yaşam kalitelerinde ve sundukları bakımın kalitesinde artma sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akbaş, E., Taşdemir Yiğitoğlu, G., Çunkuş, N. (2020). Yaşlılıkta Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık . *OPUS International Journal of Society Researches*,15, 4540-4562
- Akçay, V. H. (2011). Pozitif Psikolojik Sermaye Kavramı Ve İşletmelerde Sürdürülebilir Rekabet Üstünlüğünü Sağlamadaki Rolü. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,13(1), 73-98.
- Akdağ, F. G., & Çankaya, Z. C. (2015). Evli bireylerde psikolojik iyi oluşun yordanması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3).
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürk, S., Kapucu, S., Özer, Z. C. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Med. J*, 38(1):57-65.
- Akgül, H. (2020). Yetişkinler İçin Sosyal ve Duygusal Yalnızlık Ölçeği'nin (SELSA-S) Türk Kültürüne Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 10,54-69.
- Akgül, N., & Özdemir, L. (2014). Caregiver burden among primary caregivers of patients undergoing peripheral blood stem cell transplantation: a cross sectional study. *Eur J Oncol Nurs*, 18(4), 372-377. doi:10.1016/j.ejon.
- Akın, A. ve Akın, Ü. (2015). Psikolojide güncel kavramlar-1- Pozitif Psikoloji. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Akın, A., Usta, F., Turan, E.M., Arıcı, N., Uysal, R., Çitemel, N. & Taş, İ. (2015). Psikolojide güncel kavramlar-1: Pozitif psikoloji (2.Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Aksoy, H., Kahveci, R., Şencan, İ., Kasım, İ., Özkara, A. (2015). Historical progression and implementation of home care services. *Turkish Medical Journal*, 7(1): 118-123.
- Akyar, İ., Akdemir, N. (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-49.
- Alkan, N. (2014). Humor, loneliness and acceptance: Predictors of university drop-out intentions. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 152, 1079–1086.
- Altay, B., Erkuran, H., & Avcı, İ. A. (2018). Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-8.
- Altundağ, Y. (2013). *Anne-Babası Boşanmış Ergenlerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinde Yordayıcı Değişkenler Olarak Yaşam Doyumu ve Yalnızlık*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı, Bolu.
- Altuntaş, M., Yılmaz, T. T., Güçlü, Y. A. ve Öngel, K. (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20(3), 153-158.
- Alvira, M. C., Risco, E., Cabrera, E., Farré, M., Rahm Hallberg, I., Bleijlevens, M. H., ... & RightTimePlaceCare Consortium. (2015). The association between positive–negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *Journal of advanced nursing*, 71(6), 1417-1434.
- Anderson, G. O., & Thayer, C. E. (2018). Loneliness and social connections: A national survey of adults 45 and older. Washington, DC: AARP Research.

- Andy, A. (2021). Studying How Individuals Who Express the Feeling of Loneliness in an Online Loneliness Forum Communicate in a Nonloneliness Forum: Observational Study. *JMIR Form. Res*, 5, e28738.
- Arai, Y., Kumamoto, K., Mizuno, Y., & Washio, M. (2014). Depression among family caregivers of community-dwelling older people who used services under the Long Term Care Insurance program: A large-scale population-based study in Japan. *Aging & Mental Health*, 18(1), 81–91.
- Aslan, Ş., Uyar, S., Güzel, Ş. (2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 45-56.
- Aşiret, G. D., & Kapucu, S. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2:73-80
- Atagün, İ. M., Balaban, D. Ö., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, Y. A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yüğü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (3), 513-552.
- Ayer, F. D. (2016). *Evlilik Doyumunun Eş Desteğı, Evlilik İletişim Şekilleri ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bakas, T., Austin, J. K., Habermann, B., Jessup, N. M., McLennon, S. M., Mitchell, P. H., ... & Weaver, M. T. (2015). Telephone assessment and skill-building kit for stroke caregivers: a randomized controlled clinical trial. *Stroke*, 46(12):3478-87.
- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Jama*, 307(4), 398-403.
- Beydoğan Tangör, B. & Curun, F. (2016). Psikolojik İyi Oluşun Yordayıcıları Olarak Bireysel Farklılıklar: Özgünlük, Benlik Saygısı ve Sürekli Kaygı. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(4), s. 1-13.
- Bilge, U., Elçioğlu, Ö., Ünalacak, M., Ünlüoğlu, İ. (2014). Türkiyede Yaş-lı Evde Bakım Hizmetleri. *Euras J Fam Med*, 3(1):1-8.
- Bramboeck, V., Moeller, K., Marksteiner, J., & Kaufmann, L. (2020). Loneliness and burden perceived by family caregivers of patients with Alzheimer disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 35, 1533317520917788.
- Bujnowska-Fedak, M. M., & Grata-Borkowska, U. (2015). Use of telemedicine-based care for the aging and elderly: promises and pitfalls. *Smart Homecare Technology and TeleHealth*, 31, 91-105.
- Burke, T. J., & Segrin, C. (2014). Bonded or stuck? Effects of personal and constraint commitment on loneliness and stress. *Personality and Individual Differences*, 64, 101–106.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463.
- Carers UK. (2015) . Alone caring and isolation: Loneliness and the impact of caring on relationships. 22 Ağustos 2022 tarihinde <http://www.carersuk.org/forprofessionals/policy/policy-library/alone-caring> adresinden erişildi.
- Chang, E. C., Lian, X., Yu, T., Qu, J., Zhang, B., Jia, W., ... Hirsch, J. K. (2015). Loneliness under assault: Understanding the impact of sexual assault on the relation between loneliness and suicidal risk in college students. *Personality and Individual Differences*, 72, 155–159.

- Chen, M. C., Kao, C. W., Chiu, Y. L., Lin T. Y., Tsai Y. T., Jian Y. T. Z., ...& Kao, S. (2017). Effects of home-based long-term care services on caregiver health according to age. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1): 1-10.
- Christakis, N. A., & Allison, P. D. (2006). Mortality after the hospitalization of a spouse. *New England Journal of Medicine*, 354(7), 719-730.
- Chukwuorji, J. C., Amazue, L. O., Ekeh, O. H. (2016). Loneliness and psychological health of orthopaedic patients' caregivers: Does gender make a difference? *Psychol. Health Med*, 22, 501–506. doi: 10.1080/13548506.2016.1173711
- Cimete, G. (1998). Birinci Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı. Marmara Üniversitesi, 1-41 p.
- Clark, D. M. T., Loxton, N. J., & Tobin, S. J. (2015). Multiple mediators of reward and punishment sensitivity on loneliness. *Personality and Individual Differences*, 72, 101–106.
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psycho-geriatr*, 28:557–576.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812.
- Çavdar, D., Bağcı, V., Çorbacı, E. C., Sarıtaş, S. & Taşdelen, M. K. (2015). Adaptation of De Jong Gierveld Loneliness Scale into Turkish. *International Journal of Humanities and Social Science*, 5(9), 84-92.
- Çoban, M., & Esatoğlu, A. E. (2004). Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 12(2):109-20.
- Dağdeviren, T. S. (2017). *Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Bakım Yükünün Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi.
- Dağlı, M. Ç., & Gündüz, B. (2017). Üniversite öğrencilerinde yalnızlık ve psikolojik iyi oluş ilişkilerinde problemli internet kullanımının aracı rolü. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 44, 339-357.
- Danış, M., & Solak, Y. (2014). Evde bakım hizmetlerinin organizasyonu: Hollanda örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 24, 57-71.
- De Jong Gierveld, J., Van Tilburg T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social. *European Journal of Aging*, 7, 121–130.
- De Jong-Gierveld, J., & Kamphuis, F. H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289-299.
- Demir, R. ve Türk, F. (2020). Pozitif psikoloji: Tarihçe, temel kavramlar, terapötik süreç, eleştiriler ve katkılar. *Uluslararası Akademik Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 108-125.
- Demirsoy, N. (2017). An example of Istanbul sharia court records (Ser'iyye Sicilleri) a start date for Home Care: A document date 1766. *Turkish Journal of Family Practice*. 2017;21(2):66-73.
- Deniz, M. E., Erus, S. M., & Büyükcebeci, A. (2017). Bilinçli Farkındalık İle Psikolojik İyi Oluş İlişkisinde Duygusal Zekanın Aracılık Rolü. *Turkish Psychological Counseling And Guidance Journal*, 7(47), 17-31.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143–156.

- Dinçer, M., Kahveci, K., Doger, C., & Yarici, A. K., (2017). Long-term care hospitals in Turkey: A review Centres de long séjour hospitaliers en Turquie: Analyse. *Eastern Mediterranean Health Journal* , vol.23, no.8, 564-570.
- Eroğlu, F., & Parlar, H. (2018). Evli kadın ve erkeklerde psikolojik iyi oluşun ebeveyn tutumuna etkisinin incelenmesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(33), 89-101.
- Eroğlu, N. (2013). *Psikolojik iyi olma ile topluluk hissi arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Friedemann, M., & Buckwalter, K. C. (2014). Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 313–336
- Galanaki, E. (2004). Teachers and loneliness: The children's per-spective. *School Psychology International*, 25, 92–105.
- Galioglu, C. (2014). *Beliren Yetişkinlerin Yalnızlık ve Umutsuzluk Düzeyleri İle Aile İşlevleri Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı.
- Gallagher, M. W. (2009). "Well-Being". S. J. Lopez (Ed.). *The Encyclopedia of Positive Psychology*. USA: Wiley-Blackwell Publishing.
- Gel, T. K., & Kesgin, T. M. (2017). İnfomal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(4):266-277.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Göcen, G. (2013). Pozitif Psikoloji Düzleminde Psikolojik İyi Olma Ve Dini Yönelim İlişkisi: Yetişkinler Üzerine Bir Araştırma. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 7(13), 97-130.
- Göcen, G. (2014). Şükür Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.
- Gök Metin, Z., & Helvacı, A. (2019). Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren aile üyelerinde algılanan bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(22), 59-66.
- Gray, B. H., Sarnak, D. O., and Burgers, J. S. (2015). Home care by self-governing nursing teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. *Commonwealth Fund New York*, 1-12.
- Gupta, A., Solanki, R. K., Koolwal, G. D., & Gehlot, S. (2015). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Public Health Research*, 4(1), 70-76.
- Gür, S. C., & Ersin, F. (2021). The Investigation of Caregiving Burden and Life Quality of Caregivers Who Care for Cancered Patients. *Journal of Harran University Medical Faculty*, 18(1).
- Hajek, A., Kretzler, B., & König, H. H. (2021). Informal caregiving, loneliness and social isolation: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12101.
- Hawkey, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*, 25(1), 132–41. doi: 10.1037/a0017805
- Hefferon, K. ve Boniwell, I. (2014). Pozitif psikoloji: Kuram, araştırma ve uygulamalar. T. Doğan (Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Hefferon, K., Boniwell, I. (2018). Pozitif Psikoloji Kuram Araştırma ve Uygulamalar. çev. Editörü Tayfun Doğan. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Hisar, K. M., Erdoğan, H. (2014). “Evde Sağlık Hizmeti Alanlarda Yaşam Kalitesi Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.” *Genel Tıp Dergisi* 24(4): 138–42.
- Holdsworth, K. J. (2015). Resmî olmayan bakımda bağımlı yaşlılar ve bakım verenleri için sağlık etkileri: Antalya evde bakım araştırması (AEBA). D. Alptekin, (Ed.), Hasta Toplum, içinde (145-166). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Huertas-Domingo, C., Márquez-González, M., Cabrera, I., Barrera-Caballero, S., Pedrosa-Chaparro, M. D. S., Romero-Moreno, R., & Losada-Baltar, A. (2021). Sociocultural influences on the feeling of loneliness of family caregivers of people with dementia: the role of kinship. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4700.
- Işık, K. (2013). *Yaşlı hastaya evde bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/handle/11616/1083>. Erişim tarihi: 10.10.2022.
- İncesu, E., Tombul, C., Arkan, M. ve Babuçcu, H. (2014). Evde Sağlık Hizmetlerinin Erişilebilirlik:Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(4), 18-25.
- Kalinkara, V. ve Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10 (2), 19-39.
- Karahan, A. Y., & İslam S. (2013). Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1).
- Karsavuran, N. , Özen, M. , Nur Eke, R. , Vural, R. , Bulca Acar, A. , Aşık, Z. & Koşar, I. (2022). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde Takipli Hastalara Bakım Veren Kişilerde Psikolojik Sıkıntı Görülme Sıklığı . *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* , 31 (4) , 254-261 .
- KASDER. (2021). Sağlık Bakanlığınca ücretsiz sunulan evde sağlık hizmetleri uygulaması. Türkiye Kas Hastalıkları Derneği. <https://kasder.org.tr/> (Erişim Tarihi: 26.08 2022).
- Keyes, C. L. M. (2015). “Human Flourishing and Salutogenetics”. M. Pluess (Ed.), *Genetics of Psychological Well-Being: The Role of Heritability and Genetics in Positive Psychology*. Oxford University Press, New York.
- Keyes, C. L. M. and Martin, C. C. (2017). “The Complete State Model of Mental Health”. M. Slade, L. G. Oades ve A. Jarden (Ed.), *Wellbeing, Recovery and Mental Health*. Cambridge University Press, New York.
- Kurt Gök, D., Gültekin, M., & Ekinci, A. (2020). Demanslı Parkinson Hastalarının Bakım Verenlerinde Cinsiyete Göre Yalnızlık, Ağrı ve Anksiyete Düzeylerinin Psikometrik Değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 37-41.
- Küçükgülçü, Ö., Şentürk Gönen, S., Akpınar Söylemez, B. (2017). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. *Dokuz Eylül Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10 (2), 68-78.
- Langner, L. A., & Furstenberg, F. F. (2020). Gender differences in spousal caregivers’ care and housework: Fact or fiction?. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(1), 173-183.
- Lecovich, E. (2008). Caregiving burden, community services, and quality of life of primary caregivers of frail elderly persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27 (3), 309-330.

- Lethin, C., Renom-Guiteras, A., Zwakhalen, S., Soto-Martin, M., Saks, K., Zabalegui, A., ... & Karlsson, S. (2017). Psychological well-being over time among informal caregivers caring for persons with dementia living at home. *Aging & Mental Health*, 21(11), 1138-1146.
- Libert, Y., Borghgraef, C., Beguin, Y., Delvaux, N., Devos, M., Doyen, C., ... & Razavi, D. (2017). Factors associated with self-perceived burden to the primary caregiver in older patients with hematologic malignancies: an exploratory study. *Psychooncology*, 26(1), 118-124. doi:10.1002/pon.4108
- Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M., Rosa, M. M. (2020). Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ Support Palliat Care*, 1–12. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002242.
- Linley, P.A., Joseph, S., Harrington, S. and Wood, A.M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Liu, Z., Heffernan, C. & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. 7 (4), 438-445.
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bull. World Health Organ.*, 96, 644–653.
- March, E., Grieve, R., Marx, E., Witteveen, K. (2013). More of a (wo)man offline? Gender roles measured in online and offline environments. *Pers. Individ. Differ.* 55, 887–891.
- Matud, M.P., Bethencourt, J.M., Ibáñez, I. (2015). Gender differences in psychological distress in Spain. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 61, 560–568.
- Matud, M.P., García, M.C. (2019). Psychological distress and social functioning in elderly Spanish people: A gender analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 341.
- McDonald, J., Swami, N., Hannon, B., Lo, C., Pope, A., Oza, A., ... & Zimmermann, C. (2017). Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. *Annals of Oncology*, 28(1), 163-168.
- McRae, C., Fazio, E., Hartsock, G., Kelley, L., Urbanski, S., Russell, D. (2009). Predictors of loneliness in caregivers of persons with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord.* 15, 554–557.
- Mentzakis, E., McNamee, P., & Ryan, M. (2009). Who cares and how much: Exploring the determinants of co-residential informal care. *Review of Economics and the Household*, 7(3), 283–303. doi:10.1007/s11150-008-9047-0
- Moneta, G. B. (2014). *Positive Psychology: A Critical Introduction*. Palgrave Macmillan, Hampshire.
- Murayama, Y., Ohba, H., Yasunaga, M., Nonaka, K., Takeuchi, R., Nishi, M., ... Fujiwara, Y. (2015). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging & Mental Health*, 19, 306–314.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Families caring for an aging America*. The National Academies Press. doi:10.17226/23606
- O'Connell, M.E., Germaine, N., Burton, R., Stewart, N. et al., (2013). Degree of rurality is not related to dementia caregiver distress, burden, and coping in a predominantly rural sample. *J Appl Gerontol*, 32, 1015–29.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. Erişim tarihi: 12.10.2022
- Oğlak, S. (2008). Türkiye'de bakıma muhtaç bireylerin bakım hizmetlerinde sosyal bakım elemanının eğitimi ve istihdam açısından önemi. *Özveri Dergisi*, 5 (1), 1125-1141.

- Or, R. (2013). *Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali*. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi, <http://acikerisim.pau.edu.tr/handle/11499/1950>. Erişim tarihi: 21.01.2023
- Otis-Green, S., & Juarez, G. (2012). Enhancing the social well-being of family caregivers. *In Seminars in oncology nursing* (Vol. 28, No. 4, pp. 246-255). WB Saunders.
- Oymak, Y. C. (2017). *Psikolojik İyi Oluş ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017; 7-18.
- Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti, 149-170.
- Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özer, S. (2010). Kalp Yetersizliğinde Aile /Bakım Verici Yükü, Türk Kardiyoloji Derneği, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1): 3-7.
- Özer, Ö., & Şantaş, F. (2012). Home care services provided by the public sector and its finance. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;3(2):96-103
- Özyeşil, Z., Oluk, A. & Çakmak, D. (2014). State and trait anxiety levels of load procedure giving care to elderly patients. *Anatolian Journal of Psychiatric Nursing*, 15, 39-44.
- Özyurt, B. (2020). Ergenlerin Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Pagani, M., Giovannetti, A. M., Covelli, V., Sattin, D., Raggi, A., & Leonardi, M. (2014). Physical and mental health, anxiety and depressive symptoms in caregivers of patients in vegetative state and minimally conscious state. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 420–426
- Patnaik, G. (2021). *Positive Psychology for Improving Mental Health & Well-Being*. Notion Press, Chennai.
- Payne, J. B., Dance, K. V., Farone, M., Phan, A., Ho, C. D., Gutierrez, M., ... & Flowers, C.R. (2019). Patient and caregiver perceptions of lymphoma care and research opportunities: A qualitative study. *Cancer*, 125(22), 4096-4104.
- Peavy, G., Mayo, A. M., Avalos, C., Rodriguez, A., Shifflett, B., & Edland, S. D. (2022). Perceived stress in older dementia caregivers: Mediation by loneliness and depression. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 37, 15333175211064756.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44–55.
- Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). Caregiving burden and health-promoting behaviors among the family caregivers of cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*, 19(2), 174-181. doi:10.1016/j.ejon.2014.09.003
- Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J., Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS One*, 12(7). doi: e0181442
- Ross, A., Perez, A., Wehrle, L., Lee, L. J., Yang, L., Cox, R., ... & Wallen, G. R. (2020). Factors influencing loneliness in cancer caregivers: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 29(11), 1794-1801.
- Ryff, C. D. ve Singer, B. H. (2008). “Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being”. *Journal of happiness studies*, 9(1): 13-39.

- Ryff, D. C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-%20bakanligincasunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html>, Erişim Tarihi: 23.06.2022.
- Santos-Orlandi, A. A. D., Brigola, A. G., Ottaviani, A. C., Luchesi, B. M., Souza, É. N., Moura, F. G. D., ... & Pavarini, S. C. I. (2019). Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 88-96.
- Saraçoğlu, E., Altay, B., & Dönmez, M.D. (2022). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü Ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 10, Sayı: 124, Ocak 2022, s. 370-382.
- Sarı, T. ve Çakır, S. G. (2016). Mutluluk korkusu ile öznel ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Research in Education and Teaching*, 25(2), 222-229.
- SB. (2015). SKS evde sağlık seti. Sağlık Bakanlığı, Ankara. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-15193/saglikta-kalite-standartlari-sks-evde-saglik-yayimlandi.html> (Erişim tarihi: 23.06.2022)
- SB. (2017). Evde sağlık hizmetleri. Sağlık Bakanlığı, Ankara. <https://khgm.saglik.gov.tr/> (Erişim tarihi: 23.06.2022)
- Sezer, A., Demirbaş, H., Kadioğlu, H. (2015). Evde bakım hemşireliği: mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2): 160-165.
- Shoukr, E. M. M., Mohamed, A. A. E. R., El-Ashry, A. M., & Mohsen, H. A. (2022). Effect of psychological first aid program on stress level and psychological well-being among caregivers of older adults with alzheimer's disease. *BMC nursing*, 21(1), 1-14.
- Soylu, C., Ozaslan, E., Karaca, H., & Ozkan, M. (2016). Psychological distress and loneliness in caregiver of advanced oncological inpatients. *Journal of health psychology*, 21(9), 1896-1906.
- Söğüt, Ç. ve Dündar, E. P. (2017). Manisa'da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde evde sağlık hizmeti alan kişilere bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 15(1):37-46.
- Stickley, A., Koyanagi, A., Leinsalu, M., Ferlander, S., Sabawoon, W., & McKee, M. (2015). Loneliness and health in Eastern Europe: Findings from Moscow, Russia. *Public Health*, 129, 403410.
- Świtaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M., & Wciórka, J. (2015). Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: The mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 73-79.
- T.C Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik.10.03.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25751 <http://www.mevzuat.gov.tr>. Erişim tarihi:10.07.2022
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. (2015). Resmi Gazete Sayısı: 29280. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> Erişim Tarihi: 30.05.2022.
- Taç, S. (2014). *Aydın'da evde sağlık hizmeti alan engelli hastalarda ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden memnuniyet*. Yüksek lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Takahashi, P. Y., Naessens, J. M., Peterson, S. M., Rahman, P. A., Shah, N. D., Finnie, D. M., ... & Hanson, G. J. (2016). Short-term and long-term effectiveness of a post-

- hospital care transitions program in an older, medically complex population. *Healthcare* (Amsterdam, Netherlands), 4(1): 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.06.006>.
- Taşdelen, P. ve Ateş, M. (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 9(3):22-29.
- TDK. (2020). Bakım kavramı. <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim tarihi: 15.08.2022
- Tekin, B. N. (2022). *Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Açık Erişim Sistemi, <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/26346>. Erişim tarihi: 20.12.2022
- Tekin, G. T. (2018). *Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü İle Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Yüksek lisans tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 30-53
- Telef, B. B. (2011). *Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. 11. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 3–5 Ekim, Selçuk- İzmir.
- Telef, B. B. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(3), 374-384.
- Travis, S. S., Bethea, L. S., & Winn, P. (2000). Medication administration hassles reported by family caregivers of dependent elderly persons. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(7), M412-M417.
- Tuna, M., & Olgun, N. (2010). İnmalı Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*;17(1): 41-52.
- Türk Tabipler Birliği Yayınları. (2016). Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Sağlık Emek ve Meslek Örgütlerinin Görüş ve Yaklaşımları. 2016.
- Ulu, M. (2018). İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Psikolojik İyi Oluşları ile Değer Yönelimleri Arasındaki İlişki. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 20 (37): 183-215.
- Ulusoy, N., & Graessel, E. (2017). Subjective burden of family caregivers with Turkish immigration background in Germany. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(4), 339-346.
- Uyar, M. (2019). *Beliren Yetişkinlik Dönemindeki Bireylerin Psikolojik İyi Oluş Düzeylerini Yordamada Bağlanma Tarzları Ve Bilişsel Duygu Düzenlemenin Rolünün İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, <http://acikerisim.maltepe.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12415/241>. Erişim tarihi: 12.12.2022
- Uygun, Ü. K. (2019). *Alzheimer Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Açık Akademik Arşivi, <https://acikerisim.sakarya.edu.tr/handle/20.500.12619/90426>. Erişim tarihi: 20.12.2022
- Uzan, M. M., Uzan, G. S., Sarıkaya, D., Toprak, D. (2018). “E2 Tipi İlçe Devlet Hastanesinde Evde Sağlık Hizmetleri.” *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(5): 11–14.

- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016.
- Vasileiou, K., Barnett, J., Barreto, M., Vine, J., Atkinson, M., Lawson, S., Wilson, M. (2017). Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: A qualitative investigation *Front Psychol*, 8, 585.
- Victor, C. R., Rippon, I., Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Hart, N., ... & Clare, L. (2021). The prevalence and predictors of loneliness in caregivers of people with dementia: findings from the IDEAL programme. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1232-1238.
- Wagner, M., & Brandt, M. (2015). 16 Loneliness among informal caregivers aged 50+ in Europe. *Ageing in Europe-supporting policies for an inclusive society*, 9783110444414-018.
- Wammers, J., Jeurissen, P., Westert, G., ve Tanke, M. (2014). The Dutch health care system. *The Commonwealth Fund*, 12, 113-119.
- WHO (World Health Organization). (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. *WHO Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report. Volume 5*. p.: 7-38.
- Wols, A., Scholte, R. H. J., & Qualter, P. (2015). Prospective associations between loneliness and emotional intelligence. *Journal of Adolescence*, 39, 40–48.
- Wu, Y., & Zhang, C. (2011). The impact of isolation and loneliness on elderly well-being.
- Yavaş, G. Ç. (2020). *Demanslı hastalara bakım verenlerin algıladığı sosyal desteğin bakım yüküne etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Kurumsal Akademik Arşivi, <https://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12511/8031>. Erişim tarihi: 20.12.2022
- Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E., Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 54-66.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Çınar Pakyüz, S. (2017). Evaluation of Care Burden and Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Cancer. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. doi:10.5222/head.2016.216
- Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., Sağlam, M., Doğanıymaz, D. ve Erdem, S. (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi - Istanbul Med J*, 11(3), 125-132.
- Yiengprugsawan, V., Seubsman, S. S. A., Sleigh, A.C. (2012). Psychological distress and mental health of Thai caregivers. *Psychological Well Being*, 2, 111.
- Zhang, B., Lv, X., Qiao, M., & Liu, D. (2021). The full mediating role of loneliness on the relationship between social support and depression among rural family caregivers of persons with severe mental illness. *Frontiers in Public Health*, 1608.
- Zhang, F., You, Z., Fan, C., Gao, C., Cohen, R., Hsueh, Y., & Zhou, Z. (2014). Friendship quality, social preference, proximity prestige, and self-perceived social competence: Interactive influences on children's loneliness. *Journal of School Psychology*, 52, 511–526.
- Zwar, L., König, H. H., & Hajek, A. (2020). Psychosocial consequences of transitioning into informal caregiving in male and female caregivers: findings from a population-based panel study. *Social Science & Medicine*, 264, 113281.

EKLER

EK-1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma " Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin yalnızlık durumları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi" amacıyla yapılmaktadır. Sizden ad, soyad gibi kimliğinizi belirten herhangi bir bilgi istenmemektedir. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmadan elde edilen kişisel veriler gizli tutulacak olup yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Ankette yer alan soruları eksiksiz ve doğru şekilde doldurmanız çalışmamız açısından önemlidir.

Araştırmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Ayşe KOÇ ÖZBEK

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: a-) Kadın b-) Erkek
3. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Dul
4. Eğitim durumunuz:
a-) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
5. Çocuğunuz var mı?
a) Var b) Yok
6. Mesleğiniz:
a) Ev hanımı b) Memur c) Emekli d) İşçi e) Diğer.....
7. Şuan herhangi bir işte çalışıyormusunuz?
a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
8. Gelir durumunuz nedir?
a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime eşit c) Gelirim giderimden fazla
9. Sosyal güvenceniz var mı? a) Var b) Yok
10. Aile tipiniz : a) Geniş aile b) Çekirdek aile c) Parçalanmış aile

11. Konut tipiniz : a) Apartman dairesi b) Müstakil ev
12. Kendi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?
a-) İyi b-) Orta c-) Kötü
13. Bakım verdiğiniz bireyle yakınlık dereceniz :
a) Kızı b) Oğlu c) Gelini d) Eşi e) Diğer
14. Bakım verdiğiniz bireyle aynı evde mi yaşıyorsunuz?
a-) Evet b-) Hayır
15. Bakım verdiğiniz bireye bakma sebebiniz nedir?
a) Ailevi sorumluluk b) Maddi yönden katkısının olması
c) Başka kimsenin bakmaması
16. Bakım verdiğiniz bireye ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?
a-) 0-1 yıl b-) 1-4 yıl c-) 4-7 yıl d-) 7-10 yıl e-) 10 yıldan fazla
17. Bakım vermede destek alıyormusunuz?
a-) Evet b-) Hayır
18. Bakım verdiğiniz bireyin yaşı:.....
19. Bakım verdiğiniz bireyin cinsiyeti:
a) Kadın b) Erkek
20. Bakım verdiğiniz bireyin medeni durumu:
a) Evli b) Bekar c) Dul
21. Bakım verdiğiniz bireyin eğitim durumu:
a-) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise ve üstü
22. Bakım verdiğiniz birey hangi hastalık/hastalıklar sebebiyle evde sağlık hizmeti alıyor? Birden fazla seçebilirsiniz.
a) Serebrovasküler hastalık b) Alzheimer c) Kalp hastalığı d) Onkolojik hastalık
e) Kas-iskelet sistemi hastalığı f) Diyabet g) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı h-) Böbrek yetmezliği i) Parkinson j) Diğer

EK-2. De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği

De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği

Sayın katılımcı,

Aşağıda verilen her bir ifadeyi dikkatle okuduktan sonra bu ifadenin sizin için ne kadar uygun olduğunu yanda verilen seçeneklerden birini seçerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya özen gösteriniz. İlginiz için teşekkür ederiz.

Maddeler	Hiç uygun değil	Uygun değil	Uygun	Çok uygun
1. Keşke gerçekten yakın bir arkadaşım olsa.	1	2	3	4
2. Etrafımda bana eşlik eden kimsenin olmaması beni üzüyor.	1	2	3	4
3. Ne zaman arkadaşlarıma ihtiyacım olsa onlara güvenebilirim.	1	2	3	4
4. Sıklıkla kendimi reddedilmiş hissediyorum.	1	2	3	4
5. Kendimi boşlukta hissediyorum.	1	2	3	4
6. Tamamıyla güvenebileceğim çok sayıda insan var.	1	2	3	4
7. Etrafımda birilerinin olmasını özliyorum.	1	2	3	4
8. Etrafımda günlük problemlerim hakkında konuşabileceğim daima birisi vardır.	1	2	3	4
9. Sıkıntıya düştüğümde güvenebileceğim birçok kişi var.	1	2	3	4
10. Arkadaş ve yakın çevrem çok sınırlı olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4
11. Kendimi yakın hissettiğim yeterince insan var.	1	2	3	4

Puanlama

Sosyal yalnızlık boyutu*: M3 + M6 + M8 + M9 + M11

Duygusal yalnızlık boyutu: M1 + M2 + M4 + M5 + M7 + M10

*Bu boyuttaki maddeler pozitif ifadeler içerdiğinden, maddeler ters kodlanarak toplam puan alınabilir. Böylece, yüksek puan alanların yalnızlık düzeyleri yüksek olacaktır.

NOT: Ters kodlama yapıldıktan sonra, "hiç uygun değil=0" ve "uygun değil=0"; "uygun=1" ve "çok uygun=1" şeklinde yeniden kodlama yapılarak toplam 11 üzerinden puan elde edilebilir. Bu puanlara göre ise kişiler dört gruba ayrılabilir: *yalnız değil* (0,1,2 puanlar), *orta düzeyde yalnız* (3-8 arası puanlar), *ciddi derecede yalnız* (9,10 puanları) ve *çok ciddi derecede yalnız* (11 puan).

EK-3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği-PİOÖ

PİOÖ

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

- | | | |
|---|---|----------------------|
| 1 | Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum | <input type="text"/> |
| 2 | Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir | <input type="text"/> |
| 3 | Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim | <input type="text"/> |
| 4 | Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum | <input type="text"/> |
| 5 | Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim | <input type="text"/> |
| 6 | Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum | <input type="text"/> |
| 7 | Geleceğim hakkında iyimserim | <input type="text"/> |
| 8 | İnsanlar bana saygı duyar | <input type="text"/> |

**EK-4. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler
Araştırmaları Etik Kurul kararı**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
22.10.2021	10	2021-790

KARAR NO: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ayşe KOÇ ÖZBEK' in
2021-790 Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında "Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yalnızlık Durumları ile Psikolojik İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket ve ölçek çalışmalarını içeren 30877 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ayşe KOÇ ÖZBEK' in Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında "Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yalnızlık Durumları ile Psikolojik İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket ve ölçek çalışmalarının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

EK-5. Kurum İzni

SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ (Başvuru İnceleme Komisyonu Raporu)

İl Müdürlüğümüze Gerze Devlet Hastanesinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket vb. başvuruları incelemek ve değerlendirmek üzere İl Müdürlük Makamının 26/07/2020 tarih ve E.679 Sayılı Onayı ile oluşturulan "Başvuru İnceleme Komisyonu" .İS../03/2022 tarihinde İl Sağlık Müdürlüğümüz toplantı salonunda toplanmış ve aşağıdaki kararlar alınmıştır.

GENEL BİLGİLER

Araştırmacının Adı – Soyadı : Ayşe KOÇ ÖZBEK

Araştırmanın Açık Adı : Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yalnızlık Durumları ile Psikolojik İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Kurumu/Üniveritesi : Ondokuz Mayıs Üniv. Sağlık Bilim. Fak. Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Çalışma Türü : Bireysel Çalışma

Çalışma Özeti : Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yalnızlık Durumları ile Psikolojik İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi amacıyla; Gerze Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti birimine başvuranlara anket uygulanacaktır.

Çalışma Yöntemi : Anket Yöntemi

Çalışma Zaman Takvimi : 30/03/2022-30/07/2022

KARAR : Yukarıda genel bilgileri verilen araştırmanın Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ayşe KOÇ ÖZBEK tarafından, Gerze Devlet Hastanesi bünyesinde ilgili mevzuat hükümleri dahilinde yürütülmesi Komisyonumuzca değerlendirilerek UYGUN görülmüştür.İS../03/2022

EK-6. De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği kullanım izni

Ölçek kullanım izni

2 ileti

Ayşe Koç Özbek

17 Ağustos 2021 17:34

Alıcı:

Sayın hocam merhaba;
Ben Ayşe KOÇ ÖZBEK. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Evde hasta bakım hemşireliği bölümünde yüksekisans yapmaktayım. Tez konum " Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin yalnızlık durumları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi" dir. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması'nı yapmış olduğunuz " De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği "ni izninizle tezimde kullanmak istiyorum.
Teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Derya Akbaş

19 Ağustos 2021 14:28

Alıcı: Ayşe Koç Özbek

Merhaba,
Ölçeği kullanmanızdan mutluluk duyarız. Ekte ölçek ile ilgili açıklamaları bulabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Koç Özbek

17 Ağu 2021 Sal, 17:34 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-7. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği kullanım izni

Ölçek kullanım izni isteme

5 ileti

Ayşe Koç Özbek

12 Ağustos 2021 18:46

Alıcı:

Sayın hocam merhaba;
Ben Ayşe KOÇ ÖZBEK. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Evde hasta bakım hemşireliği bölümünde yüksekisans yapmaktayım. Tez konum " Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin yalnızlık durumları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi" dir. Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması'nı yapmış olduğunuz "Psikolojik İyi Oluş Ölçeği "ni izninizle tezimde kullanmak istiyorum. Teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Bulent Baki Telef

12 Ağustos 2021 18:56

Alıcı: Ayşe Koç Özbek

Merhabalar,

Ekte ölçeği, geçerlik ve güvenilirliğini gönderiyorum. İyi çalışmalar.

12 Ağu 2021 Per 18:46 tarihinde Ayşe Koç Özbek ·

şunu yazdı:

[Alınılan metin gizlendi]

2. Ekim 2021