

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNE KAYITLI HASTALARIN
İNFORMAL PRİMER BAKIM VERENLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ**

DR. İBRAHİM YURTSEVEN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR – 2022

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNE KAYITLI HASTALARIN
İNFORMAL PRİMER BAKIM VERENLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. İBRAHİM YURTSEVEN

DANIŞMAN: PROF. DR. NİLGÜN ÖZÇAKAR

İçindekiler

TABLO LİSTESİ	i
ŞEKİL LİSTESİ	ii
KISALTMALAR	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vii
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 Evde Sağlık Hizmetleri	4
2.1.1 Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	4
2.1.2 Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	6
2.1.3 Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri	6
2.2. Bakım Verme	7
2.2.1 Bakım Verme Tanımı	7
2.2.2 Bakım Veren Yükü	7
2.2.3 Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler	8
2.2.3.1 Bakım Verenlere Ait Özellikler	8
2.2.3.2 Hastalara Ait Özellikler	9
2.2.4 Bakım Veren Bireyin Gereksinimleri	9
2.3. Stres	10
2.3.1 Stresin tanımı	10
2.3.2 Stresle Başa Çıkma	10
2.3.2.1 Stresle Başa Çıkmanın Tanımı	10
2.3.2.2 Stresle Başa Çıkma Yöntemleri	11
3 GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1 Araştırmanın modeli	13
3.2 Araştırma Örneklemi	13
3.3 Araştırma Uygulaması	13
3.4 Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	14
4 BULGULAR	16
5 TARTIŞMA	50

6 SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1 Sonuç.....	65
6.2 Öneriler	68
7 KAYNAKLAR	70
8 EKLER.....	81
8.1 Ek 1: Etik Kurul İzni	81
8.2 Ek 2: Tire Devlet Hastanesi Başhekimliği İzni	82
8.3 Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	83
8.4 Ek 4: Veri Kayıt Formu	84



TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Tablo 2: Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri

Tablo 3: Bakım verenlerin hastalarına yardım ettiği konular, bakım verme sebebi, bakım vermeye başladıktan sonraki klinik durumları

Tablo 4: Bakım verenlerin bakım vermeden dolayı işlerini bırakma durumu, hastalarıyla birlikte yaşama durumu ve bakım verme süresi

Tablo 5: Bakım verenlere kurumsal psikolojik, sosyal, maddi destek sunulma durumu ve bakım verenlerin dışarıdan gördükleri desteği yeterli bulma durumu

Tablo 6: Bakım verenlerin ZBYÖ ve SBÇYÖ skorlarının dağılımı

Tablo 7: ZBYÖ skorlarının hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması

Tablo 8: ZBYÖ skorlarının bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Tablo 9: Bakım verenlerin farklı konularda hastalara yardım etme durumuna, bakım verme sebebine ve bakım vermeye başladıktan sonraki klinik durumlarına göre ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması

Tablo 11: Bakım verenlere kurumsal psikolojik, sosyal, maddi destek sunulma durumu ve bakım verenlerin gördükleri desteği yeterli bulma durumuna göre ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması

Tablo 12: Mecburiyetten ve kendi isteği ile tuvalet bakımı veren bakım verenlerin ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması

Tablo 13: Hastaların yatağa bağımlılık durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tablo 14: Hastalarda nörolojik hastalık bulunma durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tablo 15 : Hastalarda hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunma durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tablo 16: SBÇYÖ alt ölçek skorlarının bakım verenlerin cinsiyetine göre karşılaştırılması

Tablo 17: Bakım veren yaş gruplarına göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 18: Bakım verenlerin okuryazarlık durumuna göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tablo 19: Aylık ortalama maddi gelirine göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tablo 20: Tüm konularda hastasına yardım etme durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tablo 21: Bakım verenlerin bakım vermeye başladıktan sonra hipertansiyon tanısı almalarına göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tablo 22: Hastalarıyla birlikte yaşama durumlarına göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tablo 23: Günlük bakım verme sürelerine göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tablo 24: SBÇYÖ alt ölçek skorlarının ZBYÖ skoru ile korelasyonu

Tablo 25: SBÇYÖ alt ölçeklerinin Cronbach alfa puanları

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Bakım verenlerin ZBYÖ skoruna göre bakım yükü dağılımı

KISALTMALAR

ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

SBÇYÖ: Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ölçeği

ZBI: Zarit Burden Interview (Zarit Yük Görüşmesi)

TDK: Türk Dil Kurumu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ESH: Evde Sağlık Hizmetleri

COVID-19: Coranavirüs disease 2019 (Koronavirüs hastalığı 2019)

HT: Hipertansiyon

NH: Nörolojik hastalık

DM: Diyabetes Mellitus

KH: Kalp hastalığı

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

PH: Psikiyatrik hastalık

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TEŞEKKÜR

Tez hazırlama sürecime değerli fikirleriyle katkı sunan, doktorluk mesleğine sevgisiyle ve örnek davranışlarıyla rehberimiz olan pek kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nilgün Özçakar'a teşekkürü bir borç bilirim.

İhtisas eğitimim süresince iyi bir insan ve doktor olmamıza vesile olmak için çaba sarf eden, bilim insanının sorumluluk ve özelliklerini bizlere anlatan, aile hekimliği uzmanlığını zihinlerimize yerleştirmek için çalışan değerli hocalarıma teşekkürlerimi ifade etmek isterim. Asistanlık sürecinde birlikte çalıştığım, çalışmaya fırsat bulamadığım, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli asistan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Çalışma verilerinin toplanmasında yoğun iş tempolarına rağmen bana destek olan Tire Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri çalışanlarına çok teşekkür ederim.

İlk öğretmenlerim, üzerimden desteklerini ve dualarını hiç eksik etmeyen güzel annem ve babama çok teşekkür ederim.

ÖZET

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNE KAYITLI HASTALARIN İNFORMAL PRİMER BAKIM VERENLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

Dr. İbrahim Yurtseven, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, İzmir

Amaç: Bu çalışma evde bakım hizmeti veren kişilerin bakım yükünü ve stresle başa çıkma yöntemlerini sorgulayan kesitsel tanımlayıcı ve analitik, anket ve ölçek tabanlı olarak planlanmış olup bu araştırmada primer bakım veren kişilerin sosyal, fiziksel, mental, finansal yüklerini, bakım verme deneyiminde kendilerini güçlü ve zayıf hissettikleri yanlarını ortaya koymak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada İzmir Tire İlçe Devlet Hastanesi evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 550 hastanın informal primer bakım verenlerine ($n = Nt^2pq / d^2 (N-1) + t^2pq$) örneklem formülü kullanılarak hesaplanan 321 bakım verene ulaşılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik form, Zarit bakım veren yükü ölçeği ve stresle başa çıkma yöntemleri ölçeği uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular, istatistiksel analizler için SPSS 20.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Mann Whitney U, Kruskal Wallis H testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmış, $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 321 hastanın 218 (%67,9)'i yatağa tam bağımlıdır. 321 bakım verenin 294 (%91,6)'ü okuryazardır. 116 (%36,1) bakım verenin aylık ortalama maddi gelirinin 2500 TL den az olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin 249 (%77,6)'unun çalışmadığı saptanmıştır. 321 bakım verenin ZBYÖ puan ortalaması $50,86 \pm 16,29$ saptanmıştır. 321 bakım verenin 17 (%5,3)'ünde bakım yükü yok ya da çok hafif, 63 (%19,6)'ünde hafif-orta, 141 (%43,9)'inde orta-ağır, 100 (%31,2)'ünde ağır şiddetli bakım yükü bulunmuştur. Hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin bakım yükü, hastası yatağa yarı bağımlı ve yataktan bağımsız olan bakım verenlerden daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Bakım yükü; hastalarında nörolojik hastalık, Diyabetes Mellitus ve hipertansiyon-Diyabetes Mellitus

multimorbiditesi bulunan bakım verenlerde bulunmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım vermeye başladıktan sonra; hipertansiyon, psikiyatrik hastalık, Diyabetes Mellitus ve hipertansiyon-Diyabetes Mellitus ile hipertansiyon-psikiyatrik hastalık multimorbidite tanısı alan bakım verenlerin bakım yükü, aynı tanısı bulunmayan bakım verenlere göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). SBÇYÖ alt ölçeklerinden çevre desteği arama alt ölçek skoru ile ZBYÖ skoru arasında ve profesyonel destek arama alt ölçek skoru ile ZBYÖ skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir ($p<0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda bakım yükünü üstlenmede çaresiz kalan bakım verenlerin dışarıdan destek aramaya çalıştıkları fakat bunun bakım yükünü azaltmada yeterli olmadığı bilakis bu davranış biçiminin daha çaresiz hissetmelerine neden olduğu saptanmıştır. Toplumumuzda bakım verenlerin de evde sağlık hizmetleri kapsamına alınması ile bakım verenlere yönelik psikolojik yüklerini anlamada onlara destek olunan bir sistem geliştirilebilir. Sosyal hizmetler birimine bağlı çalışan sosyal hizmet uzmanları ve evde sağlık hizmeti personelinin katılımıyla bakım verenlerin sorunlarına yönelik daha sık ve sistematik bir şekilde eğitim toplantıları düzenlenebilir ve koordinasyon içinde çalışma prensipleri geliştirilebilir.

Anahtar kelimeler: Bakım veren, yük, stres, başa çıkma

SUMMARY

CAREGIVER BURDEN OF INFORMAL PRIMARY CARE PROVIDERS OF HOME HEALTH CARE PATIENTS AND EVALUATION OF METHODS OF COPING WITH STRESS

Md. Ibrahim Yurtseven, Dokuz Eylül University School of Medicine, Family Medicine, Izmir, Turkey

Objective: This study was planned as a cross-sectional descriptive and analytical, questionnaire and scale-based questioning the caregiver burden of home care providers and their methods of coping with stress and reveal their strengths and weaknesses.

Method: In this study, informal primary caregivers of 550 patients registered in Izmir Tire State Hospital home health services were reached, and 321 caregivers calculated using the sampling formula ($n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$). A sociodemographic form, Zarit caregiver burden scale and methods of coping with stress scale were applied to the participants. The findings obtained in the study were evaluated using the SPSS 20.0 program for statistical analysis. Mann Whitney U, Kruskal Wallis H test and Spearman correlation analysis were used in the statistical evaluation of the data, and $p < 0.05$ was accepted as significant.

Results: Of the 321 patients who participated in the study, 218 (67.9%) were fully bedridden. 294 (91.6%) of 321 caregivers are literate. It was found that the monthly average income of 116 (36.1%) caregivers was less than 2500 TL. It was determined that 249 (77.6%) of the caregivers were not working. The mean ZBI score of 321 caregivers was 50.86 ± 16.29 . 17 (5.3%) of 321 caregivers had no or very light burden, 63 (19.6%) caregiver had mild-moderate burden, 141 (43.9%) caregiver had moderate-severe burden, 100 (31%) caregiver had a heavy burden was found. The burden of caregivers whose patients were fully bedridden was found to be higher than those of caregivers whose patients were semi-bedridden and independent ($p < 0.001$). Caregiver burden; It was found to be higher in caregivers with neurological disease, Diabetes Mellitus and hypertension-Diabetes Mellitus

multimorbidity in patients compared with to those without ($p<0.05$). After starting to care; Caregivers diagnosed with hypertension, psychiatric disease, Diabetes Mellitus, hypertension-Diabetes Mellitus and hypertension-psychiatric disease multimorbidity had a higher burden compared to caregivers without the same diagnosis ($p<0.001$). A positive and significant correlation was observed between the subscales of the coping ways of stress scale; seeking environment support and professional support and ZBI score ($p<0.001$).

Conclusion: In our study, it was determined that caregivers who were desperate to take on the caregiver burden tried to seek outside support, but this was not enough to reduce the caregiver burden, on the contrary, this behavior made them feel more helpless. With the inclusion of caregivers in our society within the scope of home health services, a system can be developed that supports them in understanding their psychological burdens on caregivers. With the participation of social workers and home health service personnel working under the social services unit, more frequent and systematic training meetings can be organized to address the problems of caregivers, and working principles can be developed in coordination.

Keywords: caregiver, burden, stress, coping

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Evde sağlık bakımı, 60'lı yıllardan önce toplum hizmeti şeklinde planlanmaktaydı. Ziyaretçi hemşireler tarafından bu hizmet sunulmaktaydı. Ancak Medicare'in yasalaşmasını izleyen zamanlarda, ödeme yapılabilmesi için evde sağlık hizmeti alan bireyin hekim muayenesinden geçmesi zorunlu hale getirilmiştir ve evde sağlık hizmetinin tedavi edici bir uygulama durumuna gelmesi hedeflenmiştir (1).

Evde sağlık hizmetinin kapsamının 1990-1997 yıllarında genişlemesiyle ilerleyen teknoloji ve sayıları hızla artan evde sağlık kuruluşlarından çok sayıda insan evde sağlık hizmeti alabilmiştir. Evde sağlık hizmetleri sektörü, sağlık bakımı alanının en gelişen bölümü, ABD'nin ikinci hızla gelişen endüstri alanı olmuştur (1).

Ülkemizde ise geçmişte çıkarılan bazı kanun ve yönetmelikler ile evde sağlık/bakım hizmetlerine düzenlemeler getirilmiştir. Ancak bu hizmetin ülke çapında yaygınlaşması ve sağlık sistemimizle birleşmesi gerçekleşmemiştir. Evde Sağlık Hizmetleri 1980 yılı öncesinde koruyucu sağlık hizmetleri olarak devlet tarafından yürütülen bir hizmetti. 1980 sonrasında ise özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavi ve bakımının yürütülmesi olarak işlev göstermiştir (2).

Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2000 yılında yayınlamış olduğu kalkınma planında evde bakım modelinin geliştirilmesi önerilmiştir (3). Birçok yasa ve yönetmelikte yer alan evde sağlık hizmetleri için ilk olarak 2005 yılında özel bir yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmelik ile amacı, kapsamı ve esasları belirlenmiştir. Daha sonra 2010 yılında "Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" çıkarılmış olup hastanelere bağlı evde sağlık ekipleri kurularak uygulama başlatılmıştır (4). Artık günümüzde her ilimizde evde sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır.

Türk Dil Kurumu'na göre bakım, bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme ve benzeri gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (5).

Bakım vermenin fiziksel, maddi, psikolojik destek gibi pek çok yönü bulunmaktadır (6). Bakım verme resmi ve resmi olmayan olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Resmi olarak evde bakım verenler çoğunlukla hemşire, terapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır (7). Resmi olmayan ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme yönteminde ise hastanın ailesi bakımı üstlenmektedir (8).

Bakıma muhtaç bireyin akut ve kronik fonksiyonel yetersizlikleri nedeniyle resmi olmayan bakım verme daha da yaygınlaşmaktadır. Bunlar banyo yapmasına yardım etmek, beslenmek gibi süregelen bakımının yanı sıra trakeostomi bakımı, intravenöz ilaç uygulaması gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da içermektedir (9). Bakıma muhtaç bireye yapılan yardım bakım verenin sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir.

Bakım verenin yaşadığı yük; depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik zorluklar gibi sonuçlara neden olmaktadır. Bakım vermenin kişide psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimini etkilediği bildirilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı sağlıklarının bozulabileceği bilinmektedir (10). Bakım verenlerin birçoğunda bakım verme sürecinde depresyon ortaya çıkmaktadır. Bunun neticesinde; bakım verenlerin yaşam kaliteleri düşmekte, işlevsel olarak kötüleşmektedir. Bakım yükü nedeniyle meydana gelen olumsuz etkiler, kişiden kişiye değiştiği gibi, toplumlar arasında da farklılık göstermektedir (10).

Stresle başa çıkma, bireyin yaşantısını tehdit edici olarak algıladığı herhangi bir durumda, kendisini içinde bulunduğu daha iyi bir duruma getirmek için, durumu kontrol etmesini ve davranış örüntüsünü içeren gayretler olarak tanımlanmıştır (11). Stresle başa çıkmada genellikle iki strateji kullanılmaktadır.

Birinci yaklaşım; “problem odaklı” başa çıkma yaklaşımıdır. Problem odaklı yaklaşımda bireyler problemden uzaklaşmak için öneri alırlar, problemi değiştirecek ve gelecekte tekrar karşılaşmayı önleyecek tedbirler alırlar.

İkinci yaklaşım ise, “duygu odaklı” başa çıkma yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda, bireyler duygularını erteleme, ağlama, yeme ve içme yoluyla boşaltma eğilimindedirler ve endişelenmemeye çalışmaktadırlar (12).

Problem çözme becerisi yüksek kişiler, doğrudan stres ortaya çıkaran durumu anlayıp, bu durumu yönetmeye ve onu değiştirmeye çalışmaktadırlar. Bu kişiler stres ortaya çıkaran durumlarda en uygun olan stratejiyi belirleyip stres kaynağı ile mücadele içerisine girmektedirler. Problem çözme becerisi daha az olan bireyler ise genellikle duygu merkezli hareket etmektedirler. Duygu odaklı hareket etmek stres ortaya çıkaran durumu doğrudan doğruya değiştirmemekte fakat kişinin yaşantısından etkilenmesine ve duygularını yeniden sorgulamasına neden olmaktadır (13).

Bakım verenin algıladığı yükün anlamlı derecede yüksek olması bakım verme kalitesini de etkileyebileceği için hissedilen yetersizlikten dolayı bakım verenler yaşadıkları stresle başa çıkmada etkin danışmanlık ve eğitimlere ihtiyaç duymaktadır. Bu amaçla verilen kurumsal hizmetler bakım verenlere yardım değil hak olarak sunulması gerekir. Bu haklar sağlık hizmetleri, kişisel bakım, ev işlerine yardım ve bakım verenin sosyalleşmesi için destekleyici nitelikte olmalıdır. Bu kapsamda belirli periyotlarla eve sağlık personeli ve temizlik personeli görevlendirilmeli, bakım verenin yükünü hafifletmek amacıyla evin alışveriş vb. gibi işlerinde yardımcı olabilecek gönüllü, ücretli destek personelleri veya gün içinde hastanın bırakılabileceği hizmetler ile bakım profesyonelleşmeli ve kamulaştırılmalıdır.

Bakım veren aile bireyi çalışıyorsa işini bırakmak veya yarı zamanlı çalışmak nedeniyle gelir kaybına uğrayabildiği gibi sosyal sigorta kapsamına girmeyen tıbbi cihaz ve malzemeler, özel yiyecek ve giyecek gibi ek masraflar nedeniyle finansal olarak da sıkıntı yaşayabilmektedir. Bu sorunların çözümüne yönelik bakım verenlerin finansal sorunları için bakım veren kişilere iş hayatında çalışma saatlerinde esneklik gibi kolaylıklar gösterilebilir. Bakım verenler çalışma hayatına girebilmek için desteklenmeli ve çalışma hayatına bakım verme nedeniyle katılamayan kişilere sigorta primlerinin devlet tarafından ödenmesi gibi bazı haklar verilebilir.

Bakım verenlerin destek aldığı halde güçlük yaşaması sunulan desteklerin yeterli olmadığı, aile üyesinin veya yakınının psikolojik baskı hissettiğini ya da bakım verene yardımcı ücretli bakım verenin ise ekonomik yük nedeniyle bakım verende güçlüğü neden olabildiğini düşündürmektedir. Bu bulgular bakım verenin yaşadığı soruların çözümlenmesinde kurumsal evde bakım hizmetlerinin önemini ve bakım verenlere profesyonel destek verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın amacı informal primer bakım veren kişilerin sosyal, fiziksel, mental, finansal yüklerini, bakım verme deneyiminde kendilerini güçlü ve zayıf hissettikleri yanlarını ortaya koymak ve kamu ve/veya yarı özel-özel kurumlar tarafından hak olarak sunulması gereken psikososyal ve finansal desteğin bakım verene hangi oranda ulaştığını ve bakım yüküne olan etkisini araştırmaktır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık ve bakım hizmetleri, temel sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası olup başta hastalara ve ailelerine bulundukları ve yaşadıkları ortam içerisinde gerekli sağlık hizmetinin verilmesidir. Bu uygulamanın amacı, hastanın ve ailenin yaşam koşullarını asgari düzeyde etkileyerek mümkün olan etkin tedavi ve bakım hizmeti sunmak; bu sayede hastalığın vermiş olduğu kısıtlılıkları en aza indirmek ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (14,15).

Literatür ve günlük uygulamalar incelendiğinde, evde sağlık ile evde bakım hizmetleri uygulamalarının birbirinden farklı kavramlar olarak kullanıldığı gözlenmektedir (16-21). Bu anlam kargaşası ülkemizde de var olup çeşitli kamu kuruluşları tarafından farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ilk tanımlamada “evde bakım” terimi kullanılırken (22,23), ilerleyen dönemlerde bu uygulama “evde sağlık” olarak ifade edilmiştir. Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) ise bu uygulamayı “evde bakım” olarak ifade etmeyi tercih etmiştir (24-28).

ESH (Evde Sağlık Hizmetleri)’nin en önemli avantajları, hastaların kendi yaşam alanlarından ayrılmadan sağlık hizmeti alabilmeleri ve sağlık harcamalarının azalması olarak özetlenebilir. Ayrıca ESH, bireylerin devamlı standart ve kaliteli hizmet alabilmelerinde, bireye özel bakım verilmesinde, zaman tasarrufunda, yaşam kalitesinin artmasında, iyileşme sürecinin hızlanmasında rol oynar, hasta ve hasta yakınlarının eğitime ve son dönem hastaların palyatif bakımına imkan tanır (29).

2.1.1 Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Evde bakım/sağlık hizmetlerinin geçmişi incelendiğinde 20. yy. da hastayı ya da hizmet alması gereken aileyi tespit etmek ve gerekli hizmeti vermek amacıyla ev ziyaretçiliği kavramı olarak ortaya çıkmış ve zamanla hastane hemşirelik hizmetlerinin önüne geçmiştir (30). Gebelerin vücutlarından kan gelmesi nedeniyle yanında bulunan görevli kişilerin de kirlendiği inancıyla doğum eylemi başlayan kadınların tecrit edilip doğum yapabilecekleri başka yerlere götürülmeleri gerektiği savunulmuştur (31,32). Ayrıca Soronas’ın “Gynaegology” adlı eserinde Roma’da doğumların genellikle gebelerin evinde yaptırıldığından ve doğum eylemi başladığında ebelerin kullanacakları alet ve malzemeleri yanlarına alıp gebenin evine gittiğinden bahsedilmektedir (31).

17. yy'da Avrupa'da Toscana Grandükü II. Ferdinand veba salgını nedeniyle halkın desteğini kazanmak ve onlara destek olmak için ev ziyaretleri yapmış, halkın ihtiyaçları da "ev ziyaretçileri" tarafından karşılanmıştır (33).

İngiliz antropolog William Rathbone hasta olan eşine bir hemşire tarafından evlerinde verilen bakım hizmetinin faydasını fark edip yoksul kesime evlerinde hizmet verebilecek gönüllü hemşire hizmeti sistemini kurmuştur. Evde hastalara bakım veren ilk ziyaretçi hemşire olan Mary Robinson ev ziyaretlerinde hasta bakımı ve hijyen kuralları ile ilgili ailelere bilgi vermiştir (34,35).

Evde bakım hizmetlerinin öncülerinin en önemlilerinden biri olan Florence Nightingale, hastalara kendi yaşam alanlarında hizmet verilebilmesi için bir hemşire eğitim kurumuna ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Bu öneri üzerine Liverpool'da 1862 yılında, ev ziyaretlerinde görev alması planlanan hemşirelerin yetiştirilmesi için bir ilkokul açılmıştır (36,37).

ABD'de evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin sayısındaki hızlı artış sebebiyle, 1966 yılında 65 yaş üzeri ve fiziksel veya maddi kısıtlılığı olan bireyler için yürürlüğe konulmuş Medicare sistemi evde hasta bakımı hizmetlerinin gelişiminde önemli rol oynamıştır (36,37).

Tarihimize bakıldığında Anadolu Selçukluları döneminde hekimlerin halka evlerde, pazarlarda ve çarşılarında sağlık hizmeti verdiği bilinmektedir (38). Türkiye'de 1961'de çıkarılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasası ve 1978'de Alma-Ata Bildirisinin ardından "Temel Sağlık Hizmetleri Felsefesi" benimsenmeye başlamıştır. Bireylerin eşit şartlar ve geniş imkânlar ile hizmetlerden faydalanmasını amaçlayan bu yasanın "devamlı hizmet ilkesi" ESH'nin önemini ve gerekliliğini göstermektedir. Herkese, her yerde, her zaman yerleşik planda ve programda sağlık politikası sunulacağını anlatan bu ilke ülkemizin ulusal sağlık politikasını belirlemektedir (39,40).

Ülkemizde 10.03.2005'te 25751 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 'Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik' ile ilk yasal düzenleme yapılmıştır (22,23). Daha sonra 01.02.2010'da ESH'nin Sağlık Bakanlığına bağlı olan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarınca verilmesine dair "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yürürlüğe girmiştir.

Ülkemizde ESH üç yolla uygulanmaktadır. Bunlardan ilki aile hekimleri tarafından, ikincisi hastanelerin bünyesindeki evde sağlık hizmet birimlerince ve şehir

merkezinden uzakta yaşayan hastalara mobil ekipler aracılığıyla verilen evde sağlık hizmetleridir. Öncelikle yatağa bağımlı hastalara hizmet verilmesi amaçlanmış olsa da KOAH gibi kronik solunum sistemi hastalıkları, ileri dönem palyatif bakım hastaları, ileri düzey kas hastalığı olanlar ve yeni doğan bakımları hizmet kapsamı içerisinde yer almaktadır (41).

2.1.2 Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

ESH, çoğu hastalık ve hasta grubu için uygulanabilir olsa da temel ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumdaki yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, kanser hastaları, ileri dönem hastalar, psikiyatri hastaları, enteral ve parenteral beslenme ihtiyacı olan hasta grupları çoğunluğu oluşturmaktadır (42).

Hastane destekli ve kapsamlı ESH'nin sunulabilmesi için çoğunlukla Haddad tarafından 1987 yılında tanımlanmış olan bazı koşullar aranmaktadır. Bu koşullar hastanın ev ortamının uygun olması, tıbbi olarak stabil olması, ailenin ESH almak için istekli olması ve yeterli finansal kaynağının bulunmasıdır(43,44).

Görev tanımı yönerge ile konulmuş olup; hastaların kendi ev ortamında muayenelerinin, tıbbi bakımının, tetkiklerinin, tedavilerinin ve rehabilitasyonunun yapılması; kullanmakta olduğu tıbbi cihaz ve malzemelerin raporlarının çıkarılması için yardımcı olunması, hasta ve hasta yakınlarına hastanın tıbbi durum ve bakımıyla ilgili bilgi verilmesi, hastanın kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanımıyla ilgili hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilmesi ve gereken durumlarda hastanın hastaneye nakillerinin sağlanmasını kapsamaktadır (29).

Özellikle kronik hastalığı olan bireylere evde sağlık hizmeti verilirken hasta ve yakınının da bakıma katılması beklenmektedir. Bu, hasta ve aile ile görevli bakım personeli arasındaki uyum ve bakım hizmetinin başarıya ulaşmasında rol oynayan önemli bir parametredir (29).

2.1.3 Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de ESH sağlık bakanlığına bağlı olarak hizmet veren genel ya da dal hastaneleri, ağız-diş sağlığı merkezleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki ESH birimleri tarafından sunulmaktadır. Birimler arası iletişim ve koordinasyon ile hizmetin yönetiminde koordinasyon merkezi (444 38 33) görev almaktadır (45). Hastanın kimlik ve adres bilgileri sisteme kaydedilerek başvuru alınmaktadır. Başvurunun ardından hekim veya hemşire tarafından hastanın durumu öğrenilir ve verilecek

hizmetler planlanır. Hasta evinde hekim ve hemşire tarafından ziyaret edilerek kişinin evinin şartları, tıbbi durumu, tedaviler ve bakım ihtiyaçları belirlenir. Ardından hekim hastanın mevcut tanı ve tedavilerini planlayan önceki hekimleri ile iletişime geçerek evde bakım ve tedavi planını hazırlar. Gerekli durumlarda hastanın durumu ilgili branşın uzman hekimlerine konsülte edilebilir.

Uygulanmak istenen tedavinin sağlık personeline ihtiyaç duyulmadan hastanın kendisi ya da yakınları tarafından yapılabilecek olması, hastanın iyileşip tedavi gereğinin ortadan kalkması, hasta veya yakınlarının uygulanması planlanan tedaviye direnç göstermesi veya hizmeti sonlandırmayı talep etmesi gibi durumlarda verilen hizmet sonlandırılabilir (29).

2.2. Bakım Verme

2.2.1 Bakım Verme Tanımı

Türk Dil Kurumu (TDK) tanımlamasına göre bakım; bir şeyin iyi gelişimine, iyi bir durumda kalmasına faydalı olmak için verilen emek, bakma işi; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır. Bakım verme, emosyonel, fiziksel veya ekonomik yardım vermeyi kapsamaktadır (31).

Bakım veren kişi, hastanın sorunlarıyla en çok ilgilenen ve onu yakından takip eden kişidir. Bakım verme profesyonel ve profesyonel olmayan bakım olmak üzere iki şekilde sunulabilir (32).

Profesyonel olmayan bakım verici; karşılığında herhangi bir ücret almadan kronik hastalığı olan herhangi bir bireye fiziksel, psiko-sosyal, ekonomik destek sağlayan kişi olarak tanımlanmıştır.

Profesyonel bakım; resmi ve özel kurumlar ile gönüllü kuruluşların sunduğu bakım olarak tanımlanmaktadır (32).

2.2.2 Bakım Veren Yüğü

Bakım verme, zamanla kişinin bakım verme deneyiminde sorumlulukları arttıkça zorluğu da artan bir iş haline gelebilmektedir. Bu durum bakım veren kişiler tarafından 'yük' olarak algılanabilir. Bakım sürecinde hissedilen psikososyal, finansal ve fiziksel zorluklar kişinin üstesinden gelemediği bir noktaya ulaştığı zaman kişide umutsuzluk, çaresizlik, yetersizlik ve suçluluk gibi duyguların yaşanmasına neden olabilir (46).

Literatür incelendiğinde çeşitli psikiyatrik ve fiziksel hastalık tanısı bulunan kişilere bakım verme deneyimi sırasında hissedilen yükü ve etkileyen faktörleri saptamaya yönelik çalışmalar görülmektedir. Bakım veren yükü kavramı Montgomery ve arkadaşları tarafından iki boyut olarak ele alınmış; nesnel yük boyutu hastalığın neden olduğu bakım veren ve aile üyelerinin yaşamış olduğu mahrumiyet, öznel yük boyutu ise bakım verme deneyiminde hissedilen duygusal boyut olarak tanımlanmıştır (47).

Nesnel yük ile ailenin, bakım sunma esnasında harcadığı zaman, hastalığa müdehaledeki finansal süreç, sosyal aktivitelerin gerçekleştirilememesi, aile rutinin bozulması, diğer aile mensuplarının ihtiyaçlarının ihmal edilmesi ve bu nedenle aile içinde değişen roller; öznel yük ile bahsedilen nesnel yükle ilgili deneyimler sırasında kişide meydana gelen her türlü duygusal tepki ifade edilmektedir. Hastayla ilgili olarak deneyimlenen tutum ve tepkiler, hissedilen stres, utanç, üzüntü, suçluluk, yetersizlik, öfke, kaygı ve depresyon gibi duygusal durumlar öznel sıkıntıya neden olur (48).

Bakım veren yükünün öznel ve nesnel boyutu hastaya ve hastalığa ait özelliklerden ve bakım verenin özelliklerinden etkilenebilir (48). Hastalara ait özellikler davranım bozuklukları, kognitif problemler ve işlevdeki güçsüzlükler şeklinde sıralanabilir. Bakım verene ait özellikler olarak cinsiyet, yaş, sosyal destek, fiziksel ya da psikolojik hastalığın olup olmaması, hastaya olan yakınlık derecesi, bakım verme nedeni, sosyokültürel seviyesi, eğitim durumu, etnik köken, yaşadığı toplumun kültürel seviyesi ve kişinin baş etme yetenekleri olarak söylenebilir. Ayrıca bakım gerektiren hastalığın şiddeti de en az diğer iki değişken kadar bakım veren yükü üzerinde etkilidir (49). Yapılan bir çalışmaya göre hastalığa dair etkenler arasında hastanın davranış probleminin bulunması bakım yükünün artmasında en önemli faktördür (48).

2.2.3 Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verenin yükünü etkileyen faktörler bakım verene ait faktörler ve hastaya ait faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.2.3.1 Bakım Verenlere Ait Özellikler

Hastalara bakım veren bireylerin yaşı, cinsiyeti, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme nedeni, öz etkililik derecesi, eğitim durumu, ekonomik durumu,

hastalığının olup olmaması, sosyal destek durumu, baş etme yetenekleri, inançları, bilgi düzeyleri, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu olarak sınıflandırılabilir. Bakım verene ait faktörler bakım veren bireylerin yüklerinin saptanmasında önemli bir ölçü olmasının yanı sıra, hastanın hastalığının seyrinde de önemli rol oynamaktadır (50).

2.2.3.2 Hastalara Ait Özellikler

Araştırmalar sonucu elde edilen bilgilere göre hastalara ait bakım veren yükünü etkileyen faktörleri üç başlıkta toplamak mümkündür; kognitif yetersizlikler (öğrenmede zorlanma, unutkanlığın boyutları ve yüksek kortikal fonksiyonlar), fonksiyonel yetersizlikler (başkalarının yardımına ihtiyaç duyma ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlikler), davranışsal ve psikiyatrik yetersizliklerdir (51). Bakım verenlerin yükünün şu durumlarda arttığı ifade edilmektedir:

- İleri evre kanser hastasının bakımı,
- Bakım verilen hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ciddi sıkıntılarının olması,
- Pediatrik ya da yaşlı bireye (65 yaş üstü) bakım verilmesi,
- Bakım verilen hastanın tuvalete çıkma sıkıntıları, düşme öyküsünün olması,
- Hâlihazırda alınan tıbbi tedavilerin karmaşıklığı,
- Bakımın süresinin uzun olması,
- Bakım vericinin yaşlı ve/veya kadın olması, bakım vericinin eğitim düzeyinin düşük olması ve bakım verenin bakım verme deneyiminde yalnız kalması ve sosyal destek azlığıdır (52,53).

2.2.4 Bakım Veren Bireyin Gereksinimleri

Bakım veren bireyler kendisine ve hastasına yönelik profesyonel bir kişiden destek almak istemekte olup özellikle psikolojik destek almak istemektedirler (54).

Yapılan bir diğer çalışmada ise bakım veren bireylerin %58,0'i hastalarını gerektiğinde bırakabilecekleri bir gündüz bakım evinin olmasını istemektedirler (55).

Bakım veren bireylerin, bakım vermenin neden olduğu duygusal stresi ve bakım verme sürecini yönetmede çok az profesyonel destek aldıkları saptanmıştır (56).

2.3 Stres

2.3.1 Stresin tanımı

Latince “estrica” sözcüğünden dilimize geçen “stres”; insanların sağlığı ve huzuru için bir tehlike işareti, bir uyarı olarak algılanan ve dolayısıyla yetersiz bir şekilde ele alınan olaylara gösterilen, belirgin olmayan fizyolojik ve psikolojik tepkileri ifade etmektedir (57). Stresin çok sayıda tanımı bulunmaktadır. 18. yy. ve 19. yy.’ da stres, nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmıştır. Ayrıca stres, “bütünlüğünü koruma” ve “esas durumuna dönmek için çaba harcama” halini de ifade etmektedir.

Stres, tüm çevresel, bireysel ve örgütsel etmenlerin belli oranlarda rol aldığı, kişinin tutum ve davranışlarına etki eden bir durum olarak değerlendirilmektedir. Stres, bedensel ve ruhsal olarak bizi zorlayan tehditler karşısında yeni bir uyum sağlama çabasına girmemizdir. Kişiye stres duyuran şeyler dış koşullardan kaynaklandığı gibi, insanın olaylara bakış açısından da kaynaklanabilir. Stres, yaşamın ve insanın yapısında olan bir şeydir.

Yaşantıyı üzücü olaylardan soyutlayarak, hep mutlu, neşeli, olumlu olaylarla dolu düşünmek mümkün değildir (58). Hans Selye stresi; bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki olarak, Lazarus ise bireyin karşılaştığı olumsuzluklar karşısındaki kayıpları olarak tanımlamışlardır. Mason’da stresi kişiye özgü spesifik bir tepki olarak değerlendirmiş ve strese maruz kalan herkesin stresten olumsuz etkilenmeyeceğini belirtmiştir (59).

2.3.2 Stresle Başa Çıkma

2.3.2.1 Stresle Başa Çıkmanın Tanımı

Günümüz toplumlarında özellikle küreselleşme ve iktisadi alandaki liberalleşme, yoğun iletişim ağları ve artan iş yükleri bireyin yıpranmasına ve kendisini baskı altında hissetmesine neden olmaktadır. Bu anlamda stres “modern toplumun hastalığı” olarak da ifade edilmektedir (60). Değişimin modern dünyanın kaçınılmaz bir parçası olduğunu düşündüğümüzde, değişime uyum çabası sonucu ortaya çıkan stresten tamamen kurtulmanın mümkün olamayacağı açıktır. Her ne kadar stresten tamamen kurtulamasak da yol açtığı olumsuz sonuçlardan mümkün olduğunca kaçınmak, yani stresle başa çıkmanın yollarını ortaya koymak da insan hayatının kalitesi artırmak açısından gereklidir. Bu anlamda stresle başa çıkmak, stresi ortadan kaldırmak değil, stresi olumlu bir düzeyde tutabilmeyi öğrenmek olarak ifade

edilebilmektedir (61). Başa çıkma teorisi ilk kez 1984 yılında geliştiren Lazarus ve Folkman'a göre başa çıkma "kişinin problem çözme yeterliliğini zorlayan veya aşan dışsal ve içsel ihtiyaçlarını yönlendirmede benimsediği bilişsel ve davranışsal çabalar"dır" (12).

2.3.2.2 Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Literatürde birçok farklı başa çıkma yönteminden bahsedilmektedir (62-66). Bu yöntemlerden birisi de Moos tarafından geliştirilen ve başa çıkma stratejilerini, sağlık ve refah ile anlık yaşam krizleri arasında arabuluculuk yapan bir olgu olarak ele alan etkileşimci modeldir. Bu model çift yönlü olmakla birlikte değişkenlerden geri bildirim sağlamaktadır. Moos başa çıkmanın boyutları üzerine olan farklı perspektifleri bütünleştirmek için çaba harcamış ve başa çıkmanın odak ve metodunu vurgulayan çok boyutlu bir model geliştirmiştir. Başa çıkmaya odaklanma, probleme doğru bireyin yönelmesi anlamına gelirken; metot, bireyin stresi gidermek için bilişsel ya da davranışsal olarak harekete geçmesidir. Odak perspektifi altında bireyler problemleri çözmek ve strese neden olan duruma adapte olma için aktif çaba harcamaktadırlar (yaklaşma) ya da problemden kaçınmayı ve çatışma ile ortaya çıkan duyguyu yönetmeyi denemektedirler (kaçınma). Metot perspektifi altında ise insanlar, stresten kaçınmak veya yaklaşmak için bilişsel veya davranışsal faaliyetleri kullanabilmektedirler. Bu iki boyutun (odak ve yöntemi) kombinasyonu sonucu dört farklı tepki kategorisi oluşmaktadır (67). Aşağıdaki her iki grubun ilk iki tepkisi bilişsel, diğer iki tepkisi ise davranışsal tepkilerdir (66):

I. Yaklaşma Başa Çıkma Stratejileri

- Mantıksal Analiz: Strese neden olan durum ve sonuçlarını anlamak ve zihinsel açıdan hazırlanmak için bilişsel girişimlerde bulunmak,
- Pozitif Yeniden Değerlendirme: Durumu realitesini kabul ederek problemin pozitif yollarla yeniden yapılandırması için bilişsel girişimlerde bulunmak,
- Rehberlik ve Destek Arama: Bilgi, rehberlik, ya da destek almak için davranışsal girişimlerde bulunmak,
- Problem Çözme: Direkt olarak problemle ilgili olarak harekete geçmek için davranışsal girişimlerde bulunmaktır.

II. Kaçınma Başa Çıkma Stratejileri

- Bilişsel Kaçınma: Bir problem hakkında gerçekçi düşünmeye önlemek için bilişsel girişimlerde bulunmak,
- Kabul veya istifa: Problemin neden olduğu durumu kabul ederek, uygun harekette bulunmak için bilişsel girişimlerde bulunmak,
- Alternatif Ödüller Oluşturma: Faaliyetlerin ikamesi içinde yer almak ve yeni memnuniyet kaynakları oluşturmak için davranışsal girişimlerde bulunmak,
- Duygusal Boşalma: Olumsuz duyguları ifade ederek gerginliği azaltmak için davranışsal girişimlerde bulunmaktır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın modeli

Çalışma kesitsel analitik biçimde planlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 26.10.2020 tarihinde evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastaların informal primer bakım verenlerini kapsayan bu çalışma için Tire Devlet Hastanesi Başhekimliğinden izin alınması koşuluyla çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür. "Tire Devlet Hastanesi Başhekimliği" nden 24.11.2020 tarihinde izin yazısı alınmıştır.

3.2 Araştırma Örneklemi

Çalışma İzmir ili Tire İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı hastaların informal primer bakım verenlerine uygulanmıştır.2021 yılı evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 550 hastanın örneklem formülü; $(n = \frac{t^2pq}{d^2 (N-1)} + t^2pq)$ formülü kullanılarak hesaplanan 321 bakım verenine ulaşılmıştır.Evde sağlık hizmetlerine bağlı poliklinikte ve/veya hasta ziyaretlerine katılarak hastanın informal birincil bakım vereni olan kişilere anket ve ölçek uygulanmıştır.

3.3 Araştırma Uygulaması

Araştırmada veri kaynağı olarak birinci bölümde bakım verilen hastanın ve bakım verenin cinsiyeti, yaşı, bakım verenin hastaya yakınlığı, medeni durumu, öğrenim durumu, aylık ortalama maddi geliri, hastanın yatağa bağımlılık durumu, bakım verilen konular ve bakım verme nedeni, hastanın ve bakım verenin tanıları, bakım verenin çalışma durumu, hastayla birlikte yaşama durumu, bakım verme süresi, bakım vermede psikolojik-sosyal-maddi yardım alıp almama durumu ve hissettiği toplam destek memnuniyetini sorgulayan toplam 22 soruluk sosyo-demografik form yer almaktadır.

İkinci bölümde Zarit bakım veren yükü ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçek bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş bir ölçektir (1). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılmış olup Cronbach Alpha Degeri 0.87 -0.99 arasında değişmektedir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek,

bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır (2). Ölçek “asla”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık”, “her zaman” şeklinde 0’ dan 4’ e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeyi içerir. Ölçekten en az 0 ve en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alanlara yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan stresin yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0-20 puan: “ bakım yükü yok”, 21-40 puan: “hafif bakım yükü”, 41-60 puan: “orta düzeyde bakım yükü” ve 61-88 puan ise: “ağır bakım yükü” olarak belirlenir (68).

Üçüncü bölümde türkçeye uyarlanması Koca Ballı ve Kılıç (2016) tarafından yapılmış stresle başa çıkma yöntemleri ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçekte stresle başa çıkma yöntemlerinin ölçülmesinde, Moos (1993) tarafından geliştirilen ve yetişkinlere özel olarak hazırlanmış olan başa çıkma yöntemleri ölçeği kullanılmıştır fakat yalnızca ölçeğin bir bölümü (yaklaşma tepkileri) ve dört boyutu (mantıksal analiz, pozitif değerlendirme, rehberlik ve destek arama, problem çözme) kullanılmıştır. Bu ölçek 24 ifadeden oluşmaktadır ve 5’li Likert tipinde derecelendirilmiştir. Cevaplar ise, 1-Hiçbir zaman, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Çoğunlukla, 5-Her zaman şeklinde sınıflandırılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplanan ölçeğin alt boyutları için Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları problem çözme boyutu için 0,91; pozitif değerlendirme boyutu için 0,91; mantıksal analiz boyutu için 0,91; profesyonel destek arama boyutu için 0,80; çevre desteği arama boyutu için ise 0,73 olarak hesaplanmıştır (69).

Çalışmada örnekleme dahil olan bakım verenlere ev ziyareti yapılarak yüz yüze görüşme tekniği ile anket ve ölçek uygulandı. Çalışma çoğunlukla COVID-19 pandemisi nedeniyle çalışmada yer alan anket ve ölçeği doldurmakta çoğunlukla çekimser davranan, okuma yazması olmayan, yaşlı ve çalışmayı bizzat doldurmayı reddeden katılımcılara sosyal mesafe kurallarına riayet edilip sorular yönelterek ve az sayıda çalışma katılımcı tarafından doldurularak uygulanmıştır.

3.4 Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırmada elde edilen bulgular, istatistiksel analizler için SPSS 20.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Değişkenlerin normal dağılımına uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogrov-Smirnov testi) kullanılarak incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayısal verilerde ortalama, standart sapma, median, minimum-maksimum değerleriyle, nominal verilerde sayı ve yüzde

şeklinde ifade edildi. ZBYÖ skoru ve SBÇYÖ alt ölçek skorları normal dağılmadığı için, ZBYÖ ve SBÇYÖ alt ölçekleri analizlerinde iki grup arasında “Mann Whitney U testi”, üç grup arasında “Kruskal Wallis H testi” tercih edildi. SBÇYÖ analizlerinde Korelasyon analizlerinde “Spearman korelasyon testi” kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.



4 BULGULAR

Çalışmaya katılan 321 hastanın demografik ve klinik verileri değerlendirilmiş ve tablo 1’de gösterilmiştir. 321 hastanın 187 (%58,3)’si kadın, 134 (%41,7)’ü erkekti. Yaş ortalaması $72,7 \pm 17,5$ yılı (4-98 yıl). 0-18 yaş aralığında olan hasta sayısı 4 (%1,2), 19-64 yaş aralığında 65 (%21,4), 65 yaş ve üstü 252 (%78,5) idi. 218 (%67,9)’i yatağa tam bağımlı, 88 (%27,4)’i yarı bağımlı, 15 (%4,7)’i yataktan bağımsızdı.

Bakım verilen 321 hastanın 194 (%60,4)’ünde nörolojik hastalık bulunuyordu, 127 (%29,6)’sinde bulunmuyordu; 184 (%57,3)’ünde hipertansiyon tanısı bulunuyordu, 137 (%42,7)’sinde bulunmuyordu; 111 (%34,6)’inde kalp hastalığı bulunuyordu, 210 (%65,4)’unda bulunmuyordu; 109 (%34,0)’unda Diyabetes Mellitus tanısı bulunuyordu, 212 (%66,0)’sinde bulunmuyordu; 64 (%19,9)’ünde Astım-KOAH tanısı bulunuyordu, 257 (%80,1)’sinde bulunmuyordu, 55 (%17,1)’inde göz hastalığı bulunuyordu, 266 (%82,9)’sında bulunmuyordu; 49 (%15,3)’unda kanser tanısı bulunuyordu, 272 (%84,7)’sinde bulunmuyordu; 49 (%15,3)’unda psikiyatrik hastalık bulunuyordu, 272 (%15,3)’sinde bulunmuyordu.

108 (%33,6) hastada hipertansiyon-nörolojik hastalık multimorbiditesi bulunuyordu, 213 (%66,4) hastada bulunmuyordu; 99 (%30,8) hastada hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunuyordu, 222 (%69,2) hastada bulunmuyordu; 58 (%18,1) hastada kalp hastalığı-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunuyordu, 263 (%81,9) hastada bulunmuyordu; 56 (%17,4) hastada kalp hastalığı-nörolojik hastalık multimorbiditesi bulunuyordu, 265 (%82,6) hastada bulunmuyordu; 54 (%16,8) hastada nörolojik hastalık-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunuyordu, 267 (%83,2) hastada bulunmuyordu; 26 (%8,0) hastada kalp hastalığı-Diyabetes Mellitus-nörolojik hastalık multimorbiditesi bulunuyordu, 295 (%92,0) hastada bulunmuyordu.

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	N (%)	Ortalama	SS
Cinsiyet			
Kadın	187 (%57,9)		
Erkek	134 (%42,1)		
Yaş		72,71	17,51
0-18	4 (1,2)		
19-64	65 (21,4)		
65 ve üstü	252(78,5)		
Yatağa bağımlılık			
Tam bağımlı	218 (67,9)		
Yarı bağımlı	88 (27,4)		
Bağımsız	15 (4,7)		
Hastanın tanısı			
Hipertansiyon			
Hayır	137 (42,7)		
Evet	184 (57,3)		
Nörolojik hastalıklar			
Hayır	127 (39,6)		
Evet	194 (60,4)		
Kalp hastalığı			
Hayır	210 (65,4)		
Evet	111 (34,6)		
Diyabetes Mellitus			
Hayır	212 (%66,0)		
Evet	109 (34,0)		
Astım-KOAH			
Hayır	257 (80,1)		
Evet	64 (19,9)		

Göz hastalıkları			
Hayır	266 (82,9)		
Evet	55 (17,1)		
Kanser			
Hayır	272 (84,7)		
Evet	49 (15,3)		
Psikiyatrik hastalık			
Hayır	272 (84,7)		
Evet	49 (15,3)		
HT + NH			
Hayır	213 (66,4)		
Evet	108 (33,6)		
HT + DM			
Hayır	222 (69,2)		
Evet	99 (30,8)		
KH + DM			
Hayır	263 (81,9)		
Evet	58 (18,1)		
KH + NH			
Hayır	265 (82,6)		
Evet	56 (17,4)		
NH + DM			
Hayır	267 (83,2)		
Evet	54 (16,8)		
KH + DM + NH			
Hayır	295 (92,0)		
Evet	26 (8,0)		
Toplam	321 (100)		

Tablo 2’ de bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. 321 bakım verenin 243 (%75,7)’ü kadın 78 (%24,3)’i erkekti. Yaş ortalaması 55,55 18 yaş ve altında sadece 1 (%0,3), 19-64 yaş aralığında 242 (%75,4), 65 yaş ve üstü 78 (%24,3) bakım veren vardı. 321 bakım verenin 91 (%28,3)’i hastalarının eşi, 171 (%53,2)’i çocuğu, 24 (%7,5)’ü annesi, 3 (%0,9)’ü babası, 6 (%1,9)’sı, 24 (%7,5)’ü akrabası, 2 (%0,6)’si arkadaşıydı. 266 (%82,9)’sı evli, 21 (%6,5)’i bekar, 15 (%4,7)’i boşanmış, 19 (%5,9)’unun eşi vefat etmişti. 27 (%8,4)’si okur yazar değil, 294 (%91,6)’ü okuryazardı. 294 okuryazarın 38 (%11,8)’i sadece okur yazar, 136 (%42,4)’sı ilköğretim, 36 (%11,2)’sı ortaokul, 65 (%20,2)’i lise, 19 (%5,9)’u üniversite mezunuydu. 116 (%36,1)’sinin aylık ortalama maddi geliri 2500 TL den az, 189 (%58,9)’unun 2500-7500 TL arası, 16 (%5)’sinin 7500 TL ve üstüydü. 249 (%77,6)’u çalışmıyor, 35 (%10,9)’i çalışıyor, 37 (%11,5)’si emekliydı.

Tablo 2: Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri

	N (%)	Ortalama	SS
Cinsiyet			
Kadın	243 (75,7)		
Erkek	78 (24,3)		
Yaş		55,55	12,46
18 yaş ve altı	1 (0,3)		
19-64	242 (75,4)		
65 ve üstü	78 (24,3)		
Hastaya yakınlık			
Eşi	91 (28,3)		
Çocuğu	171 (53,2)		
Annesi	24 (7,5)		
Babası	3 (0,9)		
Kardeşi	6 (1,9)		
Akrabası	24 (7,5)		
Arkadaşı	2 (0,6)		
Medeni durum			

Evli	266 (82,9)		
Bekar	21 (6,5)		
Boşanmış	15 (4,7)		
Eşi vefat etmiş	19 (5,9)		
Okuryazarlık durumu			
Okuryazar değil	27 (8,4)		
Okuryazar	294 (91,6)		
Okuryazarların öğrenim durumu			
Sadece okuryazar	38 (11,8)		
İlkokul mezunu	136 (42,4)		
Ortaokul mezunu	36 (11,2)		
Lise mezunu	65 (20,2)		
Üniversite mezunu	19 (5,9)		
Toplam	294 (91,6)		
Aylık ortalama maddi gelir			
2500 TL den az	116 (36,1)		
2500-7500 TL arası	189 (58,9)		
7500 TL ve üstü	16 (5,0)		
Çalışma durumu			
Çalışmıyor	249 (77,6)		
Çalışıyor	35 (10,9)		
Emekli	37 (11,5)		
Toplam	321 (100)		

Tablo 3’ de bakım verenlerin hastaya hangi konularda yardım ettiği, bakım verme sebebi, bakım vermeye başladıktan sonraki klinik durumları gösterilmiştir. 321 bakım verenin 261 (%81,3)’i beslenme konusunda hastalarına yardım ediyordu, 60 (%18,7)’i etmiyordu; 294 (%91,6)’ü giyinme konusunda hastalarına yardım ediyordu, 27 (%8,4)’si etmiyordu; 274 (%85,4)’ü hareket etme konusunda hastalarına yardım ediyordu, 47 (%14,6)’si etmiyordu; 295 (%91,9)’i özbakım konusunda hastalarına

yardımlı ediyordu, 26 (%8,1)'sı etmiyordu; 245 (%76,3)'i tuvalet konusunda hastalarına yardımlı ediyordu, 76 (%23,7)'sı etmiyordu; 217 (%67,6)'si tüm konularda hastalarına yardımlı ediyordu 104 (%32,4)'ü etmiyordu.

321 bakım verenin 83 (%25,9)'ü başka bakıcı olmadığından, 22 (%6,9)'si hastanın başka bakıcı kabul etmemesinden dolayı, 216 (%67,3)'sı kendi istekleri ile hastalarına baktıklarını ifade etti. 321 bakım verenin 85 (%26,5)'i bakım vermeye başladıktan sonraki süreçte hipertansiyon tanısı almıştı, 236 (%73,5)'sı almamıştı; 38 (%11,8)'i psikiyatrik hastalık tanısı almıştı, 283 (88,2)'ü almamıştı; 30 (%9,3)'u Diyabetes Mellitus tanısı almıştı, 291 (%90,7)'i almamıştı. 26 (%8,0) bakım verenin hipertansiyon-Diyabetes Mellitus mutimorbiditesi bulunuyordu, 295 (%92,0)'inin bulunmuyordu; 20 (%6,2) bakım verenin hipertansiyon-psikiyatrik hastalık mutimorbiditesi bulunuyordu, 301 (%93,8)'inin bulunmuyordu.

Tablo 3: Bakım verenlerin hastalarına yardımlı ettiği konular, bakım verme sebebi, bakım vermeye başladıktan sonraki klinik durumları

	N (%)
Hastaya yardımlı edilen konular	
Sadece refakat etme	
Hayır	314 (97,9)
Evet	7 (2,1)
Beslenme	
Hayır	50 (18,7)
Evet	261 (81,3)
Giyinme	
Hayır	27 (8,4)
Evet	294 (91,6)
Hareket etme	
Hayır	47 (14,6)
Evet	274 (85,4)
Öz bakım	
Hayır	26 (8,1)

Evet	295 (91,9)
Tuvalet	
Hayır	76 (23,7)
Evet	245 (76,3)
Tüm konular	
Hayır	104 (32,4)
Evet	217 (67,6)
Bakım verme sebebi	
Başka bakıcı olmaması	83 (25,9)
Hastanın bakıcıyı kabul etmemesi	22 (6,9)
Kendi isteği ile	216 (67,3)
Bakım vermeye başladıktan sonra tanı konulmuş rahatsızlık	
Hipertansiyon	
Hayır	236 (73,5)
Evet	85 (26,5)
Psikiyatrik hastalık	
Hayır	288 (88,2)
Evet	38 (11,8)
Diyabetes Mellitus	
Hayır	291 (90,7)
Evet	30 (9,3)
HT + DM	
Hayır	295 (92,0)
Evet	26 (8,0)
HT + PH	
Hayır	301 (93,8)
Evet	20 (6,2)
Toplam	321 (100)

Tablo 4’de bakım verenlerin bakım vermeden dolayı işlerini bırakma durumu, hastalarıyla birlikte yaşama durumu ve bakım verme süresi gösterilmiştir. 321 bakım verenin 37 (%11,5)’si bakım vermeden dolayı çalıştıkları işlerinden ayrılmak veya erken emekli olmak durumunda kaldıklarını , 284 (%88,5)’ü böyle bir durumunun olmadığını bildirdi. 230 (%71,7)’u hastayla birlikte yaşadığını, 91 (%28,3)’i hastayla birlikte yaşamadığını bildirdi. 18 (%5,6)’i 1 yıldan az, 118 (%36,8)’i 1-4 yıl arası, 100 (%31,2)’ü 5-9 yıl arası, 85 (%26,5)’i 10 yıl ve üstü süredir bakım verdiğini belirtti. 192 (%59,8)’si günde 12 saatten fazla, 87 (%27,1)’si 9-12 saat arası, 36 (%11,2)’si 4-8 saat arası, 6 (%1,9)’sı 4 saatten az bakım verdiklerini ifade etti.

Tablo 4: Bakım verenlerin bakım vermeden dolayı işlerini bırakma durumu, hastalarıyla birlikte yaşama durumu ve bakım verme süresi

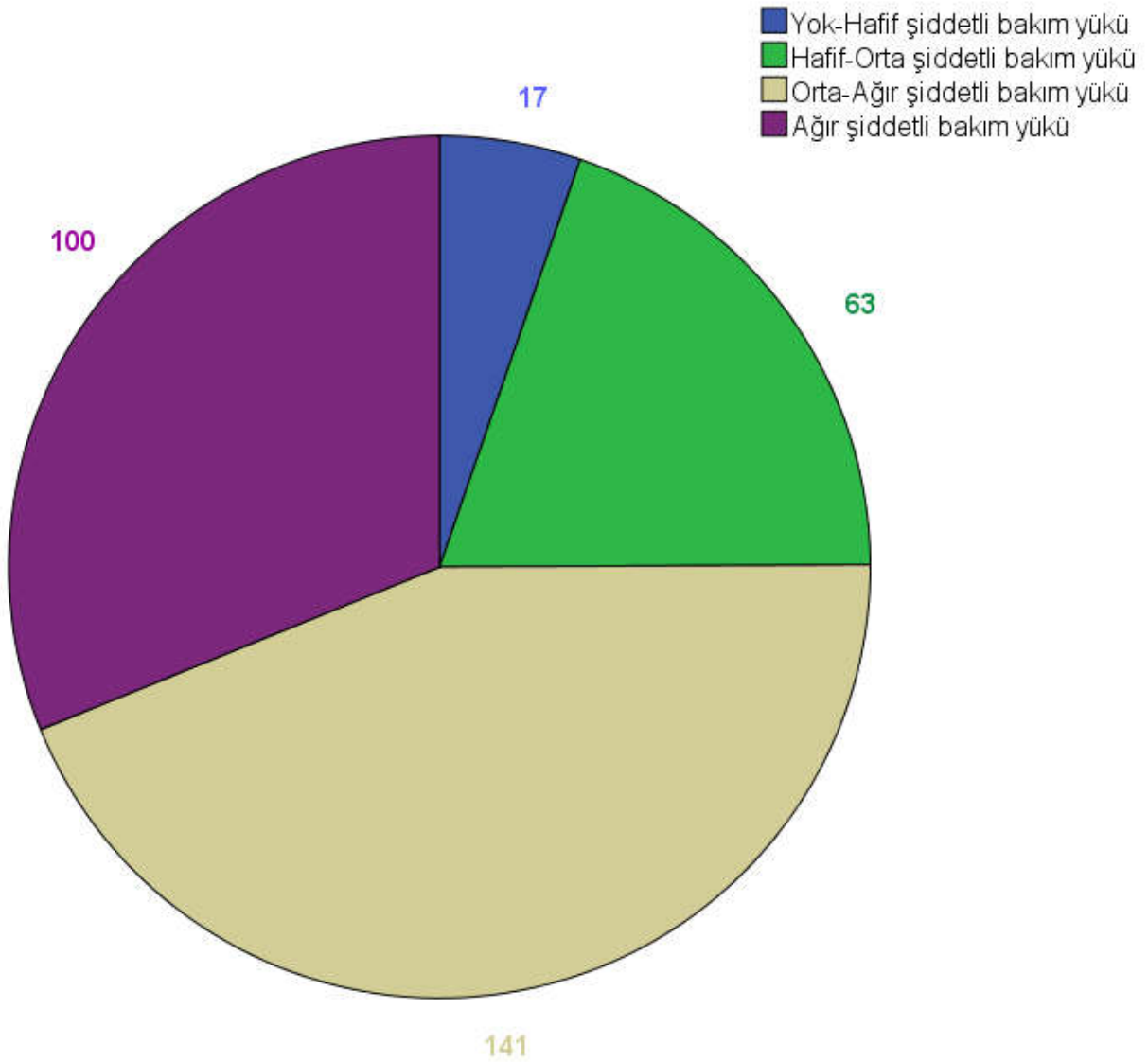
	N (%)
Bakım vermeden dolayı iş bırakma durumu	
Hayır	284 (88,5)
Evet	37 (11,5)
Hastayla birlikte yaşama durumu	
Hayır	91 (28,3)
Evet	230 (71,7)
Bakım verme süresi (yıl)	
1 yıldan az	18 (5,6)
1-4 yıl	118 (36,8)
5-9 yıl	100 (31,2)
10 yıl ve üstü	85 (26,5)
Günlük bakım verme süresi	
12 saatten fazla	192 (59,8)
9-12 saat arası	87 (27,1)
4-8 saat arası	36 (11,2)
4 saatten az	6 (1,9)
Toplam	321 (100)

Tablo 5’ de bakım verenlere psikolojik, sosyal, maddi destek sunulma durumu ve bakım verenlerin gördükleri toplam desteği yeterli bulma durumları gösterilmiştir. 321 bakım verenin 37 (%11,5)’si kendilerine özel veya kamu kurumu tarafından psikolojik destek sunulduğunu, 284 (%88,5)’ü sunulmadığını; 58 (%18,1)’i kendilerine sosyal destek sunulduğunu, 263 (%81,9)’ü sunulmadığını; 84 (%26,2)’ü kendilerine düzenli ve sürekli maddi destek sunulduğunu, 237 (%73,8)’si sunulmadığını; 30 (%9,3)’u psikolojik,sosyal ve maddi desteklerin tümünün kendilerine sunulduğunu, 291 (%90,7)’i sunulmadığını; 228 (%71,0)’i kendilerine hiçbir kurumsal destek sunulmadığını, 93 (%29,0)’ü en az bir kurumsal destek sunulduğunu; 70 (%21,8)’i dışarıdan gördükleri toplam desteği yeterli bulduğunu, 251 (%78,2)’i yeterli bulmadığını ifade etti.

Tablo 5: Bakım verenlere kurumsal psikolojik, sosyal, maddi destek sunulma durumu ve bakım verenlerin dışarıdan gördükleri desteği yeterli bulma durumu

	N (%)
Psikolojik destek sunulma durumu	
Hayır	284 (88,5)
Evet	37 (11,5)
Sosyal destek sunulma durumu	
Hayır	263 (81,9)
Evet	58 (18,1)
Maddi destek sunulma durumu	
Hayır	237 (73,8)
Evet	84 (26,2)
Psikolojik, sosyal, maddi desteklerin tümünün sunulması	
Hayır	291 (90,7)
Evet	30 (9,3)
Hiçbir kurumsal destek sunulmaması	
Hayır	93 (29,0)
Evet	228 (71,0)
Görülen desteği yeterli bulma durumu	
Hayır	251 (78,2)
Evet	70 (21,8)
Toplam	321 (100)

Şekil 1' de bakım verenlerin ZBYÖ skoruna göre bakım yükü dağılımı gösterilmiştir. 321 bakım verenin 17 (%5,3)'sinde bakım yükü yok ya da çok hafif, 63 (%19,6)'ünde hafif-orta, 141 (%43,9)'inde orta-ağır, 100 (%31,2)'ünde ağır şiddetli bakım yükü saptandı.



Şekil 1: Bakım verenlerin ZBYÖ skoruna göre bakım yükü dağılımı

Tablo 6'da ZBYÖ skoru ve SBÇYÖ alt ölçek skorlarının dağılımı gösterilmiştir. 321 bakım verenin 22 ifade içeren ZBYÖ puan ortalaması $50,86 \pm 16,29$, 24 ifade içeren SBÇYÖ alt ölçek toplam puan ortalamaları; altışar ifade içeren mantıksal analiz alt ölçeği için $22,57 \pm 3,64$, problem çözme alt ölçeği için $22,22 \pm 3,96$, pozitif

değerlendirme alt ölçeği için $21,90 \pm 4,18$, ikişer ifade içeren çevre desteği arama alt ölçeği için $6,93 \pm 2,04$, profesyonel destek arama alt ölçeği için $5,79 \pm 2,46$ idi.

Tablo 6: Bakım verenlerin ZBYÖ ve SBÇYÖ skorlarının dağılımı

	Ortalama $\pm$ SS	Median	Min - max
ZBYÖ			
Toplam yük puanı	$50,86 \pm 16,29$	51	7 - 81
SBÇYÖ			
Mantıksal analiz	$22,57 \pm 3,64$	23	14 - 30
Problem çözme	$22,22 \pm 3,96$	23	13 - 30
Pozitif değerlendirme	$21,90 \pm 4,18$	22	10 - 30
Çevre desteği arama	$6,93 \pm 2,04$	7	2 - 10
Profesyonel destek arama	$5,79 \pm 2,46$	6	2 - 10

Tablo 7’de ZBYÖ skorlarının hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Bakım verenlerin ZBYÖ skorları hastaların cinsiyetine karşılaştırıldığında ; kadın hastalara bakım verenlerde $50,52 \pm 16,35$, erkek hastalara bakım verenlerde $51,32 \pm 16,27$ bulunmuştur, istatistik olarak aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,679$). ZBYÖ skorları hastaların yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında ; 65 yaş altı hastası olan bakım verenlerin $48,37 \pm 16,64$, 65 yaş ve üstü hastası olan bakım verenlerin $51,54 \pm 16,16$ bulunmuştur ve aralarında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,174$).

Hastaların yatağa bağımlılık durumuna göre karşılaştırıldığında tam bağımlı, $55,22 \pm 14,56$, yarı bağımlı $43,56 \pm 14,59$, yataktan bağımsız hastaların bakım verenlerinin ZBYÖ skoru $30,33 \pm 19,43$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p<0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenler ile hastası yatağa yarı bağımlı ve yataktan bağımsız olan bakım verenler arasında bulunmuştur.

ZBYÖ skorları hastaların klinik durumlarına göre karşılaştırıldığında; hastası hipertansiyon tanılı olan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $51,20 \pm 16,43$, olmayanlarınki $50,40 \pm 16,16$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamaktadır (p:0,559). Hastasında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $52,90 \pm 14,41$, bulunmayanları $47,74 \pm 18,44$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p:0,026). Hastasında kalp hastalığı bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $50,93 \pm 16,73$, bulunmayanları $50,82 \pm 16,10$ saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,910). Hastası Diyabetes Mellitus tanılı olan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $54,03 \pm 15,41$, olmayanları $49,23 \pm 16,53$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p:0,016). Hastası Astım-KOAH tanılı olan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $53,70 \pm 14,64$, olmayanları $50,15 \pm 16,63$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,142). Hastasında göz hastalığı bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $45,81 \pm 14,77$, bulunmayanları $51,90 \pm 16,42$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (0,007). Hastası kanser tanılı olan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $52,08 \pm 16,01$, olmayanları $50,64 \pm 16,36$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,448). Hastasında psikiyatrik hastalık bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $48,38 \pm 14,21$, bulunmayanları $51,30 \pm 16,63$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,173).

Hastasında hipertansiyon-nörolojik hastalık multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $52,73 \pm 14,43$, bulunmayanları $49,91 \pm 17,11$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,243). Hastasında hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $54,10 \pm 15,29$, bulunmayanları $49,41 \pm 16,55$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,019). Hastasında kalp hastalığı-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $54,17 \pm 16,72$, bulunmayanları $50,13 \pm 16,14$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,074). Hastasında kalp hastalığı-nörolojik hastalık multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $52,73 \pm 14,04$, bulunmayanları $50,46 \pm 16,73$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,472). Hastasında nörolojik hastalık-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $54,16 \pm 14,36$, bulunmayanları $50,19 \pm 16,60$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,133). Hastasında kalp hastalığı-Diyabetes Mellitus-nörolojik hastalık multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $53,80 \pm 16,24$, bulunmayanları $50,60 \pm 16,30$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p: 0,289).

Tablo 7: ZBYÖ skorlarının hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması

	N (%)	ZBYÖ	p değeri
Cinsiyet			0,679
Kadın	187 (%57,9)	50,52 ± 16,35	
Erkek	134 (%42,1)	51,32 ± 16,27	
Yaş			0,178
64 ve altı	69 (%21,5)	48,37 ± 16,64	
65 ve üstü	252(78,5)	51,54 ± 16,16	
Yatağa bağımlılık			<0,001
Tam bağımlı	218 (67,9)	55,22 ± 14,56	
Yarı bağımlı	88 (27,4)	43,56 ± 14,59	
Bağımsız	15 (4,7)	30,33 ± ,19,43	
Hastanın tanısı			
Hipertansiyon			0,559
Hayır	137 (42,7)	50,40 ± 16,16	
Evet	184 (57,3)	51,20 ± 16,43	
Nörolojik hastalıklar			0,026
Hayır	127 (39,6)	47,74 ± 18,44	
Evet	194 (60,4)	52,90 ± 14,41	
Kalp hastalığı			0,910
Hayır	210 (65,4)	50,82 ± 16,10	
Evet	111 (34,6)	50,93 ± 16,73	
Diyabetes Mellitus			0,016
Hayır	212 (%66,0)	49,23 ± 16,53	
Evet	109 (34,0)	54,03 ± 15,41	
Astım-KOAH			0,142
Hayır	257 (80,1)	50,15 ± 16,63	
Evet	64 (19,9)	53,70 ± 14,64	

Göz hastalıkları			0,007
Hayır	266 (82,9)	51,90 ± 16,42	
Evet	55 (17,1)	45,81 ± 14,77	
Kanser			0,448
Hayır	272 (84,7)	50,64 ± 16,36	
Evet	49 (15,3)	52,08 ± 16,01	
Psikiyatrik hastalık			0,173
Hayır	272 (84,7)	51,30 ± 16,63	
Evet	49 (15,3)	48,38 ± 14,21	
HT + NH			0,243
Hayır	213 (66,4)	49,91 ± 17,11	
Evet	108 (33,6)	52,73 ± 14,43	
HT + DM			0,019
Hayır	222 (69,2)	49,41 ± 16,55	
Evet	99 (30,8)	54,10 ± 15,29	
KH + DM			0,074
Hayır	263 (81,9)	50,13 ± 16,14	
Evet	58 (18,1)	54,17 ± 16,72	
KH + NH			0,472
Hayır	265 (82,6)	50,46 ± 16,73	
Evet	56 (17,4)	52,73 ± 14,04	
NH + DM			0,133
Hayır	267 (83,2)	50,19 ± 16,60	
Evet	54 (16,8)	54,16 ± 14,36	
KH + DM + NH			0,289
Hayır	295 (92,0)	50,60 ± 16,30	
Evet	26 (8,0)	53,80 ± 16,24	
Toplam	321 (100)		

Tablo 8’de ZBYÖ skorlarının bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Bakım verenlerin cinsiyetine göre ZBYÖ skorları karşılaştırıldığında; kadınlarda $50,79 \pm 16,33$, erkeklerde $51,08 \pm 16,30$ bulunmuştur ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,858$). Bakım verenlerin yaş gruplarına göre ZBYÖ skorları karşılaştırıldığında ; 64 yaş ve altı bakım verenlerin ZBYÖ skoru $50,56 \pm 16,50$, 65 yaş ve üstü bakım verenlerin ZBYÖ skoru $51,78 \pm 15,71$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,519$).

Bakım verenlerin hastaya yakınlık durumuna göre ZBYÖ skorları karşılaştırıldığında; ZBYÖ skoru; bakım veren kişi, hastanın eşiyse $52,35 \pm 16,11$, çocuğuyse $50,84 \pm 16,27$, diğer informal bakım verenlerden ise $48,61 \pm 16,66$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,385$). Bakım verenler evli ise ZBYÖ skoru; $50,95 \pm 16,10$, evli değil ise $50,41 \pm 17,36$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,864$).

Bakım verenler okuryazar değilse ZBYÖ skoru; $62,66 \pm 8,88$, okuryazarsa $49,77 \pm 16,40$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Bakım veren sadece okuryazarsa ZBYÖ skoru; $62,97 \pm 10,39$, ilkokul mezunuysa $50,24 \pm 16,52$, ortaokul mezunuysa $50,05 \pm 12,77$, lise mezunuysa $43,00 \pm 15,52$, üniversite mezunuysa $42,73 \pm 18,65$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark; sadece okur yazar bakım verenler ile ilkokul, ortaokul, lise, üniversite mezunu bakım verenler arasında ve ilkokul mezunu bakım verenler ile lise mezunu bakım verenler arasında saptanmıştır.

Bakım verenlerin maddi geliri 2500 TL’den az ise ZBYÖ skoru; $59,78 \pm 12,22$, 2500-7500 TL arası ise $45,89 \pm 15,74$, 7500 TL ve üstü ise $44,81 \pm 21,20$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark; aylık geliri 2500 TL’den az olan bakım verenler ile aylık 2500 TL ve üzeri gelirli bakım verenler arasında saptanmıştır.

Bakım verenler çalışmıyor ise ZBYÖ skoru; $52,85 \pm 15,70$, çalışıyor ise $40,37 \pm 12,65$, emekli ise $47,37 \pm 19,07$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark

bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark; çalışanlar ile çalışmayanlar ve çalışanlar ile emekli bakım verenler arasında saptanmıştır.

Tablo 8: ZBYÖ skorlarının bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

	N (%)	ZBYÖ	p değeri
Cinsiyet			0,858
Kadın	243 (75,7)	50,79 ± 16,33	
Erkek	78 (24,3)	51,08 ± 16,30	
Yaş			0,519
64 ve altı	243 (75,7)	50,56 ± 16,50	
65 ve üstü	78 (24,3)	51,78 ± 15,71	
Hastaya yakınlık			0,385
Eşi	91 (28,3)	52,35 ± 16,11	
Çocuğu	171 (5,3)	50,84 ± 16,27	
Diğer informal bakım verenler	59 (18,4)	48,61 ± 16,66	
Medeni durum			0,864
Evli	266 (82,9)	50,95 ± 16,10	
Evli değil	55 (17,1)	50,41 ± 17,36	
Okuryazarlık durumu			<0,001
Okuryazar değil	27 (8,4)	62,66 ± 8,88	
Okuryazar	294 (91,6)	49,77 ± 16,40	
Okuryazarların öğrenim durumu			<0,001
Sadece Okuryazar	38 (11,8)	62,97 ± 10,39	
İlkokul mezunu	136 (42,4)	50,24 ± 16,52	
Ortaokul mezunu	36 (11,2)	50,05 ± 12,77	
Lise mezunu	65 (20,2)	43,00 ± 15,52	
Üniversite mezunu	19 (5,9)	42,73 ± 18,65	
Toplam	294(91,6)		

Aylık ortalama maddi gelir			<0,001
2500 TL den az	116 (36,1)	59,78 ± 12,22	
2500-7500 TL arası	189 (58,9)	45,89 ± 15,74	
7500 TL ve üstü	16 (5,0)	44,81 ± 21,20	
Çalışma durumu			<0,001
Çalışmıyor	249 (77,6)	52,85 ± 15,70	
Çalışıyor	35 (10,9)	40,37 ± 12,65	
Emekli	37 (11,5)	47,37 ± 19,07	
Toplam	321 (100)		

Tablo 9'da bakım verenlerin farklı konularda hastalara yardım etme durumuna, bakım verme sebebine ve bakım vermeye başladıktan sonraki klinik durumlarına göre ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Beslenme konusunda hastasına yardım eden bakım verenlerin ZBYÖ skoru $53,77 \pm 15,14$, etmeyenlerinki $38,21 \pm 15,15$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Giyinme konusunda hastasına yardım eden bakım verenlerin ZBYÖ skoru $52,35 \pm 15,42$, etmeyenlerinki $34,66 \pm 17,06$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Hareket etme konusunda hastasına yardım eden bakım verenlerin ZBYÖ skoru $52,80 \pm 15,56$, etmeyenlerinki $39,53 \pm 16,02$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Öz bakım konusunda hastasına yardım eden bakım verenlerin ZBYÖ skoru $52,41 \pm 15,37$, etmeyenlerinki $33,30 \pm 16,47$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Tuvalet konusunda hastasına yardım eden bakım verenlerin ZBYÖ skoru $53,97 \pm 15,28$, etmeyenlerinki $40,82 \pm 15,47$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Tüm konularda hastasına yardım eden bakım verenlerin ZBYÖ skoru $55,59 \pm 14,76$, etmeyenlerinki $40,98 \pm 14,90$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Kendi isteği ile hastasına bakım verenlerin ZBYÖ skoru $48,97 \pm 17,25$, başka bakıcı olmaması ve hastanın başka bakıcıyı kabul etmemesi nedeniyle mecburiyetten hastasına bakım verenlerin ZBYÖ skoru $54,74 \pm 13,37$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,005$).

Bakım vermeye başladıktan sonra; hipertansiyon tanısı alan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $60,49 \pm 13,44$, almayanları $47,39 \pm 15,85$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($<0,001$). Psikiyatrik hastalık tanısı alan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $61,39 \pm 13,04$, almayanları $49,44 \pm 16,19$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($<0,001$). Diyabetes Mellitus tanısı alan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $63,70 \pm 10,61$, almayanları $49,53 \pm 16,21$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($<0,001$). Hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $63,70 \pm 10,61$, bulunmayanları $49,71 \pm 16,22$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($<0,001$). Hipertansiyon-psikiyatrik hastalık multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $63,75 \pm 14,28$, bulunmayanları $50,00 \pm 16,08$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($<0,001$).

Tablo 9: Bakım verenlerin farklı konularda hastalara yardım etme durumuna, bakım verme sebebine ve bakım vermeye başladıktan sonraki klinik durumlarına göre ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması

	N (%)	ZBYÖ	p değeri
Hastalara yardım edilen konular			
Beslenme			<0,001
Hayır	60 (18,7)	$38,21 \pm 15,15$	
Evet	261 (81,3)	$53,77 \pm 15,14$	
Giyinme			<0,001
Hayır	27 (8,4)	$34,66 \pm 17,06$	
Evet	294 (91,6)	$52,35 \pm 15,42$	
Hareket etme			<0,001
Hayır	47 (14,6)	$39,53 \pm 16,02$	
Evet	274 (85,4)	$52,80 \pm 15,56$	

Öz bakım			<0,001
Hayır	26 (8,1)	33,30 ± 16,47	
Evet	295 (91,9)	52,41 ± 15,37	
Tuvalet			<0,001
Hayır	76 (23,7)	40,82 ± 15,47	
Evet	245 (76,3)	53,97 ± 15,28	
Tüm konular			<0,001
Hayır	104 (33,4)	40,98 ± 14,90	
Evet	217 (67,6)	55,59 ± 14,76	
Bakım verme sebebi			0,005
Mecburiyetten	105 (32,7)	54,74 ± 13,37	
Kendi isteği ile	216 (67,3)	48,97 ± 17,25	
Bakım vermeye başladıktan sonraki klinik durumları			
Hipertansiyon			<0,001
Hayır	236 (74,5)	47,39 ± 15,85	
Evet	85 (26,5)	60,49 ± 13,44	
Psikiyatrik hastalık			<0,001
Hayır	283 (88,2)	49,44 ± 16,19	
Evet	38 (11,8)	61,39 ± 13,04	
Diyabetes Mellitus			<0,001
Hayır	291 (90,7)	49,53 ± 16,21	
Evet	30 (9,3)	63,70 ± 10,61	
HT + DM			<0,001
Hayır	295 (92,0)	49,71 ± 16,22	
Evet	26 (8,0)	63,92 ± 10,59	
HT + PH			<0,001
Hayır	301 (93,8)	50,00 ± 16,08	
Evet	20 (6,2)	63,75 ± 14,28	
Toplam	321 (100)		

Tablo 10'da bakım verenlerin bakım vermeden dolayı işlerini bırakma durumu, hastalarıyla birlikte yaşama durumu ve bakım verme süresine göre ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Bakım verme nedeniyle işinden ayrılmak veya erken emekli olmak zorunda kalanların ZBYÖ skoru $56,54 \pm 15,16$, böyle bir durum yaşamayan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $50,12 \pm 16,31$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,011$).

Hastasıyla birlikte yaşayan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $48,87 \pm 15,82$, birlikte yaşamayanları $55,87 \pm 16,48$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Bakım vermeye başlayalı 1 yıldan az süre geçen bakım verenlerin ZBYÖ skoru $33,44 \pm 16,24$, 1-4 yıl arası süre geçen bakım verenlerinki $44,45 \pm 13,68$, 5-9 yıl arası süre geçen bakım verenlerinki $56,09 \pm 14,23$, 10 yıl ve üstü süre geçen bakım verenlerinki $57,29 \pm 16,17$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark, 4 sene ve altı ile 5 sene ve üstü süredir bakım verenler arasında saptanmıştır.

Günlük bakım verme süresi 12 saatten fazla olan bakım verenlerin ZBYÖ skoru, $50,88 \pm 15,92$, 9-12 saat arası olan bakım verenlerinki $56,14 \pm 16,25$, 8 saat ve altı olan bakım verenlerinki $39,83 \pm 12,38$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark, günlük 8 saat ve altı bakım verenler ile 9 saat ve üstü bakım verenler arasında saptanmıştır.

Tablo 10: Bakım verenlerin bakım vermeden dolayı işlerini bırakma durumu, hastalarıyla birlikte yaşama durumu ve bakım verme süresine göre ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması

	N (%)	ZBYÖ	p değeri
Bakım vermeden dolayı iş bırakma durumu			0,011
Hayır	284 (88,5)	50,12 ± 16,31	
Evet	37 (11,5)	56,54 ± 15,16	
Hastalarıyla birlikte yaşama durumu			<0,001
Hayır	91 (28,3)	55,87 ± 16,48	
Evet	230 (71,7)	48,87 ± 15,82	
Bakım verme süresi (yıl)			<0,001
1 yıldan az	18 (5,6)	33,44 ± 16,24	
1-4 yıl	118 (36,8)	44,45 ± 13,68	
5-9 yıl	100 (31,2)	56,09 ± 14,23	
10 yıl ve üstü	85 (26,5)	57,29 ± 16,17	
Günlük bakım verme süresi			<0,001
12 saatten fazla	192 (59,8)	50,88 ± 15,92	
9-12 saat arası	87 (27,1)	56,14 ± 16,25	
8 saat ve altı	42 (13,1)	39,83 ± 12,38	

Tablo 11’de bakım verenlere kurumsal psikolojik, sosyal, maddi destek sunulma durumu ve bakım verenlerin gördükleri toplam desteği yeterli bulma durumuna göre ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Psikolojik destek sunulan bakım verenlerin ZBYÖ skoru 46,67 ± 12,13, sunulmayanları 51,40 ± 16,70 bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p:0,038). Sosyal destek sunulan bakım verenlerin ZBYÖ skoru 45,87 ± 11,54, sunulmayanları 51,96 ± 16,99 bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p:0,002). Maddi destek sunulan bakım verenlerin ZBYÖ skoru 45,91 ± 12,52, sunulmayanları 52,61 ± 17,12 bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,001). Psikolojik, sosyal, maddi

desteklerin tümünün sunulduğu bakım verenlerin ZBYÖ skoru $46,33 \pm 9,92$, desteklerden tümünün sunulmadığı bakım verenlerin ZBYÖ skoru $51,32 \pm 16,76$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,039$).

Hiçbir kurumsal destek sunulmayan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $52,82 \pm 17,26$, en az bir kurumsal destek alan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $46,05 \pm 12,47$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Gördükleri toplam desteği yeterli bulan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $40,65 \pm 15,65$, bulmayanları $53,73 \pm 15,33$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 11: Bakım verenlere kurumsal psikolojik, sosyal, maddi destek sunulma durumu ve bakım verenlerin gördükleri desteği yeterli bulma durumuna göre ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması

	N (%)	ZBYÖ	p değeri
Psikolojik destek sunulma durumu			0,038
Hayır	284 (88,5)	$51,40 \pm 16,70$	
Evet	37 (11,5)	$46,67 \pm 12,13$	
Sosyal destek sunulma durumu			0,002
Hayır	263 (81,9)	$51,96 \pm 16,99$	
Evet	58 (18,1)	$45,87 \pm 11,54$	
Maddi destek sunulma durumu			<0,001
Hayır	237 (73,8)	$52,61 \pm 17,12$	
Evet	84 (26,2)	$45,91 \pm 12,52$	
Psikolojik, sosyal, maddi desteklerin tümünün sunulması			0,039
Hayır	291 (90,7)	$51,32 \pm 16,76$	

Evet	30 (9,3)	46,33 ± 9,92	
Hiçbir kurumsal destek sunulmaması			<0,001
Hayır	93 (29,0)	46,05 ± 12,47	
Evet	228 (71,0)	52,82 ± 17,26	
Görülen desteği yeterli bulma durumu			<0,001
Hayır	251 (78,2)	53,73 ± 15,33	
Evet	70 (21,8)	40,65 ± 15,65	
Toplam	321 (100)		

Tablo 12’de mecburiyetten ve kendi isteği ile tuvalet bakımı veren bakım verenlerin ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Kendi isteği ile tuvalet bakımı verenlerin ZBYÖ skoru 52,16 ± 16,65, mecburiyetten tuvalet bakımı veren bakım verenlerin ZBYÖ skoru 57,37 ± 11,65 bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,029$).

Tablo 12: Mecburiyetten ve kendi isteği ile tuvalet bakımı veren bakım verenlerin ZBYÖ skorlarının karşılaştırılması

	N (%)	ZBYÖ	p değeri
Tuvalet bakımı verme sebebi			0,029
Mecburiyetten	85 (34,7)	57,37 ± 11,65	
Kendi isteği ile	160 (65,3)	52,16 ± 16,65	
Toplam	245 (100)		

Tablo 13’de hastaların yatağa bağımlılık durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Mantıksal analiz skoru hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin 22,50 ± 3,88, yarı bağımlı olanları 22,71 ± 3,10, yataktan bağımsız olanları 22,66 ± 3,19 saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,896$). Problem

çözme skoru; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin $22,30 \pm 4,09$, yarı bağımlı olanlarınki $21,77 \pm 3,72$, yataktan bağımsız olanlarınki $23,60 \pm 3,06$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,181$). Pozitif değerlendirme skoru; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin $21,84 \pm 4,36$, yarı bağımlı olanlarınki $21,56 \pm 3,75$, yataktan bağımsız olanlarınki $24,66 \pm 2,79$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,009$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark; hastası yataktan bağımsız olan bakım verenler ile hastası yatağa tam ve yarı bağımlı olan bakım verenler arasında bulunmuştur. Çevre desteği arama skoru ; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin $7,34 \pm 2,03$, yarı bağımlı olanlarınki $6,07 \pm 1,64$, yataktan bağımsız olanlarınki $6,06 \pm 2,54$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenler ile hastası yatağa yarı bağımlı olan bakım verenler arasında bulunmuştur. Profesyonel destek arama skoru; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin $6,24 \pm 2,53$, yarı bağımlı olanlarınki $5,02 \pm 2,01$, yataktan bağımsız olanlarınki $3,80 \pm 1,82$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark, hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenler ile hastası yatağa yarı bağımlı ve yataktan bağımsız olan bakım verenler arasında bulunmuştur.

Tablo 13: Hastaların yatağa bağımlılık durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Yatağa bağımlılık	Tam bağımlı	Yarı bağımlı	Bağımsız	p değeri
Mantıksal analiz	$22,50 \pm 3,88$	$22,71 \pm 3,10$	$22,66 \pm 3,19$	0,963
Problem çözme	$22,30 \pm 4,09$	$21,77 \pm 3,72$	$23,60 \pm 3,06$	0,181
Pozitif değerlendirme	$21,84 \pm 4,36$	$21,56 \pm 3,75$	$24,66 \pm 2,79$	0,009
Çevre desteği arama	$7,34 \pm 2,03$	$6,07 \pm 1,64$	$6,06 \pm 2,54$	<0,001
Profesyonel destek arama	$6,24 \pm 2,53$	$5,02 \pm 2,01$	$3,80 \pm 1,82$	<0,001

Tablo 14’de hastalarda nörolojik hastalık bulunma durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Mantıksal analiz skoru; hastasında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerin $22,72 \pm 3,44$, bulunmayanları $22,33 \pm 3,94$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,410$). Problem çözme skoru; hastasında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerin $22,58 \pm 3,69$, bulunmayanları $21,66 \pm 4,30$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,046$). Pozitif değerlendirme skoru; hastasında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerin $21,88 \pm 4,20$, bulunmayanları $21,92 \pm 4,15$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,881$). Çevre desteği arama skoru; hastasında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerin $6,84 \pm 2,07$, bulunmayanları $7,07 \pm 2,00$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,416$). Profesyonel destek arama skoru; hastasında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerin $5,76 \pm 2,54$, bulunmayanları $5,84 \pm 2,35$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,795$).

Tablo 14: Hastalarda nörolojik hastalık bulunma durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Nörolojik hastalıklar	Hayır	Evet	p değeri
Mantıksal analiz	$22,33 \pm 3,94$	$22,72 \pm 3,44$	0,410
Problem çözme	$21,66 \pm 4,30$	$22,58 \pm 3,69$	0,046
Pozitif değerlendirme	$21,92 \pm 4,15$	$21,88 \pm 4,20$	0,881
Çevre desteği arama	$7,07 \pm 2,00$	$6,84 \pm 2,07$	0,416
Profesyonel destek arama	$5,84 \pm 2,35$	$5,76 \pm 2,54$	0,795

Tablo 15’de hastalarda hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunma durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hastasında hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin mantıksal analiz skoru $22,45 \pm 4,00$, bulunmayanları $22,62 \pm 3,48$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,638$). Hastasında hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin problem çözme skoru $21,58 \pm 4,35$,

bulunmayanları 22,50 ± 3,75 saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,072). Hastasında hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin pozitif değerlendirme skoru 21,04 ± 4,70, bulunmayanları 22,28 ± 3,87 saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,018). Hastasında hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin çevre desteği arama skoru 7,20 ± 1,97, bulunmayanları 6,81 ± 2,06 saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,157). Hastasında hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin profesyonel destek arama skoru 6,54 ± 2,27, bulunmayanları 5,46 ± 2,48 saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p<0,001).

Tablo 15 : Hastalarda hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunma durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Hipertansiyon-Diyabetes Mellitus	Hayır	Evet	p değeri
Mantıksal analiz	22,62 ± 3,48	22,45 ± 4,00	0,638
Problem çözme	22,50 ± 3,75	21,58 ± 4,35	0,072
Pozitif değerlendirme	22,28 ± 3,87	21,04 ± 4,70	0,018
Çevre desteği arama	6,81 ± 2,06	7,20 ± 1,97	0,157
Profesyonel destek arama	5,46 ± 2,48	6,54 ± 2,27	<0,001

Tablo 16'da bakım verenlerin cinsiyetine göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Kadın bakım verenlerin mantıksal analiz skoru 22,65 ± 3,69, erkeklerinki 22,32 ± 3,51 saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,322). Kadın bakım verenlerin problem çözme skoru 22,10 ± 3,88 , erkeklerinki 22,57 ± 4,21 saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,403). Kadın bakım verenlerin pozitif değerlendirme skoru 21,83 ± 4,06, erkeklerinki 22,08 ± 4,55 saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,483). Kadın bakım verenlerin çevre desteği arama skoru 6,95 ± 2,06, erkeklerinki 6,89 ± 2,01 saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır

(p:0,718). Kadın bakım verenlerin profesyonel destek arama skoru $5,67 \pm 2,47$, erkeklerinki $6,16 \pm 2,41$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,136).

Tablo 16: SBÇYÖ alt ölçek skorlarının bakım verenlerin cinsiyetine göre karşılaştırılması

Cinsiyet	Kadın	Erkek	p değeri
Mantıksal analiz	$22,65 \pm 3,69$	$22,32 \pm 3,51$	0,322
Problem çözme	$22,10 \pm 3,88$	$22,57 \pm 4,21$	0,403
Pozitif değerlendirme	$21,83 \pm 4,06$	$22,08 \pm 4,55$	0,483
Çevre desteği arama	$6,95 \pm 2,06$	$6,89 \pm 2,01$	0,718
Profesyonel destek arama	$5,67 \pm 2,47$	$6,16 \pm 2,41$	0,136

Tablo 17’de bakım veren yaş gruplarına göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Yaşı 64 ve altı olan bakım verenlerin mantıksal analiz skoru $22,89 \pm 3,62$, 65 ve üstü olanları $21,55 \pm 3,54$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p:0,009). Yaşı 64 ve altı olan bakım verenlerin problem çözme skoru $22,43 \pm 4,02$, 65 ve üstü olanları $21,55 \pm 3,70$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p:0,048). Yaşı 64 ve altı olan bakım verenlerin pozitif değerlendirme skoru $22,02 \pm 4,14$, 65 ve üstü olanları $21,50 \pm 4,31$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,402). Yaşı 64 ve altı olan bakım verenlerin çevre desteği arama skoru $7,04 \pm 2,01$, 65 ve üstü olanları $6,60 \pm 2,10$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,064). Yaşı 64 ve altı olan bakım verenlerin profesyonel destek arama skoru $6,03 \pm 2,43$, 65 ve üstü olanları $5,05 \pm 2,44$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p:0,002).

Tablo 17: Bakım veren yaş gruplarına göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Bakım veren yaşı	64 ve altı	65 ve üstü	p değeri
Mantıksal analiz	22,89 ± 3,62	21,55 ± 3,54	0,009
Problem çözme	22,43 ± 4,02	21,55 ± 3,70	0,048
Pozitif değerlendirme	22,02 ± 4,14	21,50 ± 4,31	0,402
Çevre desteği arama	7,04 ± 2,01	6,60 ± 2,10	0,064
Profesyonel destek arama	6,03 ± 2,43	5,05 ± 2,44	0,002

Tablo 18’de bakım verenlerin okuryazarlık durumuna göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Bakım verenler okuryazar değilse mantıksal analiz skoru $22,40 \pm 4,50$, okuryazarsa $22,58 \pm 3,56$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,946$). Bakım verenler okuryazar değilse problem çözme skoru $22,51 \pm 3,74$, okuryazarsa $22,19 \pm 3,98$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,708$). Bakım verenler okuryazar değilse pozitif değerlendirme skoru $21,18 \pm 4,19$, okuryazarsa $21,96 \pm 4,18$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,353$). Bakım verenler okuryazar değilse çevre desteği arama skoru $7,70 \pm 1,85$, okuryazarsa $6,86 \pm 2,05$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,044$). Bakım verenler okuryazar değilse profesyonel destek arama skoru $5,77 \pm 3,05$, okuryazarsa $5,79 \pm 2,41$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,983$).

Tablo 18: Bakım verenlerin okuryazarlık durumuna göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Okuryazarlık durumu	Okuryazar değil	Okuryazar	p değeri
Mantıksal analiz	$22,40 \pm 4,50$	$22,58 \pm 3,56$	0,946
Problem çözme	$22,51 \pm 3,74$	$22,19 \pm 3,98$	0,708
Pozitif değerlendirme	$21,18 \pm 4,19$	$21,96 \pm 4,18$	0,353
Çevre desteği arama	$7,70 \pm 1,85$	$6,86 \pm 2,05$	0,044
Profesyonel destek arama	$5,77 \pm 3,05$	$5,79 \pm 2,41$	0,983

Tablo 19’da aylık ortalama maddi gelirine göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Maddi geliri 2500 TL’den az olan bakım verenlerin mantıksal analiz skoru $22,31 \pm 3,87$, 2500-7500 TL arası olanları $22,70 \pm 3,43$, 7500 TL ve üstü olanları $22,87 \pm 4,48$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,758$). Maddi geliri 2500 TL’den az olan bakım verenlerin problem çözme skoru $21,73 \pm 3,95$, 2500-7500 TL arası olanları $22,46 \pm 3,92$, 7500 TL’ den fazla olanları $22,93 \pm 4,43$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,245$). Maddi geliri 2500 TL’den az olan bakım verenlerin pozitif değerlendirme skoru $21,79 \pm 4,41$, 2500-7500 TL arası olanları $21,79 \pm 4,08$, 7500 TL’den fazla olanları $23,93 \pm 3,04$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,115$). Maddi geliri 2500 TL’den az olan bakım verenlerin çevre desteği arama skoru $7,23 \pm 2,22$, 2500-7500 TL arası olanları $6,70 \pm 1,91$, 7500 TL’den fazla olanları $7,56 \pm 1,89$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,037$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. Maddi geliri 2500 TL’den az olan bakım verenlerin profesyonel destek arama skoru $5,87 \pm 2,67$, 2500-7500 TL arası olanları $5,62 \pm 2,32$, 7500 TL’ den fazla olanları $7,25 \pm 2,23$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,044$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark, maddi geliri 2500-7500 TL arası olan bakım verenler ile maddi geliri 7500 TL’den fazla olan bakım verenler arasında saptanmıştır.

Tablo 19: Aylık ortalama maddi gelirine göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Aylık ortalama maddi gelir	2500 TL den az	2500 - 7500 TL arası	7500 TL den fazla	p değeri
Mantıksal analiz	$22,31 \pm 3,87$	$22,70 \pm 3,43$	$22,87 \pm 4,48$	0,758
Problem çözme	$21,73 \pm 3,95$	$22,46 \pm 3,92$	$22,93 \pm 4,43$	0,245
Pozitif değerlendirme	$21,79 \pm 4,41$	$21,79 \pm 4,08$	$23,93 \pm 3,04$	0,115
Çevre desteği arama	$7,23 \pm 2,22$	$6,70 \pm 1,91$	$7,56 \pm 1,89$	0,037
Profesyonel destek arama	$5,87 \pm 2,67$	$5,62 \pm 2,32$	$7,25 \pm 2,23$	0,044

Tablo 20’de tüm konularda hastasına yardım etme durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hastasına tüm konularda yardım eden bakım verenlerin mantıksal analiz skoru $22,61 \pm 3,79$, etmeyenlerinki $22,47 \pm 3,34$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,685$). Hastasına tüm konularda yardım eden bakım verenlerin problem çözme skoru $22,54 \pm 3,97$, etmeyenlerinki $21,54 \pm 3,88$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,043$). Hastasına tüm konularda yardım eden bakım verenlerin pozitif değerlendirme skoru $22,08 \pm 4,30$, etmeyenlerinki $21,51 \pm 3,89$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,281$). Hastasına tüm konularda yardım eden bakım verenlerin çevre desteği arama skoru $7,47 \pm 1,90$, etmeyenlerinki $5,81 \pm 1,86$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Hastasına tüm konularda yardım eden bakım verenlerin profesyonel destek arama skoru $6,35 \pm 2,48$, etmeyenlerinki $4,63 \pm 1,99$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 20: Tüm konularda hastasına yardım etme durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Tüm konular	Hayır	Evet	p değeri
Mantıksal analiz	$22,47 \pm 3,34$	$22,61 \pm 3,79$	0,685
Problem çözme	$21,54 \pm 3,88$	$22,54 \pm 3,97$	0,043
Pozitif değerlendirme	$21,51 \pm 3,89$	$22,08 \pm 4,30$	0,281
Çevre desteği arama	$5,81 \pm 1,86$	$7,47 \pm 1,90$	<0,001
Profesyonel destek arama	$4,63 \pm 1,99$	$6,35 \pm 2,48$	<0,001

Tablo 21’de bakım verenlerin bakım vermeye başladıktan sonra hipertansiyon tanısı almalarına göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hipertansiyon tanısı alan bakım verenlerin mantıksal analiz skoru $22,16 \pm 3,99$, almayanları $22,71 \pm 3,51$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,345$). Hipertansiyon tanısı alan bakım verenlerin problem çözme skoru $22,36 \pm 3,88$, almayanları $22,16 \pm 4,00$ saptanmıştır ve aralarında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,721$). Hipertansiyon tanısı alan bakım verenlerin pozitif değerlendirme skoru $22,05 \pm 4,63$, almayanları $21,84 \pm 4,01$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,501$). Hipertansiyon tanısı alan bakım verenlerin çevre desteği arama skoru $7,82 \pm 1,77$, almayanları $6,61 \pm 2,04$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Hipertansiyon tanısı alan bakım verenlerin profesyonel destek arama skoru $6,72 \pm 2,35$, almayanları $5,46 \pm 2,42$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 21: Bakım verenlerin bakım vermeye başladıktan sonra hipertansiyon tanısı almalarına göre SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Hipertansiyon	Hayır	Evet	p değeri
Mantıksal analiz	$22,71 \pm 3,51$	$22,16 \pm 3,99$	0,345
Problem çözme	$22,16 \pm 4,00$	$22,36 \pm 3,88$	0,721
Pozitif değerlendirme	$21,84 \pm 4,01$	$22,05 \pm 4,63$	0,502
Çevre desteği arama	$6,61 \pm 2,04$	$7,82 \pm 1,77$	<0,001
Profesyonel destek arama	$5,46 \pm 2,42$	$6,72 \pm 2,35$	<0,001

Tablo 22’de hastalarıyla birlikte yaşama durumlarına göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hastalarıyla birlikte yaşayan bakım verenlerin mantıksal analiz skoru $22,69 \pm 3,56$, birlikte yaşamayanları $22,25 \pm 3,84$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,474$). Hastalarıyla birlikte yaşayan bakım verenlerin problem çözme skoru $22,51 \pm 3,87$, birlikte yaşamayanları $21,48 \pm 4,11$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,048$). Hastalarıyla birlikte yaşayan bakım verenlerin pozitif değerlendirme skoru $21,91 \pm 4,07$, birlikte yaşamayanları $21,86 \pm 4,46$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,957$). Hastalarıyla birlikte yaşayan bakım verenlerin çevre desteği arama skoru $6,59 \pm 2,12$, birlikte yaşamayanları $7,81 \pm 1,51$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Hastalarıyla birlikte yaşayan bakım verenlerin profesyonel destek arama

skoru $5,44 \pm 2,51$, birlikte yaşamayanları $6,68 \pm 2,42$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 22: Hastalarıyla birlikte yaşama durumlarına göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Hastalarla birlikte yaşama durumu	Hayır	Evet	p değeri
Mantıksal analiz	$22,25 \pm 3,84$	$22,69 \pm 3,56$	0,474
Problem çözme	$21,48 \pm 4,11$	$22,51 \pm 3,87$	0,048
Pozitif değerlendirme	$21,86 \pm 4,46$	$21,91 \pm 4,07$	0,957
Çevre desteği arama	$7,81 \pm 1,51$	$6,59 \pm 2,12$	<0,001
Profesyonel destek arama	$6,68 \pm 2,42$	$5,44 \pm 2,51$	<0,001

Tablo 23’de günlük bakım verme sürelerine göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Günlük bakım verme süresi 12 saatten fazla olan bakım verenlerin mantıksal analiz skoru $22,83 \pm 3,48$, 9-12 saat arası olanları $22,06 \pm 4,03$, 8 saat ve altı olanları $22,38 \pm 3,48$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,324$). Günlük bakım verme süresi 12 saatten fazla olan bakım verenlerin problem çözme skoru $22,63 \pm 3,85$, 9-12 saat arası olanları $21,72 \pm 4,19$, 8 saat ve altı olanları $21,38 \pm 3,81$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,061$). Günlük bakım verme süresi 12 saatten fazla olan bakım verenlerin pozitif değerlendirme skoru $22,20 \pm 4,11$, 9-12 saat arası olanları $21,82 \pm 4,47$, 8 saat ve altı olanları $20,66 \pm 3,68$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,062$). Günlük bakım verme süresi 12 saatten fazla olan bakım verenlerin çevre desteği arama skoru $6,64 \pm 2,25$, 9-12 saat arası olanları $7,71 \pm 1,68$, 8 saat ve altı olanları $6,66 \pm 1,14$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark; günlük 9-12 saat arası bakım verenler ile 12 saatten fazla ve 8 saat ve altı süreyle bakım verenler arasında saptanmıştır. Günlük bakım verme süresi 12 saatten fazla olan bakım verenlerin profesyonel destek arama skoru $5,35 \pm 2,66$, 9-12 saat arası olanları $6,68 \pm 2,01$, 8 saat ve altı olanları $5,97 \pm 1,81$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı fark; günlük 9-12 saat arası bakım verenler ile 12 saatten fazla süre bakım verenler arasında saptanmıştır.

Tablo 23: Günlük bakım verme sürelerine göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Günlük bakım verme süresi	12 saatten fazla	9-12 saat arası	8 saat ve altı	p değeri
Mantıksal analiz	22,83 ± 3,48	22,06 ± 4,03	22,38 ± 3,48	0,324
Problem çözme	22,63 ± 3,85	21,72 ± 4,19	21,38 ± 3,81	0,061
Pozitif değerlendirme	22,20 ± 4,11	21,82 ± 4,47	20,66 ± 3,68	0,062
Çevre desteği arama	6,64 ± 2,25	7,71 ± 1,68	6,66 ± 1,14	<0,001
Profesyonel destek arama	5,35 ± 2,66	6,68 ± 2,01	5,97 ± 1,81	<0,001

Tablo 24’de SBÇYÖ alt ölçek skorları ile ZBYÖ skoru arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Mantıksal analiz skoru ile ZBYÖ skoru arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir (r:-0,085, p:0,129). Problem çözme skoru ile ZBYÖ skoru arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir (r:-0,074, p:0,188). Pozitif değerlendirme skoru ile ZBYÖ skoru arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir (r:-0,012, p:0,828). Çevre desteği arama skoru ile ZBYÖ skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir (r:0,473, p<0,001). Profesyonel destek arama skoru ile ZBYÖ skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir (r:0,519, p<0,001).

Tablo 24: SBÇYÖ alt ölçek skorlarının ZBYÖ skoru ile korelasyonu

SBÇYÖ	ZBYÖ	
	r	p
Mantıksal analiz	-0,085	0,129
Problem çözme	-0,074	0,188
Pozitif değerlendirme	-0,012	0,828
Çevre desteği arama	0,473	<0,001
Profesyonel destek arama	0,519	<0,001

Çalışmamızda ZBYÖ'nün Cronbach alfa puanı 0,94 bulunmuştur. SBÇYÖ'nün Cronbach alfa puanı 0,91 bulunmuştur. Tablo 25'de SBÇYÖ alt ölçeklerinin Cronbach alfa puanları gösterilmiştir. Cronbach alfa puanı mantıksal analiz alt ölçeği için 0,86, Problem çözme alt ölçeği için 0,90, pozitif değerlendirme alt ölçeği için 0,89, çevre desteği arama alt ölçeği için 0,78, profesyonel destek arama alt ölçeği için 0,86 bulunmuştur.

Tablo 25: SBÇYÖ alt ölçeklerinin Cronbach alfa puanları

SBÇYÖ	Cronbach alfa puanı
Mantıksal analiz	0,86
Problem çözme	0,90
Pozitif değerlendirme	0,89
Çevre desteği arama	0,78
Profesyonel destek arama	0,86

5 TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan 321 hastanın 187 (%58,3)'si kadın, 134 (%41,7)'ü erkekti. Ülkemizde yapılan çalışmalardan Ateş ve arkadaşlarının araştırmasında hastaların erkek, kadın hasta dağılımının benzer ve kadın hastaların ağırlıkta olduğu görülmüş (70). Almanya'da Thyrian ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın hastaların ağırlıkta olduğu bir çalışmaya yer verilmiş (71). Bu verilere bakılarak çalışmamızda literatürle benzer hasta cinsiyet dağılımı görüldü.

Çalışmamızda 321 hastanın yaş ortalaması $72,71 \pm 17,51$ yılı (4-98 yıl). Ankara'da Bilgen ve arkadaşlarının araştırmasında hastaların yaş ortalaması 42.12 ± 14.02 yıl (19-75 yıl) bulunmuş (72). Trabzon'da Ateş ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların yaş ortalaması $55,41 \pm 14,29$ saptanmış (70). Literatüre göre bizim çalışmamızda yer alan hastaların yaş ortalamasının farklı olduğu görüldü. Bizim çalışmamızda, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastaların poliklinik şartlarında takip edilebilen hastalara göre çoğunun temel ihtiyaçlarını karşılamada bile zorluk çekebilen daha yaşlı insanlar olması bu farklılığı açıklayabileceği düşünüldü (42).

Çalışmamızda bakım verilen 321 hastanın 194 (%60,4)'ünde nörolojik hastalık, 184 (%57,3)'ünde hipertansiyon, 111 (%34,6)'inde kalp hastalığı, 109 (%34,0)'unda Diyabetes Mellitus tanısı, 64 (%19,9)'ünde Astım-KOAH tanısı, 55 (%17,1)'inde göz hastalığı, 49 (%15,3)'unda kanser tanısı, 49 (%15,3)'unda psikiyatrik hastalık bulunmuştur. Aksaray'da Erkan ve Altuntaş'ın çalışmasında bakım verilen hastaların %50,3'ünde nörolojik hastalık, %42,1'inde hipertansiyon, %23,6'sında Diyabetes Mellitus, %17,9'unda kardiyovasküler sistem hastalığı, %16,4'ünde malignite, %12,3'ünde KOAH tanısı saptanmış (73). Ankara'da Akyar ve arkadaşlarının çalışmasında onkoloji hastalarının %48,8'inde hipertansiyon, %26,1'inde Diyabetes Mellitus, %10,7'sinde kalp yetmezliği komorbiditesi saptanmış (74). ABD'de Robinson ve arkadaşlarının çalışmasında ise erken düzey Alzheimerlı hastaların %68,8'inde hipertansiyon, %48,8'inde hiperkolesterolemi, %44,4'ünde depresyon, %28,6'sında Diyabetes Mellitus komorbiditesi saptanmış (75). Bu verilere bakılarak çalışmamıza katılan hasta morbidite dağılımının literatürle benzerlik gösterdiği saptandı.

Çalışmamıza katılan 321 bakım verenin 243 (%75,7)'ü kadın 78 (%24,3)'i erkekti. Ülkemizde yapılan çalışmalardan Isparta'da Yeşil ve arkadaşlarının araştırmalarında erkek, kadın oranlarına bakıldığında kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlerin yaklaşık iki katı sayıda bakım vermeye katıldıkları görülmüştür (76). Almanya'da Zwingmann ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlerin yaklaşık iki katı sayıda bakımı verme yükünü üstlendikleri rapor edilmiş (77). Literatüre bakılarak kadın bakım verenlerin bakım verme yükünü üstlenmede erkeklere göre daha ön planda olduğu görüldü ve bizim çalışmamızda da benzer verilere ulaşıldı.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin yaş ortalaması $55,55 \pm 12,46$ yılı (17-87 yıl). Ankara'da Bilgen ve arkadaşlarının araştırmalarında bakım verenlerin yaş ortalaması 50.31 ± 11.74 yıl (17-80 yıl) bulunmuş (72). Erzurum'da Timur ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenlerin yaş ortalaması 44.10 ± 12.42 yıl (19-73 yıl) bulunmuş (78). Trabzon'da Ateş ve arkadaşlarının çalışmasında ise bakım verenlerin yaş ortalaması $43,65 \pm 13,64$ yıl bulunmuş (70). Çalışmamızda literatüre göre bakım verenlerin yaş ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Bunun nedeninin; batı bölgelerinde sanayi ve istihdam oranının daha çok olması nedeniyle doğu bölgelerine göre bakım verme yükününün daha çok yaşlılara bırakılması, gençlerin ise daha çok iş hayatına atılmaları olabileceği düşünüldü.

Çalışmamıza katılan 321 bakım verenin 91 (%28,3)'i hastalarının eşi, 171 (%53,2)'i çocuğuydu. Ankara'da Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenler en sık hastaların kızları (%36,25) ve eşleri (%23,75), Manisa'da Çeler ve arkadaşlarının çalışmasında ise bakım verenler en sık hastaların eşleri (%54) ve çocukları (%37) olduğu gözlenmiş (79,80). Buna göre bakım verenlerin genellikle hastaların eş ve çocukları olduğu görüldü ve çalışmamıza ait bulgular da literatürle benzerdi.

Çalışmamıza katılan 321 bakım verenin 27 (%8,4)'si okur yazar değil, 294 (%91,6)'ü okuryazardı. Kalınkara ve Kalaycı'nın Isparta ve Denizli'deki çalışmasında bakım verenlerin çoğunluğunun okuma yazma bildiği, okuma yazma bilmeyenlerin oranı %9,6 saptanmış (81). Karakurt ve arkadaşlarının Erzincan'daki araştırmalarında bakım verenlerin okuma yazma bilmeme oranı %9,6 bulunmuş (82).

Verileri değerlendirdiğimizde literatüre göre çalışmamızda okuma yazma bilmeyen bakım veren oranı benzer saptandı. 2019 TÜİK verilerine göre 15 yaş üstü vatandaşlarımızın okuma yazma bilmeme oranı %3,3 (kadınlarda %5,6, erkeklerde %0,9) saptanmıştır (83). Bizim bulgumuzun Türkiye ortalamasına göre farklı olmasının, çalışmamızda bakım verenlerin çoğunun kadın (%75,7) ve yaşlı insanlar olmasıyla ($55,55 \pm 12,46$ yıl) açıklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamıza katılan 321 bakım verenin 249 (%77,6)'u işsizdi. Erzurum'da Timur ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenlerin bakım verenlerin çoğunun (%62,7) maddi gelir elde edebilecekleri bir işte çalıştıkları saptanmış (78). Burdur 'da Sütlü ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenlerin büyük oranda (%84,0) işsiz veya işinden ayrıldıkları saptanmış (84). Kalınkara ve Kalaycı'nın Isparta ve Denizli'deki çalışmasında bakım verenlerin çok yüksek oranda (%85,6) alışmadıkları saptanmış (81). Literatüre kıyasla çalışmamız benzerlik ve farklılıklar içermektedir. Bu farklılığı; çalışmamızda saptanan ortalama bakım yükü şiddetinin ve bakım veren kadın oranının açıklayabileceği düşünüldü.

Çalışmamıza katılan 321 bakım verenin 136 (%42,4)'sı 5 yıldan az, 100 (%31,2)' 5-9 yıl arası, 85 (%26,5)'i 10 yıl ve üstü süredir bakım verdiğini belirtmiştir. Kalınkara ve Kalaycı'nın Isparta ve Denizli'deki çalışmasında bakım verenlerin % 62,7'sinin 5 yıldan az süredir hastalarına bakım verdiği tespit edilmiş (81). Burdur 'da Sütlü ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenlerin %60,9'unun 10 yıl ve üstü süredir bakım verdiği saptanmış (84). Bilgen ve arkadaşlarının araştırmasında bakım verenlerin %72,9'unun 20 yıl ve üstü süredir bakım verdiği bulunmuş (72). Değerlendirildiğinde bizim çalışmamızda bakım verme sürelerinin literatüre göre farklılık göstermekte olduğu görüldü ve bu farklılığı bakım veren yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve çalışma durumu gibi sosyodemografik değişkenlerin etkilemiş olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda 321 bakım verenin 37 (%11,5)'si kendilerine özel veya kamu kurumu tarafından psikolojik destek sunulduğunu, 58 (%18,1)'i kendilerine sosyal destek sunulduğunu, 84 (%26,2)' kendilerine düzenli ve sürekli maddi destek sunulduğunu, 30 (%9,3)'u psikolojik, sosyal ve maddi desteklerin tümünün kendilerine sunulduğunu, 228 (%71,0)'i kendilerine hiçbir kurumsal destek

sunulmadığını, 93 (%29,0)'ü en az bir kurumsal destek sunulduğunu; 70 (%21,8)'i gördükleri toplam desteği yeterli bulduğunu, 251 (%78,2)'i yeterli bulmadığını ifade etmiştir. İstanbul'da Ay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bakım verenlerin %77,1'inin sosyal güvencelerinin bulunduğu saptanmış (85). Çalışmamızda, bakım verenlerin kamusal bir destek olan sosyal güvence durumları sorgulanmamış olmakla beraber, daha geniş çerçevede özel veya kamu tarafından kendilerine kurumsal sosyal destek sunulup sunulmadığı sorgulanmıştır. Bu durumun, Ay ve arkadaşlarının çalışmasına göre bizim çalışmamızda sosyal destek sunulan bakım veren oranının daha düşük bulunmasına sebep olabileceği düşünüldü. Ankara'da Akyar ve arkadaşlarının çalışmasında ise bakım verenlerin %92,9'unun bakım sürecinde destek almadığı saptanmış (74). Bu veriler bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bu duruma, Akyar ve arkadaşlarının çalışmasına göre kadın bakım veren oranının bizim çalışmamızda daha yüksek olması gibi sosyodemografik farklılıkların etki etmiş olabileceği düşünüldü. Literatür incelendiğinde; kurumsal psikolojik ve maddi desteklerin informal bakım verenlere bir hak olarak sunulma durumunu araştıran çalışmalara daha fazla ihtiyaç olduğu anlaşıldı.

Çalışmamızda bakım verenlerin ZBYÖ skorlamasına göre ortalama bakım yükü $50,86 \pm 16,29$ hesaplanmıştır. 321 bakım verenin 17 (%5,3)'sinde bakım yükü yok ya da çok hafif, 63 (%19,6)'ünde hafif-orta, 141 (%43,9)'inde orta-ağır, 100 (%31,2)'ünde ağır şiddetli bakım yükü saptandı. Buna göre çalışmamıza katılan bakım verenlerin yaklaşık %75'inin bakım yükünden etkilediği, yaklaşık %30'unda bakım yükünün belirgin olduğu görüldü. Karakurt ve arkadaşlarının Erzincan'daki araştırmalarında bakım verenlerin ortalama ZBYÖ skoru $46,33 \pm 16,55$ bulunmuş (82). Erzurum'da Timur ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenlerin ortalama ZBYÖ skoru $50,70 \pm 10,70$ saptanmış (78). İngiltere'de Lamb ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenlerin ortalama ZBYÖ skoru $30,10 \pm 15,50$ saptanmış (86). Kanada'da Boucher ve arkadaşlarının çalışmasında ise bakım verenlerin ortalama ZBYÖ skoru $29,80 \pm 17,50$ saptanmış (87). Literatürü değerlendirdiğimizde batı toplumlarında bakım veren yükünün ülkemize göre daha düşük olduğu saptandı ve bunun nedeninin kültürler arası farktan ve batılı devletlerin bakım verenlerin yükünü azaltmak için aldığı önlemlerin bu farklılıkta etkili olabileceği düşünüldü. Ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında bizim çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşıldığı görüldü.

Çalışmamızda hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin ZBYÖ skorlamasına göre ortalama bakım yükü , hastası yatağa yarı bağımlı ve yataktan bağımsız olan bakım verenlerden anlamlı daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Ankara’da Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların yatağa bağımlılık düzeyinin artmasıyla bakım yükünün arttığı saptanmış (88). Kalıncara ve Kalaycı’nın Isparta ve Denizli’deki çalışmasında ise yatağa bağımlıların bakım yükü puanı, bağımsızların iki katından daha fazla saptanmış (81). Buna göre bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, hastasında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerin ZBYÖ skoru $52,90 \pm 14,41$, bulunmayanları $47,74 \pm 18,44$ saptandı ve aralarında anlamlı fark bulunmuştur ($p:0,026$). Samsun’da Altay ve arkadaşlarının çalışmasında Alzheimerlı hastaların bakım verenlerinin ortalama ZBYÖ puanı $42,35 \pm 20,26$ bulunmuş (89). Ankara’da Onat Kaya ve Çelik’in çalışmasında Alzheimerlı hastaların bakım verenlerinin ortalama ZBYÖ puanı $36,01 \pm 21,18$ saptanmış (90). İngiltere’de Lamb ve arkadaşlarının çalışmasında demans hastalarının bakım verenlerinin ortalama ZBYÖ skoru $30,10 \pm 15,50$ saptanmış (86). ABD’de Robinson ve arkadaşlarının çalışmasında ise erken düzey Alzheimerlı hastaların bakım verenlerinin ortalama ZBYÖ puanı $17,50 \pm 14,90$ saptanmış (75). Çalışmamızda literatüre göre nörolojik hastalık tanılı hastaların bakım verenlerinin bakım yükü daha yüksek saptandı. Bu farklılığı, bizim çalışmamızın nörovasküler hastalıklar, nörotravma gibi farklı nörolojik morbiditeli hastaları da içermesinin etkilemiş olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda sadece okur yazar bakım verenlerin ZBYÖ skorlamasına göre ortalama bakım yükü; ilkokul, ortaokul, lise, üniversite mezunu bakım verenlerden ve ilkokul mezunu bakım verenlerin bakım yükü, lise mezunu bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p<0,05$). Çorum’da Soyanıt ve Aydın Avcı’nın hastaneye yatan göçmenlerde yaptıkları çalışmada bakım verenlerin öğrenim durumlarının bakım yükünü etkilediği, ilkokul düzeyinde eğitime sahip olan bakım verenlerin daha düşük bakım yüküne sahip olduğu sonucu bulunmuş ($p<0,05$) (91). İstanbul’da Görmez’in çalışmasında, en yüksek bakım yükü üniversite mezunu bakım verenler tarafından bildirilirken, anlamlı fark, lise ve üniversite mezunu bakım

verenler arasında gözlemlenmiş ($p<0,05$) (92). Karabük'de Ören ve Aydın'ın çalışmasında bakım verenlerin eğitim durumu azaldıkça bakım yükünün anlamlı arttığı tesbit edilmiş ($p:0,002$) (93). Karakurt ve arkadaşlarının Erzincan'daki araştırmalarında; üniversite mezunu bakım verenlerin bakım yükü, lise ve ilkokul mezunu bakım verenlerle karşılaştırıldığında en düşük saptanmış ($p<0.001$) (82). Buna göre çalışmamızdaki bulguların literatüre göre benzerlikleri ve farklılıkları bulunmaktaydı. Bu farklılığı, çalışmaya katılan farklı eğitim düzeyindeki bakım verenlerin sayısının etkileyebileceği düşünüldü.

Çalışmamızda ZBYÖ'ne göre bakım verenlerin hastalara yardım ettikleri konular içinde en zorlandıkları hususun beslenme ($53,77 \pm 15,14$) ile bez bağlama ve alt temizliği olduğu görüldü ($53,97 \pm 15,28$). Çalışmamızda beslenme, giyinme, hareket etme, öz bakım ve tuvalet konularında hastalara yardım eden bakım verenlerin bakım yükü, hastalara aynı konularda yardım etmeyenlerinkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Ankara'da Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında; bakım verenler, bakım verme sürecinde en çok hastalara banyo yaptırmak (%46,25) ve hastaların altını değiştirmekte (%41,25) zorluk yaşadıklarını ifade etmiş (79). Samsun'da Sağlam ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; hareket-yürüme ($p:0,007$), kişisel temizlik ve giyim ($p<0.001$), yeme-içme ($p:0,024$) ve boşaltım ($p<0,001$) günlük yaşam aktiviteleri yönünden kısmen bağımlı olan yaşlı bakım verenlerinin bakım yükleri, bağımsız ve tam bağımlı hastalara bakım verenlerden anlamlı olarak daha yüksek saptanmış (94). Çalışmamız bu verilerle benzerlik göstermektedir. İstanbul'da Bekdemir ve İlhan'ın yaptıkları çalışmada beslenme ve giyinme konusunda kısmi bağımlı olan hastaların bakım verenlerinin bakım yükü, aynı konularda tam bağımlı olan hastalara bakım verenlerinkinden anlamlı seviyede yüksek saptanmış ($p<0,001$) (95). Çalışmamızda bakım verenlerin hastalara yardım ederken zorlandıkları konular ve hastaların yatağa bağımlılık durumu sorgulanmıştır fakat günlük aktivitelerindeki bakım verene bağımlılık durumu ele alınmamıştır. Bekdemir ve İlhan ile Sağlam ve arkadaşlarının çalışmasında beslenme ve giyinme konusunda kısmi bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım yükünün tam bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım yükünden daha yüksek saptanmış olması ilginç bir veridir. Bu duruma; hastaları tam bağımlı olan bakım verenlerin, hastaları kısmi bağımlı olan bakım verenlere göre hastalarla daha fazla zaman geçirmeleri nedeniyle kurdukları güçlü duygusal bağın ve aynı zamanda

bakım verme konusunda onlara “yetebilmiş olma” düşüncesinin neden olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda 321 bakım verenin 83 (%25,9)'ü başka bakıcı olmadığından, 22 (%6,9)'si hastanın başka bakıcı kabul etmemesinden dolayı, 216 (%67,3)'sı kendi istekleri ile hastalarına baktıklarını ifade etti. Çalışmamızda ZBYÖ skorlamasına göre; kendi isteği ile hastasına bakım verenlerin ortalama bakım yükü, başka bakıcı olmaması ve hastanın başka bakıcıyı kabul etmemesi nedeniyle mecburiyetten hastasına bakım verenlerin bakım yükünden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0,005$). Ankara'da Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenler bakımı üstlenmelerinin en önemli iki nedenini, hastaya bakacak başka kimse olmaması (%57,50) ve ailevi sorumluluk (%51,25) ifadeleriyle tarif etmiş (79). Samsun'da Altay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada Alzheimerlı hastalara bakım verenlerin %39,1'inin ailevi sorumluluk sebebiyle bakım verdiği ve %78,2'sinin hastasına bakmaktan memnun olduğu belirlenmiş (89). Adıyaman'da Işık ve Erci'nin yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yaşlıya bakma nedenlerine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında; yaşlı bireye, bakacak başka kimsesi olmadığı için bakım verenlerin bakım yükü, ailevi sorumluluk/aile bağı ve maddi katkısı olduğu için bakım verenlerin bakım yükünden anlamlı olarak daha yüksek saptanmış ($p<0.05$) (96). Bu veriler ışığında değerlendirildiğinde çalışmamızın literatürle benzerlik gösterdiği ve bununla beraber bakım verme sebeplerinin sosyodemografik farklılıklardan etkilenmiş olabileceği düşünüldü. Çalışmamızda informal bakım verenlere odaklanılmış olup ücretli bakım verenlere yer verilmemiştir. Işık ve Erci'nin çalışmasında araştırmamıza benzer şekilde kendi isteği ile sorumluluk hissedip bakım yükünü üstlenen bakım verenlerin bakım yüküyle baş etmede hastalarına bakmak durumunda kalanlardan daha başarılı oldukları saptanmış.

Çalışmamızda 321 bakım verenin 85 (%26,5)'i bakım vermeye başladıktan sonraki süreçte hipertansiyon, 38 (%11,8)'i psikiyatrik hastalık, 30 (%9,3)'ü Diyabetes Mellitus tanısı almıştır. Bakım vermeye başladıktan sonra; hipertansiyon, psikiyatrik hastalık, Diyabetes Mellitus tanısı alan bakım verenlerin ZBYÖ skorlamasına göre ortalama bakım yükü, aynı morbiditesi bulunmayan bakım verenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksekti ($<0,001$). Ankara'da Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında tüm bakım verenlerin yaklaşık üçte birinde

hipertansiyon tanısının olduğu, DM hastalığı ise tüm bakım verenlerin onda birinde saptanmış (88). Manisa'da Söğüt ve Erbay Dünder'in yaptıkları çalışmada bakım verenlerin bakım vermeden önceki sağlık durumlarına göre şu anki sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorusuna "kötü" olarak yanıt verenlerin daha ağır yük altında oldukları bulunmuş (97). Ankara'da Onat Kaya ve Çelik'in çalışmasında; sağlık sorunu olan bakım verenlerin bakım yükü, sağlık sorunu olmayan bakım verenlerin bakım yükünden anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmış ($p:0,02$) (90). Çorum'da Soyanıt ve Aydın Avcı'nın hastaneye yatan göçmenlerde yaptıkları çalışmada; kronik hastalığı olan bakım verenlerin bakım yükü, kronik hastalığı olmayan bakım verenlere göre anlamlı olarak yüksek saptanmış ($p<0,001$) (91). Aksaray'da Erkan ve Altuntaş'ın yaptıkları çalışmada, bakım verenin tanı almış bir sağlık sorunu varsa bakım yükünün anlamlı düzeyde arttığı gözlenmiş ($p:0,006$) (73). Çalışmamızdaki bulgular da bu verilerle benzerlik gösteriyordu fakat literatürde bakım verenlerin klinik durumlarının başlama zamanının bakım verme süreciyle ilişkisine yer verilmemiş olduğu görüldü.

Çalışmamıza katılan 321 bakım verenin 230 (%71,7)'u hastayla birlikte yaşadığını, 91 (%28,3)'i hastayla birlikte yaşamadığını bildirmiştir. Çalışmamızda hastalarla birlikte yaşayan bakım verenlerin ZBYÖ skorlamasına ortalama bakım yükü, birlikte yaşamayanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. ($p<0,001$). Ankara'da Akyar ve arkadaşlarının çalışmasında onkoloji hastalarına bakım verenlerin %50'sinin hastalarla birlikte yaşadığı saptanmış (74). Burdur 'da Sütü ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenlerin %70'inin hastalarla birlikte yaşadıkları saptanmış (84). Bu veriler ışığında çalışmamızın literatürle benzerlik gösterdiği görüldü. Bursa'da Pehlivan ve arkadaşlarının çalışmasında romatoloji hastalarının bakım verenlerinin %69,0'unun hastalarla birlikte yaşadığı saptanmış ve hastayla birlikte yaşayanların bakım yükü, hastayla beraber aynı evde yaşamayan bakım verenlerin bakım yükünden anlamlı olarak daha yüksek saptanmış ($p<0,001$) (98). Manisa'da Çeler ve arkadaşlarının çalışmasında ise Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre hastalarla birlikte yaşamayan bakım verenlerin, birlikte yaşayanlara göre sosyal alan alt boyutundaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiş ($p:0,002$) (80). Çalışmamızda ilginç bir şekilde hastasıyla birlikte yaşayan bakım verenlerin bakım yükü, hastasıyla aynı evde yaşamadığını ifade eden bakım verenlere göre daha düşüktü, bu durumu; hastayla birlikte yaşayan

bakım verenlerin bakım verme sürecinde hastayla daha güçlü duygusal bağ kurabilmiş olmaları ve bakımla ilgili sorunları daha kolay çözebilme imkânı elde etmiş olmalarının açıklayabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda; 5 seneden az zamandır bakım verenlerin ZBYÖ skorlamasına göre ortalama bakım yükü, 5 sene ve üstü süredir bakım verenlerden anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$). İstanbul'da Bekdemir ve İlhan'ın çalışmasında; 2 yıl ve daha fazla süredir bakım verenlerin bakım yükü, 1-6 ay ile 1-2 yıl arası bakım verenlerin bakım yükünden anlamlı düzeyde yüksek saptanmış ($p<0,05$) (95). İzmir'de Çetinkaya ve Karadakovan'ın yaptıkları çalışmada, daha uzun bakım verme süresinin daha yüksek bakıcı yükü ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmış (99). Adıyaman'da Işık ve Erci'nin yaptıkları çalışmada, yaşlı bireye bakma süresi arttıkça bakım yükünün azaldığı saptanmış (96). Buna göre çalışmamız literatürle benzerlik göstermekle birlikte Işık ve Erci'nin yaptıkları çalışmanın araştırmamızdan farklılık göstermiş olduğu gözlemlendi. Bakım veren sayısı ve bakım verme sürelerine göre elde edilen bakım verme deneyimlerinin bu farklılığı açıklayabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda ZBYÖ skorlamasına göre; psikolojik, sosyal, maddi destek sunulan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, aynı desteklerin sunulmadığı bakım verenlerin bakım yükünden anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Psikolojik, sosyal, maddi desteklerin tümünün sunulduğu bakım verenlerin ortalama bakım yükü, bu desteklerin tümünün sunulmadığı bakım verenlerin bakım yükünden anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır ($p<0,039$). Hiçbir kurumsal destek sunulmayan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, en az bir kurumsal destek alan bakım verenlerin bakım yükünden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Gördükleri toplam desteği yeterli bulan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, bakım verme deneyimi süresince yeterli destek görmediğini ifade bakım verenlerin bakım yükünden anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Adıyaman'da Işık ve Erci'nin yaptıkları çalışmada bakım verenlerin sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında; sosyal güvencesi olmayanların bakım yükü, sosyal güvencesi olanlara oranla önemli düzeyde yüksek saptanmış ($p<0,05$) (96). Isparta'da Yeşil ve arkadaşlarının araştırmalarında bakım konusunda yardım alanların almayanlara göre bakım yükü skoru ortalamaları daha yüksek saptanmış ($p<0,05$) (76). Diyarbakır'da

Turan ve Yayan'ın metabolik hastalıklı çocukların ebeveynlerinde yaptıkları çalışmada; bakım verenlerin bakım yükü ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş ($r:-0,491$, $p<0,001$) (100). Edirne'de Kurt ve arkadaşlarının kanserli hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC)'ne göre; sosyal güvencesi olmayan bakım verenlerin ortalama yük alt boyutu puanı, sosyal güvencesi olan bakım verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmış (101). Buna göre çalışmamız literatürle benzerlik göstermekle birlikte Yeşil ve arkadaşlarının araştırmalarında çalışmamızdan farklı veriler elde edilmiş olduğu görüldü. Söz konusu çalışmada bakım verenlere verilen yardımın kurumsal olup olmadığına yer verilmemiş olmakla birlikte, bu farklılığa; kendilerini daha çok çaresiz hissetmelerine yol açabilmesi sebebiyle bakım verenlerin aldıkları kurumsal olmayan, “eş, dost” dan alınan çevre yardımının neden olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda hastaların yatağa bağımlılık durumuna göre bakım verenlerin SBÇYÖ alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Pozitif değerlendirme alt ölçeğine göre; hastası yataktan bağımsız olan bakım verenlerin ortalama skoru, hastası yatağa tam ve yarı bağımlı olan bakım verenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p:0,009$). Çevre desteği arama alt ölçeğine göre; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin ortalama skoru, hastası yatağa yarı bağımlı olan bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. ($p<0,001$). Profesyonel destek arama alt ölçeğine göre; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin ortalama skoru, hastası yatağa yarı bağımlı ve yataktan bağımsız olan bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Antalya'da Kılıçkaya Ergin ve arkadaşlarının yoğun bakımda yatan hastaların bakım verenlerinde yaptıkları çalışmada; bakım verenlere, yaşadıkları stres ve öfkeyi yönetme durumları ile ilgili görüşleri sorulduğunda, %35'i yaşadığı stresle baş edebilmek için bedene yönelik teknikler (fiziksel egzersiz, solunum egzersizi, gevşeme, meditasyon, biyolojik geri bildirim), %24'ü zihne yönelik teknikler (bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme, zaman yönetimi) ve %9'u da davranışa yönelik teknikler (sosyal becerileri geliştirme, bazı davranış tarzlarını değiştirme, beslenme alışkanlıklarını değiştirme) kullandığını belirtmiş (102). Denizli'de Eren ve Doğan'ın yaptıkları çalışmada; zihinsel engelli çocuğu olan babaların stresle baş etme stratejilerinden en fazla

kullandıkları, uzman ve kurum sosyal desteği olmuş (103). Literatüre bakıldığında; kendilerine bağımlı hastaları olan bakım verenler stresle baş edebilmek için farklı içsel baş etme yöntemlerine ve çalışmamızla benzer doğrultuda profesyonel destek arayışında oldukları görüldü.

Çalışmamızda, problem çözme alt ölçeğine göre; hastasında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerin ortalama skoru, bulunmayanlarınkinden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p:0,046$). Çalışmamızda ayrıca nörolojik morbiditesi bulunan hastalara bakım verenlerin ortalama bakım yükünün, bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p:0,026$) ve ZBYÖ ile SBÇYÖ problem çözme alt ölçeği skorları arasında negatif yönde fakat anlamlı olmayan bir korelasyon saptanmıştır ($r:-0,074$, $p:0,188$). Ankara'da Ateş ve Bilgili'nin omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada; hastaların yaralanma derecesi ile bakım verenlerin stresle baş etme tarzları alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmemiş ($p>0,05$) (104). Samsun'da Erkuran ve Altay'ın Alzheimer'lı hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada bakım yükü ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım alt grupları ile bakım yükü arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuş ($p<0,05$) (105). Araştırmamızın bulguları, literatürdeki veriler ışığında değerlendirildiğinde; çalışmamızda, nörolojik morbiditeli hastalara bakım verme yükünün üstesinden gelmede sadece problem çözme becerilerinin yeterli olmadığı sonucuna ulaşıldı.

Çalışmamızda yaşı 64 ve altı olan bakım verenlerin mantıksal analiz alt ölçek skoru, yaşı 65 ve üstü olanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksekti ($p:0,009$). Yaşı 64 ve altı olan bakım verenlerin problem çözme alt ölçek skoru, yaşı 65 ve üstü olanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksekti ($p:0,048$). Yaşı 64 ve altı olan bakım verenlerin profesyonel destek arama alt ölçek skoru, yaşı 65 ve üstü olanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksekti ($p:0,002$). Bakım verenlerin yaş gruplarına göre ZBYÖ skorları karşılaştırıldığında; 64 yaş ve altı bakım verenlerin ZBYÖ skoru ile 65 yaş ve üstü bakım verenlerin ZBYÖ skoru arasında anlamlı fark bulunmadığı ($p:0,519$) ve mantıksal analiz alt ölçek skoru ile ZBYÖ skoru arasında ($r:-0,085$, $p:0,129$), problem çözme alt ölçek skoru ile ZBYÖ skoru arasında negatif yönde fakat anlamlı olmayan bir korelasyon gözlenmiştir ($r:-0,074$, $p:0,188$). Profesyonel

destek arama alt ölçek skoru ile ZBYÖ skoru arasında ise pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir ($r:0,519$, $p<0,001$). Sivas'ta Sabancioğulları ve Ertekin Pınar'ın kronik psikiyatri hastalarının bakım verenlerine yaptıkları çalışmada; genç yaş grubunda olan bakım verenlerin sosyal destek aramaya çalışırken, yaşın ilerlemesi ile stresle başa çıkmada etkisiz yaklaşımlar kullandıkları saptanmış (106). ABD'de Eaton ve arkadaşlarının hastanede yatan psikiyatri hastalarının aile üyelerinde yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yaşlandıkça sorunlarıyla başa çıkma yeteneklerinin de arttığı ve hasta bir aile üyesi ile yaşamaktan kaynaklanan stres faktörleriyle daha iyi başa çıkabildikleri belirtilmiş (107). Bu verilere göre çalışmamız literatürden farklı göstermektedir. Çalışmamızda profesyonel destek arama davranışının bakım yükünü azaltmada etkisi saptanmamış olup gençlerin yaşlılara göre bakım yükünün üstesinden gelmede mantıksal analiz ve problem çözme yöntemlerini etkili olmadığı düşünüldü.

Çalışmamızda aylık ortalama maddi geliri 7500 TL'den fazla olan bakım verenlerin profesyonel destek arama alt ölçek skoru, maddi geliri 2500-7500 TL arası olan bakım verenlerden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızda aylık geliri 2500 TL'den az olan bakım verenlerin bakım yükü, aylık 2500 TL ve üzeri gelirli bakım verenlerden anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) fakat 2500-7500 TL aylık geliri olan bakım verenlerin bakım yükü ile 7500 TL'den fazla aylık gelirli bakım verenler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırmamızda ayrıca profesyonel destek arama alt ölçek skoru ile ZBYÖ skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir ($r:0,519$, $p<0,001$). Sivas'ta Sabancioğulları ve Ertekin Pınar'ın kronik psikiyatri hastalarının bakım verenlerine yaptıkları çalışmada; gelir düzeyini kötü olarak algılayan bakım verenlerin bakım yükü algısı, gelir düzeyini orta olarak algılayan bakım verenlerin ise stresle başa çıkmada sosyal destek arama yaklaşımları daha yüksek bulunmuş ($p<0,05$) (106). Kizir ve Çifci Tekinarslan'ın Türkiye'nin farklı şehirlerinde yaşayan, bağımsız yaşam becerilerinde ağır ve çoklu yetersizliği bulunan çocukların annelerinde yaptıkları çalışmada; annelerin; maddi konular ve gelecek kaygısı gibi konularda sorunlar yaşadıkları ve bu sorunlarla baş etmede oldukça sınırlı kaynaklara sahip oldukları görülmüş (108). Antalya'da Kılıçkaya Ergin ve arkadaşlarının yoğun bakımda yatan hastaların bakım verenlerinde yaptıkları çalışmada; gelirinin giderinden daha az olduğunu belirten bakım verenlerin hastalığa

psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmış (102). Bu verilere bakılarak çalışmamızın literatürle benzerlik gösterdiği saptandı. Çalışmamızda profesyonel destek aramanın bakım yükünün üstesinden gelmede etkili olmadığı saptanmış olup bu verinin bahsedilen gelir grupları arasında anlamlı bakım yükü farkının bulunmamasını açıklayan faktörlerden biri olabileceği düşünüldü. Profesyonel destek arama yönteminin bakım yükünü düşürmede etkisiz kalmasına; zaten bakım yükü nedeniyle evlerinden çıkamayan ve bu nedenle zayıflık hisseden bakım verenlerin bir de destek aramak zorunda kalmalarıyla kendilerini daha fazla bitkin hissetmeleri ve bunun sonucunda da ulaştıkları profesyonel desteği bakım yüküyle baş etmede yeterli görmemelerinin yol açabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda günlük 8 saat ve altı süreyle bakım verenlerin ZBYÖ skorlamasına göre ortalama bakım yükü, günlük 9 saat ve üstü süreyle bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$), günlük bakım verme süresi 12 saatten fazla olan bakım verenlerin ZBYÖ skoru ise günlük 9-12 saat arası bakım verenlerinkinden anlamlı olmamakla birlikte daha düşük saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda; günlük 9-12 saat arası bakım verenlerin çevre desteği arama alt ölçek skoru, günde 12 saatten fazla ve 8 saat ve altı süreyle bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmış ($p<0,05$) olup günlük 9-12 saat arası bakım verenlerin profesyonel destek arama alt ölçek skoru; günde 12 saatten fazla süre bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızda ayrıca çevre desteği arama skoru ile ZBYÖ skoru arasında ($r:0,473$, $p<0,001$) ve profesyonel destek arama skoru ile ZBYÖ skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir ($r:0,519$, $p<0,001$). Ankara'da Ateş ve Bilgili'nin omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada; günde 8 saatin üstünde bakım verenlerin, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçek puanlarının yüksek olduğu saptanmış (104). Denizli'de Eren ve Doğan'ın yaptıkları çalışmada; ağır düzeyde zihinsel engelli çocuğu olan babaların, babalık deneyimi arttıkça aile stres düzeylerinin azaldığı saptanmış (103). Çalışmamızda günlük 9-12 saat arası bakım verenlerin günde 12 saatten fazla süre bakım verenlere göre dışarıdan destek arama yoluna daha fazla gitmiş oldukları ve hastalarına günün yarısından fazla süre bakım verenlerin ise daha az dış desteğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Çalışmamızda literatürden farklı olarak günlük 8 saatten fazla bakım vermenin bakım yükünün artmasını önemli derecede etkilediğini

gösteren verilerin yanında bu bulgulara da ulaşılması, bizim çalışmamızın literatürle benzerliği olduğu düşünüldü.

Ülkemizde son yıllarda evde sağlık hizmetleri konusunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Fakat bu gelişmelerin yanında informal hasta bakımında yeterli seviyede başarıya ulaşamamıştır. Evde sağlık hizmetlerinin sadece hastaların sorunlarına odaklandığı ve görev tanımlarında bakım verenlere de hizmet sunmak bulunmadığı için evde sağlık hizmeti alan bakım verenlerin sorunları yeteri kadar ele alınamamıştır. Maalesef bakım verenlerin ruh ve fiziksel sağlığı yerinde olmaması nedeniyle informal bakım verenler de hastaların sorunlarının üstesinden gelememekte ve bazen medyaya da yansıyan bakım yüküyle baş edememiş bakım verenlerin bilerek veya bilmeyerek kendilerine zarar verebildikleri ve hatta bakım verdikleri hastaları ihmal edebildikleri görülmüştür.

Sosyal hizmet birimlerinde görevli sosyal hizmet uzmanlarının informal bakım verenlerin eğitimi konusunda evde sağlık hizmetleriyle yeterli düzeyde koordineli çalışmaması ve evde sağlık biriminde görevli doktorlarla sosyal hizmet uzmanlarının informal bakım verenlerin sorunlarına yönelik eğitim toplantılarının yeterince yapılmaması informal bakım verenlerin sorunlarının devam etmesine neden olmaktadır.

İnformel bakım verenlerin bakım vermedeki önemli sorunlarından belki de en önemlisi kendilerine hak olarak sunulmamış destek hizmetleridir. Bakım verenler destek hizmetini aramak durumunda kalmadan önce kurumların bakım verenlere ulaşamadıkları ve onların en ihtiyaç duydukları zamanda bakım sorumluluklarını paylaşma ve kolaylaştırma görevlerini yeterince yerine getiremedikleri görülmektedir.

Araştırmamızı yaptığımız şehirdeki sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfıyla görüşüldüğünde, hasta ve yaşlılara önemli sosyal desteklerinin olduğu fakat şehirdeki devlet hastanesine bağlı evde sağlık hizmetleri birimi ile herhangi bir koordinasyon içinde çalışmalarının bulunmadığı teyit edilmiş olup bu durum, bakım yükü ile baş etmede kurumsal psikososyal ve maddi desteklerin bakım verenlere sunulabilirlik düzeylerini incelemek için bize ilham kaynağı olmuştur.

Çalışmamızdaki verilerin batılı ülkelerden daha çok ülkemizdeki literatürle benzerliği dikkat çekicidir. Araştırmamızda bakım vermede yeterli destek sunulmayan bakım verenlerin, özyeterliliklerinin düşük olması, bakım konusunda zayıf, çaresiz kalmaları sebebiyle hissettikleri bakım yükünün de yüksek olduğu saptanmıştır.



6 SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Çalışmamızda hastaların evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastalar olmaları nedeniyle yaş ortalaması yüksek bulunmuştur (72,71). Bakım verenlerin yaş ortalaması, araştırmamızın Anadolu'nun batısında yapılması nedeniyle yüksek saptanmıştır (55,55). Okur yazar olmayan bakım verenlerin oranı, bakım verenlerin çoğunun kadın (%75,7) ve yaşlı olması (55,55) nedeniyle yüksekti (%8,4). 5 yıl ve üstü süredir bakım verme oranı, Isparta ve Denizli verisi ile karşılaştırıldığında yüksek, Burdur verisinden daha düşük saptanmıştır. Bakım verenlerin destek alma oranları, İstanbul verisi ile karşılaştırıldığında düşük, Ankara verisinden daha yüksek saptanmıştır.

Hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin ZBYÖ skorlamasına göre ortalama bakım yükü, hastası yatağa yarı bağımlı ve yataktan bağımsız olan bakım verenlerden daha yüksek bulunmuştur. Bakım yükü; hastalarında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerde bulunmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Hastası Diyabetes Mellitus tanılı olan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Hastasında göz hastalığı bulunan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, bulunmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Hastasında hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, bulunmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Bakım verenler okuryazar değilse ortalama bakım yükü; okuryazarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sadece okuryazarların ortalama bakım yükü; ilkokul, ortaokul, lise, üniversite mezunu bakım verenlere göre, ilkokul mezunlarının ortalama bakım yükü, lise mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Aylık geliri 2500 TL'den az olan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, aylık 2500 TL ve üzeri gelirli bakım verenlerden daha yüksek saptanmıştır. Maddi gelirli bir işte çalışan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, çalışmayanlar ve emeklilere göre daha düşük saptanmıştır.

Çalışmamızda beslenme, giyinme, hareket etme, öz bakım ve tuvalet konularında hastalara yardım eden bakım verenlerin ortalama bakım yükü, hastalara aynı konularda bakım vermeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Tüm konularda

hastalarına bakım verenler,vermeyenlere göre daha ağır bakım yükü altında oldukları saptanmıştır. Kendi isteği ile hastasına bakım verenlerin ortalama bakım yükü, başka bakıcı olmaması veya hastanın başka bakıcıyı kabul etmemesi nedeniyle mecburiyetten hastasına bakım verenlerden daha düşük saptanmıştır.

Bakım vermeye başladıktan sonra; hipertansiyon, psikiyatrik hastalık, Diyabetes Mellitus tanısı alan bakım verenlerin ZBYÖ skorlamasına göre ortalama bakım yükü, aynı morbiditesi bulunmayan bakım verenlere göre daha yüksek saptanmıştır. Hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, bulunmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Hipertansiyon-psikiyatrik hastalık multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, bulunmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Bakım verme nedeniyle işinden ayrılmak veya erken emekli olmak zorunda kalanların ortalama bakım yükü, böyle bir durum yaşamayan bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastalarıyla birlikte yaşayan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, hastalarıyla aynı evde yaşamayanlara göre daha düşük saptanmıştır. 5 seneden az süredir bakım verenlerin ortalama bakım yükü, 5 sene ve üstü süredir bakım verenlere göre daha düşük saptanmıştır. Günlük bakım verme süresi 9 saatten az olan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, 9 saat ve üstü bakım verenlere göre daha düşük saptanmıştır.

Psikolojik, sosyal, maddi destek sunulan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, aynı desteklerin sunulmadığı bakım verenlere göre daha düşük bulunmuştur. Psikolojik, sosyal, maddi desteklerin tümünün sunulduğu bakım verenlerin ortalama bakım yükü, bu desteklerin tümünün sunulmadığı bakım verenlere göre daha düşük saptanmıştır. Hiçbir kurumsal destek sunulmayan bakım verenlerin ortalama bakım yükü, en az bir kurumsal destek alan bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Gördükleri toplam desteği yeterli bulan bakım verenlerin ortalama bakım yükü ise bakım verme deneyimi süresince yeterli destek görmediğini ifade bakım verenlerden daha düşüktü. Kendi isteği ile tuvalet bakımı verenlerin ortalama bakım yükü, başka bakıcı olmaması ve mecburiyetten tuvalet bakımı veren bakım verenlerin ortalama bakım yükünden daha düşük bulunmuştur.

Hastası yataktan bağımsız olan bakım verenlerin SBÇYÖ problem çözme alt ölçeği ortalama skoru, hastası yatağa tam ve yarı bağımlı olan bakım verenlerden daha yüksek bulunmuştur. Çevre desteği arama alt ölçeğine göre; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin ortalama skoru, hastası yatağa yarı bağımlı olan bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Profesyonel destek arama alt ölçeğine göre; hastası yatağa tam bağımlı olan bakım verenlerin ortalama skoru, hastası yatağa yarı bağımlı ve yataktan bağımsız olan bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Problem çözme alt ölçeğine göre; hastasında nörolojik hastalık bulunan bakım verenlerin ortalama skoru, bulunmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastasında hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin ortalama pozitif değerlendirme alt ölçek skoru, bulunmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Hastasında hipertansiyon-Diyabetes Mellitus multimorbiditesi bulunan bakım verenlerin profesyonel destek arama alt ölçek skoru, bulunmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Yaşı 65 altı olan bakım verenlerin ortalama mantıksal analiz, problem çözme, profesyonel destek arama alt ölçek skoru, yaşı 65 ve üstü olanlara göre daha yüksekti. Bakım verenler okuryazar değilse çevre desteği arama skoru, okuryazarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda aylık ortalama maddi geliri; 7500 TL'yi geçen bakım verenlerin, 2500-7500 TL arası gelirli olanlara göre ortalama profesyonel destek arama alt ölçek skoru daha yüksek saptanmıştır.

Hastasına tüm konularda bakım verenlerin vermeyenlere göre ortalama problem çözme, çevre desteği arama, profesyonel destek arama alt ölçek skoru daha yüksek saptanmıştır. Bakım vermeye başladıktan sonra hipertansiyon tanısı alanların almayan bakım verenlere göre ortalama çevre desteği arama, profesyonel destek arama alt ölçek skoru daha yüksek saptanmıştır. Hastalarıyla birlikte yaşayanların hastalarıyla beraber yaşamayan bakım verenlere göre ortalama problem çözme alt ölçek skoru daha yüksek; ortalama çevre desteği arama, profesyonel destek arama alt ölçek skoru daha düşük saptanmıştır. Günlük 9-12 saat arası bakım verenlerin ortalama çevre desteği arama alt ölçek skoru, günde 12 saatten fazla ve 9 saatten az süreyle bakım verenlerden daha yüksek saptanmıştır.

Günlük 9-12 saat arası bakım verenlerin ortalama profesyonel destek arama alt ölçek skoru ise günde 12 saatten fazla süre bakım verenlerden daha yüksek saptanmıştır.

Çevre desteği arama alt ölçek skoru ile ZBYÖ skoru arasında ve profesyonel destek arama alt ölçek skoru ile ZBYÖ skoru arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir korelasyon gözlenmiştir.

6.2 Öneriler

Evde sağlık hizmetlerinde hastaların yanında bakım verenlerin sorunları da ele alınmalı ve bu bir politika haline getirilmelidir. Toplumumuzda bakım verenlerin de evde sağlık hizmetleri kapsamına alınması, sadece tıbbi hizmetlerle sınırlı kalmayıp bakım verenlere yönelik psikolojik yüklerini anlamada onlara destek olunan bir sistem geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda psikiyatri veya psikoloji uzmanlarından destek alınabilir. Fakat bu hizmetlerin, bakım verenlerin hastaneye gelmeleri bakım yükünden dolayı önemli zaman ve ulaşım problemlerine neden olabileceği için, evde sağlık hizmetleri imkânlarıyla bakım verenlerin yaşam alanlarında verilmesi çok önemlidir. Hem bu sayede bakım verenlerin yaşadıkları zorluklara tanıklık etme ve sorunlarına daha etkili çözümler getirme fırsatı elde edilebilir.

Günümüzde informal bakım verenlerin sorunlarına çözüm bulma konusunda sistemleşme ihtiyacı ivedilikle çözülmesi gereken bir husustur. Bu konuda bulunan yerleşim birimindeki sosyal hizmetler birimine ve sosyal yardımlaşma kurumlarına da önemli sorumluluklar düşmektedir.

Sosyal hizmetler birimine bağlı çalışan sosyal hizmet uzmanları ve evde sağlık hizmeti personelinin katılımıyla bakım verenlerin sorunlarına yönelik daha sık ve sistematik bir şekilde eğitim toplantıları düzenlenebilir ve koordinasyon içinde çalışma prensipleri geliştirilebilir.

Sosyal yardımlaşma kurumları ve evde sağlık hizmetlerinin birlikte çalışmasıyla desteğe muhtaç bakım verenlerin sorun ve ihtiyaçlarına daha hızla çözümler üretilebilir.

Araştırmamız İzmir ili Tire ilçesinde uygulanmıştır. Araştırmamızı yaptığımız şehirdeki sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfıyla görüşüldüğünde; hasta ve yaşlılara önemli sosyal desteklerinin olduğu fakat şehirdeki evde sağlık hizmetleri birimi ile herhangi bir koordinasyon içinde çalışmalarının bulunmadığı teyit edilmiş olup bu durum, kurumsal psikososyal ve maddi desteklerin bakım verenlere sunulabilirlik düzeylerini incelemek için bize ilham kaynağı olmuştur.

İnformel bakım verenlere destek hizmetlerini inceleyen araştırmamıza benzer içerikte az çalışma bulunmaktadır. Bakım yükünü çözmekte kendine yetemeyip dışarıdan destek arayan kişinin kendini aslında daha çok çaresiz hissettiğini vurgulayan az çalışma mevcuttur. Kurumsal desteklerin informal bakım verenlere ulaştırılabilme sıklığını araştırmak, bakım sorumluluğuna dikkat çekmek, destek olmak için ülke çapında ve daha fazla sayıda araştırma yapılabilir.

7 KAYNAKLAR

1. Physicians AMA-AAoHC. (2007). Medical Management of the Home Care Patient, Guidelines for Physicians.
2. Dağdeviren, T.S. (2017). Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. (tez). Ankara.
3. Devlet Planlama Teşkilatı. (2000). Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2000-2005). Ankara.
4. Ünlüoğlu, İ., Saatçi, E. (2015). Aile Hekimliğinde Evde Bakım. İstanbul.
5. Bakım Tanımı. www.tdk.gov.tr, (27.03.2018)
6. Oğlak, S. (2007). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. Turkish Journal of Geriatrics. 10(2): 100-108.
7. Boyoğlu, B.U.R., Oktay, S. (2002). Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Ve Sunumu. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 12(49).
8. Gözüm, S. ve Tan, M. (2003). Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş Ve Uygulamaları. Turkish Journal of Geriatrics. 6(1): 14-21.
9. Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C.C., et al. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. Canadian Medical Association Journal. 170(12): 1795-1801.
10. Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, A.Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3(3): 513-552.
11. Mollaoğlu, M., Tuncay, F.Ö. ve Fertelli, T.K. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu E-Dergi. 4(3): 125-130.
12. Lazarus, R.S., ve Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York. Springer.

13. Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*. 26(3): 309-317.
14. Tanlı, S. (1996). Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi. (Yüksek lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 15 . Karamercan, E. (2001). Evde Bakım; Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Olgu. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*. 39(1): 935-944.
16. World Health Organization. (1963). Drug Acceptability in Domiciliary Tuberculosis Control Programs. *Bulletin of the World Health Organization*. 29(5):627-639.
17. Ryder, C.F., Stitt, P.G. ve Elkin, W.F. (1969). Home health services-Past, present, future. *American Journal of Public Health*. 59(9): 1720–1729.
18. Popov, G.A. ve World Health Organization (1971). Principles of Health Planning in the USSR. World Health Organization. Geneva.
19. Thome, B., Dykes, A.K. ve Hallberg, R.I. (2003). Home care with regard to definition, care, recipient, care, content, and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 12(6): 860-872.
20. Bentur, N. (2001). Hospital at home: what is its place in the health system. *Health Policy*. 55(1): 71-79.
21. Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. ve Saltman, R.B. (2012). Home care across Europe, Current structure and future challenges. (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). The European Observatory on Health Systems. Copenhagen, Denmark.
22. T.C. Resmi Gazete, Sayı 25751. (10.03.2005). Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (2005a).
<https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/TR,43734/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik-10032005-tarihli-ve-25751-sayili-resmi-gazete.html>,
(09.03.2022).

23. T.C. Resmi Gazete, Sayı 25935. (13.09.2005). Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ (2005b). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/09/20050913-13.htm>, (09.03.2022).
24. T.C. Resmi Gazete, Sayı 26244. (30.07.2006). Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/10/20071023-10.htm>, (09.03.2022).
25. Mülga SHCEK Genel Müdürlüğü'nün "Bireysel Bakım Planı" konulu 31.12.2007 tarihli görüşü.
26. T.C. Resmi Gazete, Sayı 26940. (03.08.2008). Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080807-5.htm>, (09.03.2022).
27. Mülga SHCEK Genel Müdürlüğü'nün "Özürlü Evde Bakım" konulu 18.01.2008 tarihli görüşü.
28. ASPB, ASPB'liğinin Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2012/24 no.lu Evde Bakım Hizmetleri konulu ve 16 Ekim 2012 tarihli Genelgesi.
29. Evde bakım hizmetlerinin avantajları. (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/belge/evdeBak/evBak_avantaj.pdf, (09.03.2022).
30. Dawson, P. (1980). Conference Exploring the Use of Home Visitors to Improve the Delivery of Preventive Services to Mothers with Young Children. Home Visiting: Procedures for Helping Families (pp. 272-274). Washington, DC: American Academy of Pediatrics.
31. Erginöz, Ş.G. (2002). İlk çağlarda Akdeniz havzasında ve Anadolu'da doğum ve doğum yardımı. Düşünen Siyaset. 16(1): 148-160.
32. Gilgil, E.(2002). Asklepion'dan Nosokomeion'a Antikçağ'da tedavi kurumlarının gelişimi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 10(4): 279-84.
33. Sobel, D. (2000). Galileo'nun Kızı, Çev: Bahadır Sina Şener. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

34. Öztekin, Z. ve Kubilay, G. (1993). Toplum Sağlığı ve Hemşireliği. Sağlık Meslek Liseleri Ders Kitabı. Ankara: Somgür Yayıncılık.
35. Gallagher, M.B. (1985). Nursing Role in Home Health Care. Community Health Nursing: Keeping The Publicly Healthy. USA: Davis Company.
36. Aksakoğlu, G. (1990). Evde Sağlık Hizmeti. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İstanbul: İ.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını.
37. Tahmiscioğlu, B. (1994). Osteoporozlu Hastalara Sunulan Evde Bakım Hizmetleri/Yaklaşımları. (Yüksek lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
38. Yasa, A.A. (2002). 13. Yüzyıl Selçuklu Konya'sında Eğitim Kurumları. Düşünen Siyaset. 1(1): 118-131.
39. Tuncel, N., Şanlı, N. ve Perk, N. (1993). Halk Sağlığı Hemşireliği. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
40. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu.
41. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010).
42. Çoban, M. (2003). Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve Hemşireleri Üzerinde Bir Uygulama. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
43. Como, N.D. (1990). Nursing Roles in the Community: Home Health Care Nursing. Nursing in the Community (pp. 26-33). C.V.Mosby Company.
44. Spratt, J.S., Hawley, R.L. ve Hoyer, R.E. (1997). Home Health Care, Principles and Practices. Home Health Care: A physician perspective (pp. 1-16). Florida: GR/St. Lucie Press.
45. (15.09.2018). T.C Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri İletişim Merkezi. <https://bozyakaeah.saglik.gov.tr/TR,183700/evde-saglik-hizmetleri.html>, (11.03.2022)
46. Zarit, S.H., Reever, K.E. ve Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist. 20(1): 649-655.

47. Montgomery, J.R.J., Gonyea, J.G. ve Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relat.* 34(1): 19-26.
48. Sisk, R.J. (2000). Caregiver burden and health promotion. *Int J Nurs Stud.* 37(1): 37-43.
49. Dunkin, J.J. ve Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology.* 51(1): 53-60.
50. Bayramova, N. (2008). Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. (Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
51. Akpınar, B. (2009). Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yüğü Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
52. Schulz, R. ve Sherwood, P. R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *The American Journal of Nursing.* 108(9): 23–27.
53. Johnson, R.M., Gorman, L. M. ve Bush, N. (2006). Psychosocial Nursing Care Along The Cancer Continuum. (pp. 585-610). Piittsburg, Pennsylvania: ONS Publishing Division.
54. Görgülü, Ü. (2010). İleri Evre Kanseri Hastalarına Bakım Verenlerin Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Hemşirenin Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Etkisi. (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.
55. Dindo, L., Recober, A., Marchman, J., Hara, M.W. ve Turvey C. (2014). One-day behavioral intervention in depressed migraine patients: effects on headache. *The Journal of Headache and Pain.* 54(3): 528-538.
56. Reinhard, S.C., Given, B., Petlick, N.H. ve Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses (pp. 347-411). Rockville: AHRQ Publication.
57. Wikler, L. (1981). Chronic stress of families of mentally retarded children. *Fam Relat.* 30(1): 281-288.

58. Demir, A.H. (2002). İlköğretim Öğrencilerinde Stres Oluşturan Yönetici Davranışları ve Öğrencilerin Başa Çıkma Davranışları. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü.
59. Erdoğan, İ. (1996). İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış (ss. 270-272). İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları.
60. Sabuncuoğlu, Z. ve Tüz, M. (1998). *Örgütsel psikoloji*. Bursa: Alfa/Aktüel Kitabevleri.
61. Doğan, E. & Eser, M. (2013). Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma yöntemleri: Nazilli MYO örneği. *Electronic Journal of Vocational Colleges, UMYOS Özel Sayı*. 3(4): 29-39.
62. Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
63. Moos, R. ve Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Macmillan.
64. Steptoe, A. (1991). Psychological coping, individual differences and physiological stress responses. *Personality and stress: Individual differences in the stress process*. (pp. 205-233). Chichester: Wiley.
65. Holahan, C.J. ve Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping.
66. Moos, R. (1993). *Coping responses inventory: Professional manual* (2nd ed.). New York: PAR Assessment Resources.
67. Kirchner, T., Forns, M., Muñoz, D. ve Pereda, N. (2008). Psychometric properties and dimensional structure of the Spanish version of the coping responses inventory-adult form. *Psicothema*. 20(4): 902-909.
68. İnci, F.H. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. (Yüksek Lisans Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
69. Ballı, A. İ. K., ve Kılıç, K. C. (2016). Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(3): 273-286.

70. Ateş, E., Canyılmaz, E., Çakır, N., Yurtsever, C. ve Yöney, A. (2018). Kansere Hastalarının ve Onlara Bakım Veren Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Med J.* 18(1): 61-67.
71. Thyrian, J.R., Hertel, J. ve Wucherer, D. (2017). Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 4(10): 996–1004.
72. Bilgen, Ç., Erdal, A. Ve Bilgili, N. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Hastalığa Yönelik İnançları ve Bakım Yükleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 12(1): 298-311.
73. Erkan, H. ve Altuntaş, M. (2019). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalarda Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal.* 19(3): 591-601.
74. Akyar, İ. ve Korkmaz, F. (2017). Yaşlı onkoloji hastalarına bakım veren bireylerin yaşamında oluşan değişikliklerin belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 10(3): 158-167.
75. Robinson, R.L., Rentz, D.M., Bruemmer, V., Scott Andrews, J., Zagar, A.J., Kim, Y., Schwartz, R.L., Ye, W. ve Fillit, H.M. (2019). Observation of Patient and Caregiver Burden Associated with Early Alzheimer's Disease in the United States: Design and Baseline Findings of the GERAS-US Cohort Study¹. *Journal of Alzheimer's Disease.* 72 (1): 279-292.
76. Yeşil, T., Çetinkaya, Uslusoy, E. ve Korkmaz, M. (2016). KRONİK HASTALIĞI OLANLARA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 5(4): 54-66.
77. Zwingmann, I., Dreier-Wolfgramm, A., Esser, A., Wucherer, D., Thyrian, J.R., Eichler, T., Kaczynski, A., Monsees, J., Keller, A., Hertel, J., Kilimann, I., Teipel, S., Michalowsky, B. ve Hoffmann, W. (2020). Why do family dementia caregivers reject caregiver support services? Analyzing types of rejection and associated health-impairments in a cluster-randomized controlled intervention trial. *BMC Health Services Research.* 20(1):121.

78. Timur, Ö., Gündüz, N., Altaş, H., Turan, H., Karaşahin, Ö., Tosun, Tasar, P. ve Binici, D.N. (2021). Burden, quality of life and coping strategies of palliative care patients' caregivers. *Ege Tıp Dergisi*. 60(1): 1-9.
79. Dağdeviren, T., Dağdeviren, M., Demir, N., Atatorun, M., Özşahin, O. ve Adahan, D. (2019). Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri. *Ankara Medical Journal*. 19(2): 232-243.
80. Çeler, H., Cengiz, Özyurt, B., Elbi, H. ve Özcan, F. (2018). Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 18(2): 164-174.
81. Kalinkara, V. ve Kalaycı, İ. (2017). YAŞLIYA EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN BİREYLERDE YAŞAM DOYUMU, BAKIM YÜKÜ VE TÜKENMİŞLİK. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 10(2): 19-39.
82. Karakurt, P., Tuncer, S.K., Çiltaş, N.Y. ve Doğan, M. (2020). Determination of Caregiver Burden and Social Support Levels among Caregivers Providing Care for Patients Hospitalized in Palliative Care Clinics. *Galician Medical Journal*. 27(4): E2020414.
83. TÜİK. Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı. (2008-2019). TÜİK - Veri Portalı. <https://data.tuik.gov.tr>, (26.04.2021).
84. Sütlü, S., Yılmaz, M. ve Mandıracioğlu, A. (2020). Identifying the caregiver burden for the elderly population aged ≥ 85 years in a province. *Ege Tıp Dergisi*. 59(4): 302-309.
85. Ay, S., Ünübol, H., Ezer, S., Omay, O. ve Sayar, G. (2017). Evaluation of the relationship between caregiver burden, coping styles and levels of anxiety and depression in caregivers of old age patients. *Family Practice and Palliative Care*. 2(3): 38-44.

86. Lamb, S.E., Mistry, D., Alleyne, S., Atherton, N., Brown, D., Copsey, B., Dosanjh, S., Finnegan, S., Fordham, B., Griffiths, F., Hennings, S., Khan, I., Khan, K., Lall, R., Lyle, S., Nichols, V., Petrou, S., Zeh, P. ve Sheehan B. (2018). Aerobic and strength training exercise programme for cognitive impairment in people with mild to moderate dementia: the DAPA RCT. *Health Technol Assess.* 22(28): 1-202.
87. Boucher, A., Haesebaert, J., Freitas, A., Adekpedjou, R., Landry, M., Bourassa, H., Stacey, D., Croteau, J., Geneviève, P.G. ve Légaré, F. (2019). Time to move? Factors associated with burden of care among informal caregivers of cognitively impaired older people facing housing decisions: secondary analysis of a cluster randomized trial. *BMC Geriatr.* 19(1): 249.
88. Yılmaz, T., Ceyhan, Ş., Yılmaz, T. ve Kasım, İ. (2019). Geriatrik hastalara bakım verenlerin kendi kronik hastalık durumları ve hastalıklarına yönelik tutum ve davranışları. *Ortadoğu Tıp Dergisi.* 11(3): 244-251.
89. Altay, B., Erkuran, H. ve Aydın, Avcı, İ. (2018). Alzheimerlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi.* 3(2): 1-8.
90. Onat, Kaya, H. ve Çelik, Y. (2018). Hasta Bakım Yüğü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 21(4): 625-640.
91. Soyanoğlu, Ş. ve Aydın, Avcı, İ. (2021). GÖÇMEN BİREYLERE BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜĞÜ İLE ÖZYETERLİLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 24(1): 59-67.
92. Görmez, A. (2017). Family Caregiving Burden of Adults with Intellectual Disability and Associated Factors. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences.* 22(3): 169-176.

93. Ören, B. ve Aydın, R. (2020). Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Bakım Veren Yükü ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 7(3): 302-309.
94. Sağlam, Z., Koç, Z., Çınarlı, T. ve Korkmaz, M. (2016). ALTMİŞBEŞ YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERE BAKIM VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKÜ İLE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi. 1(2): 40-60.
95. Bekdemir, A. ve İlhan, N. (2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. J Nurs Res. 27(3): e24.
96. Işık, K. ve Erci, B. (2013). Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
97. Söğüt, Ç. ve DüNDAR, P.E. (2017). Manisa'da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde evde sağlık hizmeti alan kişilere bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 15(1): 37-46.
98. Pehlivan, S., Özgür, Y., Yıldız, H., Dalkılıç, H. ve Pehlivan Y. (2018). Romatolojik Hastalıklarda Sosyal Destek ve Bakım Veren Yükü. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 44(1): 19-25.
99. Çetinkaya, F. ve Karadakovan, A. (2012). Investigation of care burden in dementia patient caregivers. Turkish Journal of Geriatrics. 15(2): 171–178.
100. Turan, M. ve Yayan, E.H. (2021). Examining the Effect of Caregiver Burden of Parents whose Child has a Metabolic Problem on the Perceived Social Support and Life Quality. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 12(2): 445-451.
101. Kurt, S., Ünsar, S. ve Erol, Ö. (2020). Kanseri Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 11(1): 43-48.

102. Kılıçkaya, Ergin, A., Baysan, Arabacı, L. ve Mutlu, Satıl, E. (2020). Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişki. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 5(3): 281-289.
103. Eren, G. ve Doğan, U. (2020). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Stres Düzeyleri Ve Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi: Karma Desenli Bir Çalışma. Yıldız Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 4(1): 1-21.
104. Ateş, E. ve Bilgili, N. (2013). Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 15(3): 1-12.
105. Erkuran, H. ve Altay, B. (2020). Alzheimer'lı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Baş Etme Durumlarına Etkisi. Journal of Health Services and Education. 3(2): 52-58.
106. Sabancıoğulları, S. ve Ertekin, Pınar, Ş. (2020). KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 23(1): 109-117.
107. Eaton, P.M., Davis, B.L., Hammond, P.V., Condon, E.H. ve McGee, Z.T. (2011). Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. *Nursing research and practice*, 2011, 392705.
108. Kizir, M. ve Çifci, Tekinarslan, İ. (2018). Ağır ve Çoklu Yetersizliği (AÇYE) Olan Çocuk Annelerinin Yaşadıkları Sorunların ve Sorunlarla Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi. 19(2): 233-256.

8 EKLER

8.1 Ek 1: Etik Kurul İzni

	Karar No:2020/26-17	Tarih:26.10.2020			
KARAR BİLGİLERİ	Prof.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu "Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı Hastaların İnfomal Primer Bakım Verenlerinin Bakım Yüğü ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, kurum izinleri alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izinleri alındıktan sonra, Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒

8.2 Ek 2: Tire Devlet Hastanesi Başhekimliği İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Tire Devlet Hastanesi

İZMİR TİRE DEVLET HASTANESİ - İZMİR TİRE DEVLET
HASTANESİ
23/11/2020 15:53 - 56480858 - 806.02.02 - E.4865
00129523556

Sayı : 56480858-806.02.02
Konu : Araştırma İzni Dr.İbrahim
YURTSEVEN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi: 20.11.2020 Tarih ve 79371373/204 bjsayılı yazınız.

İlgi yazınız gereğince ;Araştırma ön izin için hastanemize başvuran
Dr.İbrahim YURTSEVEN in hastanemizde araştırma yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Fatih HAYALİ
BAŞTABİP

Güvenli
Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır

8.3 Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli katılımcı,

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı Hastaların İnfomal Primer Bakım Verenlerinin Bakım Yüğü Ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri” amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz.

Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödöl ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma yapan araştırmacının:

Adı Soyadı: İbrahim YURTSEVEN

Tel: 0232 412 49 51

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

8.4 Ek 4: Veri Kayıt Formu

EVDE BAKIM HİZMETLERİNE KAYITLI HASTALARIN İNFORMAL PRİMER BAKIM VERENLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. İBRAHİM YURTSEVEN
DANIŞMAN: PROF. DR. NİLGÜN ÖZÇAKAR

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Evde Bakım Hizmetlerine Kayıtlı Hastaların İnfomal Primer Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri” amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

SOSYODEMOGRAFİK FORM (EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTAYA BAKIM VERENLER İÇİN)

1.Cinsiyetiniz:

1.Kadın 2.Erkek

2.Hastanızın cinsiyeti:

1.Kadın 2.Erkek

3.Yaşınız:

4.Bakım verdiğiniz hastanızın yaşı:

5.Hastaya yakınlığınız:

- 1.Eşı
- 2.Çocuğu
- 3.Annesi
- 4.Babası
- 5.Kardeşı
- 6.Akrabası
- 7.Arkadaşı

6.Medeni durumunuz:

- 1.Evli
- 2.Bekar
- 3.Boşanmış
- 4.Eşı vefat etmiş

7.Öğrenim durumunuz:

- 1.Okur yazar değil
- 2.Okur yazar
- 3.İlkokul mezunu
- 4.Ortaokul mezunu
- 5.Lise mezunu
- 6.Üniversite mezunu

8.Aylık ortalama maddi geliriniz:

- 1.2500 TL den az 2.2500-7500 TL arası 3.7500 TL ve üstü

9.Bakım verdiğiniz hastanızın yatağa bağımlılık durumu nedir?

- 1.Tam bağımlı 2. Yarı bağımlı 3.Bağımsız

10.Bakım verdiğiniz hastanıza hangi konularda yardım ediyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1.Refakat etme
- 2.Beslenme
- 3.Giyinme
- 4.Hareket etme

5.Öz bakım (banyo yapma,el-yüz temizliği)

6.Tuvalet (Bez bağlama,alt temizliği)

11.Bakım verme sebebinizi belirtiniz.

1.Başka bakıcı olmaması 2.Hastanın, bakıcıyı kabul etmemesi 3.Kendi isteği ile

12.Hastanızın tanı konulmuş süregelen rahatsızlığı nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1.Şeker hastalığı(Diabet)

2.Yüksek tansiyon

3.Tiroid fonksiyon bozuklukları

4.Kalp hastalıkları

5.Karaciğer ve safra kesesi hastalıkları

6.Astım/KOAH

7.Depresyon/Psikiyatrik rahatsızlık

8.Peptik ülser/Gastrit/Reflü

9.Romatizmal hastalıklar

10.Tümör/Kanser

11.Göz hastalıkları

12. Böbrek hastalıkları

13.Aşırı kilolu(Obezite)

14.Nörolojik hastalıklar

15.Diğer.....

13.Bakım vermeye başladıktan sonra tanı konulmuş bir hastalığınız var mı? (Noktalı kısımda belirtiniz)

1.Var..... 2.Yok

14.Çalışma durumunuz:

1.Çalışmıyorum 2. Çalışıyorum 3.Emekliyim

15.Bakım verdiğiniz için işinizi bırakmak durumunda kaldınız mı?

1.Hayır 2.Evet

16.Bakım verdiğiniz hastanız ile birlikte mi yaşıyorsunuz?

1.Hayır 2.Evet

17.Ne kadar zamandır bakım veriyorsunuz?(ay veya yıl olarak belirtiniz)

.....

18.Günde kaç saat bakım veriyorsunuz?

1. 12 saatten fazla
2. 9-12 saat arası
3. 4-8 saat arası
4. 4 saatten az

19.Hastanıza bakım verme sürecinde size kamu veya özel bir kurumdan psikolojik (eğitim toplantıları, psikolojik danışmanlık) destek sunuluyor mu?

1.Hayır 2.Evet

20.Hastanıza bakım verme sürecinde size kamu veya özel bir kurumdan sosyal (erzak, yakacak, giysi, aşçı, temizlikçi vb.) destek sunuluyor mu?

1.Hayır 2.Evet

21.Hastanıza bakım verme sürecinde size kamu veya özel bir kurum vasıtasıyla düzenli ve sürekli maddi destek sunuluyor mu?

1.Hayır 2.Evet

22.Bakım verme sürecinde gördüğünüz desteği yeterli buluyor musunuz?

1.Hayır 2.Evet

Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

İfade	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Neredeyse her zaman
23-Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
24-Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
25- Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
26-Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?	1	2	3	4	5
27-Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
28-Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
29-Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
30-Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
31-Yakınlarınızla birlikte iken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
32-Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5

33-Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınızın olmadığını düşündüğünüz olur mu?	1	2	3	4	5
34-Yakınına bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
35-Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
36-Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
37-Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınına bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
38-Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
39-Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı ister misiniz?	1	2	3	4	5
40-Yakınına artık daha fazla bakamayacağınızı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
41-Yakınıyla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
42-Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
43-Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim	1	2	3	4	5

diye düşünür müsünüz?					
44-Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki ifadelerden sizin için geçerli olan bir seçeneği işaretleyiniz(X).

İfadeler	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
45. Sorunlarla başa çıkmak için farklı yollar düşünürüm.					
46. Sorunlara dışarıdan bakmaya ve objektif olmaya çalışırım.					
47. Söylediklerimde ve yaptıklarımda aklımı izlerim.					
48. Olaylardan ders almaya çalışırım.					
49. Olayların nasıl sonuçlanacağını tahmin etmeye çalışırım.					
50. İnsanların benden beklediklerini anlamaya çalışırım.					
51. Kendimi daha iyi hissetmek için kendi kendimi motive ederim.					
52. Hayatta her zaman daha kötüsünün de olabileceğini düşünürüm.					
53. Olayların iyi tarafını görmeye çalışırım.					
54. Benzer problemlere sahip insanlardan, daha iyi durumda olduğumu düşünürüm.					
55. Kendime her şeyin daha iyi olacağını söylerim.					
56. Yaşadığım sorunların hayatımı olumlu olarak değiştireceğini düşünürüm.					

57. Sorunlar hakkında eşim ya da diğer akrabalarım ile konuşurum.					
58 .Sorunlar hakkında bir arkadaşım ile konuşurum.					
59. Sorunlarla ilgili olarak profesyonel birinden yardım alırım.(doktor, hemşire...).					
60. Benzer problemler yaşamış kişi ya da gruplardan yardım alırım.					
61. Karşılaştığım sorunlarla ilgili daha fazla bilgi edinmek için çalışırım.					
62. Zorlukların üstesinden gelmek için dua ederim.					
63. Bir plan yapar ve onu izlerim.					
64. Yapılması gerekenleri bilir ve onları yapmak için çok çalışırım.					
65. Ne istediğime karar verir ve istediğimi gerçekleştirmek için çalışırım.					
66.Sorunları çözmek için birden fazla bakış açısı geliştiririm.					
67. Kendimi sürekli geliştirmeye çalışırım.					
68. Sorunları çözerken acele etmeden yavaş yavaş ilerlerim.					