

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**NİĞDE İLİ'NDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETİ
VEREN HASTA YAKINLARININ PSİKOSOSYAL
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hazırlayan
Mehtap ŞAHİNGÖZ**

**Danışman
Doç. Dr. Elçin BALCI**

Doktora Tezi

**Aralık 2019
KAYSERİ**

**T. C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**NIĞDE İLİ'NDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETİ
VEREN HASTA YAKINLARININ PSİKOSOSYAL
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
(Doktora Tezi)**


**Hazırlayan
Mehtap ŞAHİNGÖZ**

**Danışman
Doç. Dr. Elçin BALCI**

**Aralık 2019
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.


Mehtap ŞAHİNGÖZ

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

"Niğde İli'nde Uzun Süreli Bakım Hizmeti Veren Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi" adlı **Doktora Tezi**, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Mehtap ŞAHİNGÖZ



Danışman

Doç. Dr. Elçin BALCI

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Osman GÜNAY



KABUL VE ONAY

Doç. Dr. Elçin BALCI danışmanlığında **Mehtap ŞAHİNGÖZ** tarafından hazırlanan **“Niğde İli'nde Uzun Süreli Bakım Hizmeti Veren Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi”** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

...../06/2019.....

(Tez savunma sınav tarihi

yazılacaktır.)

JÜRİ:

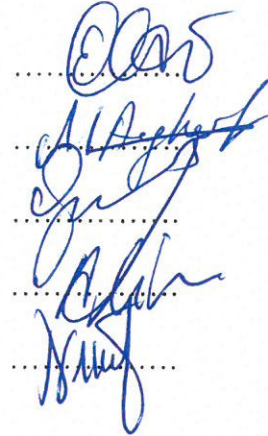
Danışman : Doç. Dr. Elçin BALCI

Üye : Prof. Dr. Mualla AYKUT

Üye : Prof. Dr. Osman GÜNAY

Üye : Prof. Dr. Ali ÖZER

Üye : Prof. Dr. Demet ÜNALAN



ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve
..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

.....
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecimde danışmanlığımı yapan, çalışmalarım sırasında desteğini esirgemeyen, araştırma süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, büyük yardımlarını gördüğüm, azimli, kararlı duruşu ve çalışkanlığını her zaman takdir ettiğim, kendime örnek aldığım çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Elçin BALCI'ya;

Eğitim sürecimde bilgi, destek ve katkılarını esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli tüm öğretim üyelerine;

Yine eğitim sürecimin her aşamasında desteklerini esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli personellerine;

Tüm yaşamım ve eğitim hayatım boyunca bana maddi ve manevi olarak destek veren, sevgili aileme, eşime ve oğlum Muhammed Eymen'e **en içten duygularıyla teşekkür ederim.**

Mehtap ŞAHİNGÖZ

Niğde, Aralık 2019

NİĞDE İLİ'NDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETİ VEREN HASTA YAKINLARININ PSİKOSOSYAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehtap ŞAHİNGÖZ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doktora Tezi, Aralık 2019

Danışman: Doç. Dr. Elçin BALCI

ÖZET

Bu çalışma; bakım verenlerin yükünün azaltılmasına ve ruhsal sağlıklarının korunmasına yönelik girişimlerin planlanması, uygulaması ve sonuçlarının değerlendirilmesinde yol gösterici olması bakımından, Niğde İli'nde uzun süreli bakım veren hasta yakınlarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Tanımlayıcı türdeki araştırma, 1 Nisan- 31 Temmuz 2017 tarihleri arasında evde sağlık biriminden hizmet alan hasta yakınları ile gerçekleştirildi. Toplam 859 bireye bakım veren hasta yakınlarından araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymayan bireyler çalışma dışında bırakıldı ve araştırma evrenini 309 kişi oluşturdu. Araştırma 309 kişiden katılmayı kabul etmeyen 5 kişi çıkarılıp 304 kişiye ulaşılarak tamamlandı. Verilerin değerlendirilmesinde birey tanıtım formu, bakım verme yükü ölçeği, kısa semptom envanteri ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, One Way Anova, Mann Whitney U Testi, Kruskall Wallis ve Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Araştırma için etik kurul izni ve bireylerden onam alındı.

Bakım veren hasta yakınlarının %48.0'ı 30-49 yaş grubunda, %66.8'i kadın, %88.5'i evli, %53.6'sı 3-12 aydır bakım vermekte, %48.7'si bakım konusunda yardım almakta ve yardım alanların %38.5'i çocuklarından yardımı almaktadır. Bakım verilen hastaların %58.6'sı 65 yaş ve üzerinde, %53.9'u kadın, %69.1'i evlidir. Bakım yükü puanı ile; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde; aile, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu.

Somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiye indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları ile; aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Sonuç olarak; bakım veren hasta yakınlarında algılan sosyal destek düzeyi arttıkça bakım yükü ve ruhsal sağlık problemleri azalmaktadır. Algılanan sosyal destekten, bakım verme yükünün ve ruhsal sağlık durumlarının etkilediği düşünüldüğünde, bakım veren bireylerin bu konulardaki farkındalıklarını arttıracak eğitim programlarının planlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, bakım, bakım yükü, ruh sağlığı, sosyal destek

**EVALUATION OF PSYCHOSOCIAL STATUS OF THE RELATIVES OF
PATIENTS THAT LONG-TERM CARE IN NİGDE PROVINCE**

Mehtap ŞAHİNGÖZ

Erciyes University, Graduate School of Health Sciences

Department of Public Health

PhD. Thesis, December 2019

Supervisor: Assoc. Prof. Elçin BALCI

ABSTRACT

In this study; the aim of the study was to evaluate the psychosocial status of long-term caregivers' relatives in Nigde Province in order to guide the planning, implementation and evaluation of the interventions aimed at reducing the burden of caregivers and protecting their mental health.

The descriptive study was carried out with the relatives of the patients who received services from home health unit between April 1 - July 31, 2017. From relatives of patients who care for a total of 859 individuals who did not meet the criteria for inclusion in the study were excluded and 309 people formed the research universe. The research was completed who 5 out of 309 people refused to participate and reaching 304 people. The data were evaluated by using personal information form, care burden scale, short symptom inventory and multi-dimensional perceived social support scale. The data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t test, One Way Anova, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis and Spearman Correlation Analysis. For Research were obtained Ethics committee approval and consent of the individuals.

Of the caregivers' relatives 48.0% were in the 30-49 age group, 66.8% were women, 88.5% were married, 53.6% were caring for 3-12 months, 48.7% were receiving help in care and 38.5% of the recipients were receiving help from their children. Of the patients 58.6% were aged 65 and over, 53.9% were women and 69.1% were married. With maintenance load score; somatization, obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression, anxiety disorder, hostility, phobic anxiety, paranoid thought, psychotism, additional substances, discomfort severity index, symptom total index and symptom disturbance index scores were a significant positive correlation direction

moderately; there was a significant negative correlation between family, private person and multidimensional perceived social support scale scores. With Somatization, obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression, anxiety disorder, hostility, phobic anxiety, paranoid thought, psychoticism, additional substances, discomfort severity index, symptom total index and symptom discomfort index scores; there was a significant negative correlation between family, private person, friend and multidimensional perceived social support scale scores.

As a result; as the level of perceived social support increases in the caregivers' relatives care burden and mental health problems are decreasing. Considering that perceived social support affects the burden of care and mental health, It is recommended to plan training programs that will increase the awareness of caregivers on these issues.

Key words: Home care, care, burden of care, mental health, social support

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	ii
KABUL VE ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
KISA ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	xii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. EVDE BAKIM VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ.....	6
2.1.1. Evde Bakımın Tanımı.....	6
2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi	7
2.1.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Amacı	7
2.1.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı.....	8
2.1.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	9
2.1.6. Evde Bakımın Tarihsel Gelişimi	11
2.1.7. Ülkemizde Evde Bakım	13
2.1.8. Evde Bakımın Olumlu ve Olumsuz Yönleri.....	14
2.2. BAKIM VE BAKIM YÜKÜ KAVRAMLARI	16
2.2.1. Bakım Kavramı	16
2.2.2. Bakım Verme Kavramı.....	17
2.2.3. Bakım Veren Bireyin Özellikleri	18
2.2.4. Yük Kavramı.....	18

2.2.5. Bakım Yüğü Kavramı.....	18
2.2.6. Bakım Verene Ait Güçlükler	20
2.2.7. Bakım Veren Yüğü Etkileyen Özellikler	22
2.2.7.1. Hastaya Ait Özellikler	22
2.2.7.1.1. Yaş	22
2.2.7.1.2. Cinsiyet.....	22
2.2.7.1.3. Eğitim durumu	23
2.2.7.1.4. Medeni durum.....	23
2.2.7.2. Bakım Verene Ait Özellikler	23
2.2.7.2.1. Yaş	23
2.2.7.2.2. Cinsiyet.....	24
2.2.7.2.3. Eğitim Durumu	25
2.2.7.2.4. Çalışma Durumu	25
2.2.7.2.5. Ekonomik Durum.....	25
2.2.7.2.6. Bakım Veren Hastaya Yakınlığı	26
2.3. TOPLUMDA GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR	27
2.3.1. Somatizasyon	27
2.3.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	27
2.3.3. Kişilerarası Duyarlılık (KD)	27
2.3.4. Depresyon	28
2.3.5. Anksiyete	29
2.3.7. Fobik Anksiyete	31
2.3.8. Paranoid Düşünce	31
2.3.9. Psikotizm.....	32
2.4. SOSYAL DESTEK.....	32
2.4.1. Sosyal Destek Kavramı.....	32

2.4.2. Sosyal Desteğin Sınıflandırılması	32
2.4.3. Bakım Yükünde Sosyal Desteğin Önemi	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	35
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	35
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	35
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	35
3. 4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	36
3.5. VERİ TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ	36
3.5.1. Veri Toplama Aracı	36
3.5.2. Ön Uygulama	39
3. 5. 3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	39
3. 5. 4. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.5.5. Araştırmanın Etik İlkeleri	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	106
5.1. Bakım Verenlere Ait Sosyo-Demografik Özellikler	106
5.2. Bakım Verilen Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özellikler	108
5.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar	109
5.4. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	111
5.5. Bakım Verilen Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	117
5.6. Bakım Yükü, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	127
6.KAYNAKLAR	133

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR ve SİMGELER

ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AMA	: American Medical Association
EBH	: Evde Bakım Hizmetleri
ADLs	: Activities of Daily Living
IADLs	: Instrumental Activities of Daily Living
M.Ö.	: Milattan Önce
ESH	: Evde Sağlık Hizmeti
TDK	: Türk Dil Kurumu
KD	: Kişilerarası Duyarlılık
BVYÖ	: Bakım Verme Yüğü Ölçeği
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
RCİ	: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi
BTİ	: Belirti Toplamı İndeksi
SRI	: Semptom Rahatsızlık İndeksi
AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
DM	: Diyabetes Mellitus
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	42
Tablo 4.2.	Bakım Verilen Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo 4.3.	Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı	46
Tablo 4.4.	Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puanlama Dağılımı.....	47
Tablo 4.5.	Bakım Veren Hasta Yakınının Yaşına Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.6.	Bakım Veren Hasta Yakınının Cinsiyetine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması	50
Tablo 4.7.	Bakım Veren Hasta Yakınının Medeni Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 4.8.	Bakım Veren Hasta Yakınının Eğitim Durumunun Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı Alt Boyutları ve Global İndekslerine Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 4.9.	Bakım Veren Hasta Yakınının Sosyal Güvencesine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması	56
Tablo 4.10.	Bakım Veren Hasta Yakınının Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması	58
Tablo 4.11.	Bakım Veren Hasta Yakınının Gelir Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması	60
Tablo 4.12.	Bakım Veren Hasta Yakınının Hasta ile Yakınlık Derecesine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması	62
Tablo 4.13.	Bakım Veren Hasta Yakınının Bakım Verme Süresine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması	64

Tablo 4.14. Bakım Veren Hasta Yakınının Bakım Konusunda Yardım Alma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.15. Bakım Veren Hasta Yakınının Bakım Konusunda Yardım Aldığı Kişiye Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.16. Hastanın Yaşına Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması	70
Tablo 4.17. Hastanın Cinsiyetine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.18. Hastanın Medeni Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.19. Hastanın Eğitim Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	76
Tablo 4.20. Hastanın Sosyal Güvencesine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	78
Tablo 4.21. Hastanın Hastalık Tanısına Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	80
Tablo 4.22. Hastanın Ek Hastalık Varlığı Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması	82
Tablo 4.23. Hastanın Ek Hastalık Dağılımına Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	84
Tablo 4.24. Hastanın Gelir Düzeyine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması.....	86
Tablo 4.25. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	88
Tablo 4.26. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	93
Tablo 4.27. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Bakım Yüğü Puanlarının Karşılaştırılması.....	98
Tablo 4.28. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Yüğü Puanlarının Karşılaştırılması	100

Tablo 4.29. Bakım Yüğü, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği , Kısa Semptom Envanteri ve Alt boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	102
--	-----



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Evde bakım; engelli, yaşlı, kronik hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, tıbbi destek hizmetleri ve sosyal hizmetleri içine alan bir bakım modeli şeklinde tanımlanmaktadır (Danış, 2006). Evde bakım hizmetleri ise; bireyin sağlığını korumak, geliştirmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel bir şekilde veya aile bireyleri tarafından yaşadığı ortamda sunulması şeklinde ifade edilmektedir (Karabulut, 2015). Dünyada ve ülkemizde artan nüfusla birlikte; yaşlılığın, engelli bireylerin ve kronik hastalıkların artması ve hastane sonrası bakım hizmetlerine olan talebin yükselmesi de evde bakım hizmetlerine olan gereksinimi artırmaktadır (Danış, 2006; Oğlak, 2007; Bahar ve ark., 2007).

Evde Sağlık Hizmetleri (ESH) kapsamında; hekimlik hizmeti, hemşirelik hizmeti, fizyoterapi, tıbbi malzeme ve aygıt hizmetleri, ilaçların eve ulaştırılması ve psikolojik destek yer alır. Burada hizmeti alanlar hasta olup; amaç hastaneye yatışları azaltarak, bozulan sağlık durumunu iyiye götürmektir. Evde sağlık hizmetlerinde başarı, hasta ve ailesinin hastane sonrası gereksinimlerinin değerlendirilmesine; tedavi, bakım ve yaşam düzenlemelerinin yapılmasına ve evde bakım hizmet ekibi ile eşgüdümlü çalışmaya bağlıdır (Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu, 2010).

Bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek olarak tanımlanmakta (www.tdk.gov.tr, Erişim tarihi: 31 Ekim 2019) ve yemek, giyinme, banyo yapma, temizlik, alışveriş gibi günlük aktiviteler ile birlikte bakıma ihtiyacı olan kişinin kendi başına temel günlük yaşam faaliyetlerinin yürütülmesi ve iyileştirilmesine yardımcı olacak hizmetleri ve tedavileri de içermektedir (World Health Organisation, 2003). Hem bakım veren hem de bakılan kişi için oldukça zor bir süreç olan bakım verme işi tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel, fiziksel ve maddi destek vermeyi içine alan çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir (Thoits, 1982). Uzun süreli bakımın amacı; hem bakıma muhtaç kişinin hem de aile bireylerinin üzerindeki yükü hafifleterek, sosyal ve ekonomik yaşama daha etkili katılımlarını sağlayarak yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Güldem Ökem ve Can, 2014).

Bakım veren yakın, bakıma ihtiyacı olanla birlikte yaşayarak ya da zamanının bir bölümünü ona ayırarak, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını ve hastane ilişkilerini takip eden akraba, arkadaş olarak tanımlanabilir (Nehra ve ark., 2005). Subaşı'nın 2001 yılında 18 yaş üzeri bireylerin yaşlı bakımı konusundaki düşüncelerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; çalışmaya katılanların kendilerine bakamayacak kadar yaşlanan ebeveyne çocuklarının sırasıyla (% 78.5) bakması ve bakım yerinin yaşlı bireyin kendi evi (%57.6) olması gerektiğini belirtmişlerdir (Subaşı, 2001).

Aile ise; üyelerinin her tür ihtiyaçlarını karşılaması, hasta, yaşlı, engelli yakınına bakım, ilgi ve destek sağlaması beklenen en önemli 'bakım veren' kurumdur (Dökmen, 2012). Ailede bakım hastasının olması günlük işleri ve rutinleri farklılaştırmakta, kişileri bu yeni duruma uyum sağlamaya zorlamaktadır. Aileyi etkileyen hastalığın uzun sürmesi, yaşamı tehdit eder nitelikte olması, hastanın işine ve sosyal yaşamına dönememesi gibi nedenler hastanın bakımını üstlenen kişinin sorumluluklarını arttırmakla birlikte aile içindeki rollerini değiştirmektedir (Şahin, 2009). Kendi yakınları tarafından bireylere bakım verilmesi, fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır. Ancak yapılan çalışmalar bakım verenlerin bazı sorunlarla karşılaştığını göstermektedir. Özellikle bakım verenin ileri yaşta olması, iş durumu ve sosyal destek azlığının bu riski arttırabileceği vurgulanmaktadır (Waliser, 2002).

Bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı sağlıklarının bozulabileceği bilinmektedir (Larsen, 1998). Özellikle uzun süreli bakım veren bireylerde yaşadığı yükten dolayı

depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar görülmektedir (Atagün, 2011). Larsen'in (1998) yaptığı araştırmada, bakım verenlerin %60.6'sı bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine ayıracak zamanları olmadığını, %78.8'u kendilerini yorgun hissettiklerini, %84.9'u hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56.9'u ise ekonomik güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Uzun süreli bakımda; ilaç takibi ve uygulaması, ağrı yönetimi, yara bakımı gibi temel sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetler, rehabilite edici hizmetler ve palyatif bakım ile birlikte günlük yaşamı idame ettirmeye yönelik evde bakım ve sosyal hayatı sürdürmeye yardımcı olan hizmetler verilmektedir (World Health Organisation, 2003). Hizmet ihtiyacının sürekliliği ve hizmetin önemli bölümünün aile bireyleri tarafından karşılanması nedeniyle, hizmetin etkinliği bakıma muhtaç kişiler ve ailelerin yaşam kalitesi ve memnuniyetini önemli ölçüde etkiler (Güldem Ökem ve Can, 2014). İsveç'te evde bakım vermekte olan aile üyelerinin en çok izole olmaktan yakındıkları, eğitim veya diğer amaçlarla da olsa başka insanlarla bir araya gelme ihtiyacında oldukları, zaman zaman mola vermeye ihtiyaçları olduğu, en sık hissettikleri duyguların sorumluluğun verdiği ağırlık ve endişe olduğu belirlenmiştir (Stoltz, 2004).

Bakım verenler konusunda yapılan araştırmalar, bakım vermenin, uzun süreli bakım gerektiren yakınlarının bakımından birinci derecede sorumlu kişilerin yoğun bir fiziksel ve duygusal yük hissetmelerine neden olduğunu göstermiştir (Norris ve Kaniasty,1996; Shumaker ve Brownell,1984; Silver ve Wellman, 2002). Özellikle bakım verenlerin ruhsal durumları üzerine odaklanan çalışmalarda; depresyon, anksiyete, öfke ve ruhsal sıkıntı gibi psikolojik semptomlarda artışlar olduğu belirtilmiştir (Şahin ve ark., 2009; Vrettos ve ark., 2012; Fridriksdóttir ve ark., 2011). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) telefon görüşmesi ile bakım verenlerin durumunun saptanmaya çalışıldığı bir çalışmada, araştırmaya katılanların %36.0'sının kırılğan durumda olduğu, bakım vermekte zorlandıkları, yaklaşık yarısının 20 saat veya fazla bakım verdiği, üçte birinden fazlasının ise bakım vermeye başladıktan sonra fiziksel sağlıklarının bozulduğu belirlenmiştir (Navaie-Waliser ve ark.,2002).

Kanser hastalarının, felçlilerin, kronik hastalığı olanların ve ağır ruh sağlığı sorunları (şizofreni vb.) bulunanların ailelerinde ve bakımlarını üstlenenlerde de depresyon ve

kaygı bozuklukları, korku, stres ve umutsuzluk yaygındır (Nehra ve ark., 2005; Babaoğlu ve Öz, 2003; Brehaut ve ark., 2009; Grant ve ark., 2004). Bakım verenlerin depresyon ve kaygı düzeylerinin ve bakım yüklerinin, bakım süresi (hafta içinde ne kadar bakım verildiği) ile yakından ilgili olduğu (Crespo ve ark., 2005), altı aydan sonra yük algısının değişmediği (Chadda ve ark., 2007), bakım verenlerin yüklerinin zamanla düşme eğilimi gösterdiği (Roick ve ark., 2006) bildirilmektedir. Bakım veren kadınlar risk grubudurlar ve daha fazla nöropsikiyatrik ve psikopatolojik belirti göstermektedirler (Etters ve ark., 2008; Ulstein ve ark., 2007; Willette-Murphy ve ark., 2006).

Yakınlarına bakım verenler, ailelerinin ve arkadaşlarının desteğine, dostluğuna, yalnız olmadığını hissetmeye, para, bilgi ve eğitim vb. konularda yardım almaya, sosyal ve duygusal desteğe her zaman ihtiyaç duymaktadırlar (Stoltz, 2004; Mitrani ve Czaja,2000). Sosyal destek; sevgi, ilgi, duygularını açma, değerli hissetme, bilgiye ulaşma, maddesel ihtiyaçlarını giderme, etkinliklere biriyle birlikte katılma gibi kişinin çoğu ihtiyacını gidererek hem yaşam kalitesini arttırmakta hem de kimlik duygusunu koruyup güçlendirmesini ve kendine güveninin artmasını sağlamaktadır (Özdevecioğlu, 2004). Kişiye verilen sosyal desteğin, genellikle olumlu etkileri olmasına rağmen, desteğin verilme şekli, zamanı, alıcı ve vericinin kişisel özellikleri, kişisel becerileri gibi sebeplerden dolayı olumsuz etkileri de ortaya çıkabilmektedir (Cassel, 1974). Lewis ve Rook ise sosyal çevrenin destek sağlama gayretinin bazen alıcı tarafından kontrol edilme ve karışma hareketi olarak algılanabileceğini ve bireyin stres düzeyini arttırarak onu olumsuz yönde etkileyebileceğini belirtmişlerdir (Lewis ve Rook, 1999).

Hem bakım alan hem de bakım veren açısından yük getiren evde bakım sürecinin, özellikle profesyonel ellerde, ulusal düzeyde belirli bir sistem içerisinde yürütüldüğünde bu süreç içerisinde yer alan tüm taraflar için olumlu sonuçları olacaktır. Bir çalışmada, 200 doktorun evde bakımla ilgili görüşleri incelenmiş, %14.0'ünün evde bakımın ülkemiz için uygun olmadığını düşündüğü, %58.0'inin hastanın, ailesinin yanında olmasının iyileşme sürecine olumlu yönde etkisi olacağını düşündüğü belirtilmiştir (Kisa ve Ersoy, 2005).

Bakım verenlerin yükünün azaltılmasına ve ruhsal sağlıklarının korunmasına yönelik girişimlerin planlanması, uygulaması ve sonuçlarının değerlendirilmesinde yol gösterici

olması bakımından, bakım yükü ve ruh sağlıkları ile algılanan sosyal destek ilişkinin incelendiği çalışmaların gerekli olduğu dūřunılmektedir.

Bu doğrultuda bu araştırma, Niđe Eđitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan hastalara uzun sūreli bakım veren hasta yakınlarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE BAKIM VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

2.1.1. Evde Bakımın Tanımı

Evde bakım kavramı için uzlaşmış bir tanım olmamakla birlikte genel bir ifade ile bireylerin sağlıklarını korumak, geliştirmek, tekrar sağlıklarına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerinin, profesyonel kişiler veya aile bireyleri tarafından yaşadığı ortamda sunulmasıdır (Dericioğulları Ergun, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) evde bakımı, bireylerin sağlık ve sosyal ihtiyaçlarında, ev ortamında uygun ve yüksek kalitede, uzun dönemde ve sosyal servisler ile formal ya da informal servis sağlayıcıları tarafından bireylere ulaştırması olarak tanımlarken (World Health Organisation, 2003; Wieland ve Hirth, 2003), Amerikan Tabipler Birliği (AMA) ise evde bakımı; bireyin konforunun, işlevlerinin ve sağlığının en üst düzeyde tekrardan kazandırılması veya devam ettirilmesi için gerekli ekipman ve hizmetlerin evlerinde sunulması şeklinde tanımlamıştır (Dericioğulları Ergun, 2016).

Sağlık bakımı ve destekleyici bakımı sağlamak üzere sağlık profesyonelleri ve yardımcıları tarafından sunulan bir hizmet olarak tanımlanan evde bakım (Fadıloğlu, 2013), ülkemizde ise; 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri’nin Sunumu Yönetmeliği’ ne göre; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile birlikte yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tüm tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık ve bakımı ile takip hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlanmıştır (Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, 2005).

2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi

Evde bakım; sağlık ve sosyal hizmetleri içine alan çok geniş bir kavramdır. Evde bakım hizmetleri; iyileşme evresinde, engelli, kronik veya terminal dönem hastalarının günlük yaşam aktivitelerini sürdürecektir şekilde gereksinimleri doğrultusunda tıbbi, sosyal ve terapiye yönelik tedavinin ve/veya desteğin evde sunulmasıdır (Dericioğulları Ergun, 2016).

Evde Bakım Hizmetleri (EBH), medikal bakım hizmetlerinin yanı sıra sosyal bakım hizmetlerini de kapsamaktadır. Sosyal bakım hizmetleri ADLs (Activities of Daily Living) olarak adlandırılan yemek yeme, banyo, tuvalet, giyinme, soyunma, hareket etme gibi günlük yaşam aktiviteleri ile IADLs (Instrumental Activities of Daily Living) olarak adlandırılan ev işleri, yemek yapma, alışverişe gitme gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğini de içermektedir (Dericioğulları Ergun, 2016).

EBH Batı'da 1950'li yıllarda çeşitli avantajlarından dolayı tercih edilmeye başlanmıştır. EBH'nin tercih edilmesinin sebepleri; demografik yapıda meydana gelen değişiklikler, toplumsal değişim, bilim, teknoloji ve sosyal haklarda meydana gelen gelişmeler, uzun dönemli kurumsal bakım hizmetlerindeki eksiklikler, insani gerekçeler ve sağlık hizmetleri harcamalarındaki maliyet artışları şeklinde sıralanabilir (Dericioğulları Ergun, 2016).

Türkiye'de ise 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" sonrası kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerinde ESH verilmeye başlanmıştır. Bu yönerge ile ESH'nin etkin, güvenilir ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanması ile hizmet ve personel standardının belirlenmesi amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Yönergesi, 2010).

2.1.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Amacı

Evde bakım; kişilere kendi yaşam alanlarında, hayatın tüm dönemlerinde sağlık hizmeti sağlayan, sağlık bakım sisteminin yaygın ve bütüncül bir parçasıdır. Evde bakım sürecinde amaç, uzun süreli bakım ihtiyacı olan kişilere ve ailelere günlük yaşam koşullarını en az etkileyerek azami tedaviye ulaşma yolu ile hastalık ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmektir (Fadıloğlu, 2013).

EBH'nin amacı; sağlığın (olabildiğince) tekrar kazanılması, geliştirilmesi, sürdürülmesi, olası komplikasyonların en aza indirilmesi ve neticesinde her insan için bir son olan huzurlu bir ölümün sağlanmasıdır. Günümüzde evde bakım karmaşık sorunların, daha az bir maliyet ile hasta güvenliğini tehlikeye atmadan hasta, aile ve sağlık profesyonelleriyle iş birliği içinde yürütülmesiyle sağlanmaktadır (Fadıloğlu, 2013).

Gelişmiş ülkelerde evde bakımın, hasta, aile ve toplum açısından avantajları saptanmıştır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre bu avantajlar şöyle sıralanmıştır. Evde bakımla;

- Kronik hastalıklara bağlı komplikasyonların azaltıldığı,
- İş gücü kaybının önlenmesi,
- Hastanede kalış süresinin azaldığı,
- Akut komplikasyonların; etkin bir eğitim ve iletişim ile evde tedavi edildiği,
- Kendi ev ortamında hastaların tedavi sürecinin hızlandığı,
- Ailenin ve hasta bireyin işinden ve sosyal yaşamından kopmadığı,
- Hasta bireyin kendi bakımını üstlendiği,
- Hastaların kısa sürede bağımsızlık kazandığı gibi avantajları olduğu bildirilmektedir (Fadıloğlu, 2013).

EBH; tıbbi hizmetlerin, sosyal hizmetlerle entegre olarak üyelerin işbirliği ve koordinasyonu ile daimi, kapsamlı ve örgütlü bir şekilde çalışma sonucu sunulan koruyucu ve tedavi edici bir hizmettir. Bu yüzden hasta bireyin ihtiyaçları yönünde sunulan evde bakım hizmeti, hemşirelik uygulamalarından, evde hekim muayenesine, kısa ve uzun süreli tedavi uygulamalarından; laboratuvar hizmetlerine kadar uzanan geniş bir yelpaze de, ileri teknoloji desteği ve tecrübeli sağlık personeli tarafından verilmelidir (Fadıloğlu, 2013).

2.1.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 Raporu'nda DSÖ, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım üzerinde durmuştur. Bu açıdan bakıldığında, EBH'den faydalanacak bireyler, bulaşıcı hastalıklar (tüberküloz, AIDS gibi), kronik hastalıklar (kanser, KOAH, SVH vb.), kalp damar hastalıkları, etyolojisine bakılmaksızın engelli olan kişiler, duyuusal kısıtlılığı olanlar,

kaza sonucu sakat kalanlar, mental hastalığı olanlar ve madde bağımlılarıdır. Ayrıca terminal dönemdeki kanserli hastaların (yetişkin ve çocuk) onur ve saygınlığını korumak, yaşamlarının son günlerini daha rahat geçirmelerini sağlamak amacıyla ve tedavisi olanaksız olan birçok hastanın ölümüne kadar bakımlarının evde verilmesi tercih edilmektedir (Karahan ve Güven, 2002).

2.1.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması

EBH, üç farklı şekilde sınıflandırılmaktadır.

- Evde bakım, bireylere verilen tıbbi hizmetlerin yanısıra bireyin ihtiyaç duyabileceği sosyal hizmetleri de kapsamaktadır.
- Evde bakım, birbirinden farklı hizmet kapsamları olan, kısa süreli veya uzun süreli olarak iki şekilde sunulmaktadır. Kısa süreli sunulan EBH, tıbbi hizmet ağırlıklıdır. Genellikle hastane sonrası iyileşme dönemi içinde verilmektedir ve bu süre, otuz gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve altı aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumundaki verilen hizmetleri içine almaktadır (Brodsky ve ark., 2000; Oğlak, 2007).
- Farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care) (Australian Government Department of Health and Ageing, 2005; Oğlak, 2007).

Uzmanlık düzeyinde verilen (formal care) evde bakım hizmetleri şu hizmetlerden oluşmaktadır (Australian Government Department of Health and Ageing, 2005; Oğlak, 2007).

- Gündüz/Gece bakımı:** Bakım merkezlerinde bakıma muhtaç bireye gereksinimine uygun olarak verilen hizmetleri,
- Ev işlerine yardım:** Evin temizlik, ütü ve alışveriş gibi ihtiyaçlarındaki yardım hizmetlerini,
- Ev düzeninin yeniden oluşturulması:** Kapı, kilit onarımı, çatı onarımı, çıkış rampalarının oluşturulması, banyo güvenliğinin sağlanması, tekerlekli sandalyenin evde

dolaşımındaki engelleri ortadan kaldırılması gibi daha güvenli yaşamayı sağlayacak evde düzen değişikliklerinin yapılmasında verilen hizmetleri,

•**Kişisel bakım (öz bakım):** Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde yardımcı olacak hizmetleri,

•**Gıda ve beslenme hizmetleri:** Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenlerin evlerine yemek dağıtım hizmetlerini,

•**Sosyal destek:** Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini sağlayacak hizmetleri,

•**Hemşirelik hizmetleri:** Bireyin evine düzenli veya belirli aralıklarla hemşire ziyaretleri ile evde hemşirelik hizmetlerini,

•**Danışmanlık hizmetleri:** Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikayetlerinin ele alındığı hizmetleri,

•**Destek sağlık hizmetleri:** Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet terapisi gibi bireyin hareketine ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına destek olacak hizmetleri,

•**Bakıcılar için destek hizmetler:** Evde bakımı üstlenen gerek para karşılığında hizmet sunan bakıcılara gerekse aile bireylerine sağlanacak hizmetleri kapsamaktadır.

Bakıcılar için destek hizmetleri, Geçici Bakım ve Bakıcı Destek Kuruluşları olarak iki şekilde verilmektedir. **Geçici Bakım;** bakıcıların belirli dönemlerde dinlendirilmesi ya da izinli sayılması durumunda, söz konusu hizmetlerin geçici bir süre için kurumlarda (bakımevi benzeri yerlerde) verilmesi şeklinde; **Bakıcı Destek Kuruluşları ise;** bakıcıların daha iyi hizmet vermelerini sağlayacak eğitim, bilgi, danışmanlık ve bakıcı hakları gibi temel konularda bakıcıları destekleyen kuruluşlar olarak ifade edilmektedir (Australian Government Department of Health and Ageing, 2005; Oğlak, 2007).

Uzun süreli bakım ihtiyacı; bireylerin yaşamlarının akışı içinde değişim halinde olup bedensel, ruhsal ve bilişsel fonksiyonel kapasitelerdeki değişiklikten ve çevreden etkilenir. Birçok insan yitirdiği bazı fonksiyonel kapasitelerini tekrardan kazanabilir. Bu

sebeple gereksinim duyulan bakımın şeklini ve süresini belirlemek zordur. Uzun süreli bakım temelde günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun incelenmesine dayanır. Jakopzone tarafından yapılan özürlülük sınıflamasına göre kişi günlük yaşam aktivitelerinden en az birinde tam bağımlı ise “Ağır Özürlülük” olarak tanımlanmakta ve bu kişi evde ve kurumsal olmak üzere her iki tip bakımı da alabileceği gibi esasen kurumsal bakım için uygun kabul edilmektedir. Kişinin günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi, ancak enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden en az birinde başka birine bağımlı olması ise “Orta Özürlülük” olarak değerlendirilmektedir. Bu kişiler kurumsal bakım almak zorunda değildir; temelde evde bakım almaya uygun görülen kişilerdir. “Ağır Özürlülük” ve “Orta Özürlülük” arasındaki fark önemlidir. Uluslararası karşılaştırmalarda “Ağır Özürlülük” esas alınır. “Ağır Özürlülük” kişinin sağlık durumunun ölçülebilen ve ihtiyaç olan tipini (kurum/evde) belirlemede kullanılan bir göstergedir (Jacopze, 2000). Ülkelerin çoğunda yasalarla evde uzun süreli bakım hizmetleri en az altı ay süre ile gereksinimlerini karşılayacak şekilde tasarlanmıştır. Birçok ülkede uzun süreli evde bakım; sağlık ve sosyal hizmetlerin bir bölümü veya farklı bir program olarak sunulmaktadır. Hemen her ülkede bireyin bakıma muhtaç olup olmadığına ve bakım alma gereksiniminde bakım derecelendirme sistemi uygulanmaktadır. Buna göre, bireyin başkalarının yardımına günlük, haftalık ya da aylık olmak üzere hangi sıklıkta gereksinim duyacağı (bakım saati) saptanmaktadır. Bireyin gereksinim duyacağı olası bakımın saat sayısı, bakıma muhtaçlık derecesini belirlemektedir (Dericioğulları Ergun, 2016).

2.1.6. Evde Bakımın Tarihsel Gelişimi

Evde bakım hizmetleri uygulamalarının ortaya çıkışı milattan öncesine (M.Ö.) dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde M.Ö. 15. ve 16. yüzyıllar arasında mitolojik ve mistik tıp uygulamaları egemen olmuştur. Bu süreçte Ege’de pek çok Asklepeion kurulmuş ve buralarda özellikle telkine dayalı bir tedavi yürütülmüştür. Hamilelerin ve ölümcül hastaların kabul edilmediği bu tapınaklarda basit ilaç tedavileri, güneş ve banyo tedavileri, tiyatro ve müzik uygulamalarının da olduğu bilinmektedir. Asklepeion’un sınırları içerisinde ne insanların ölmesi nede kadınların doğum yapması mümkündür. Eski Yunan’da terminal dönemde hastaların ve hamilelerin kurumsal hizmet dışı bırakıldığı, adı geçen gruba sağlık hizmeti sunulmadığı, sunulsa da kurum dışında sunulduğu bilinmektedir (Dericioğulları Ergun, 2016).

Evde sağlık hizmeti (ESH) uygulamaları Ortaçağ Avrupa'sında, hastanın hastalığını diğer insanlara bulaştırmasını engellemek amacıyla yapılmıştır. Burada sunulan hizmetlerin tıbbi boyutundan ziyade sosyal hizmetler boyutu (barınma, yemek vb.) ön plandadır. şehirlerde yaşayan hasta ve fakir kişiler hastanede bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19. yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duymuşlardır. 20. yüzyıla girilirken kentleşme; şehirde yaşayan yoksul insan sayısındaki artışa ve sosyal koşullarda bozulmaya neden olmuş, evde bakım ihtiyacını da arttırmıştır. Bu dönemde İngiltere'de bakıma muhtaç olan çocuklar ve yaşlılar toplanıp evlerinden ayrı, bir arada buldukları bakımevlerine yerleştirilmişlerdir. Bu durum bazı topluluklarda tepkilere neden olsa da, eğitilmiş ev ziyaretçileri yoluyla evde bakım hizmeti verilmesi için İngiltere'de kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır. Evde hasta bakımı gönüllü kurumlar tarafından kilisenin önderliğinde uzun yıllar temel hizmet sunma şeklinde olmasına rağmen, gerçek anlamda evde hasta bakım hizmeti dini kuruluşlar dışında 1859 yılına kadar yapılamamıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

Florance Nightingale EBH'nin öncülerindendir ve hasta kişilerin bakımı ile görevlendirilecek olan kadınların özel olarak eğitilmesini önermiştir. Eğitilmiş kadınların da ev ziyaretleri gerçekteşirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleri ile ilgili bir plan sunmuştur. 20. yüzyılın başlarında ziyaretçi hemşirelerin görevi genişlemeye başlamış ve çalışmalarına koruyucu bakım hizmetlerini de eklemişlerdir. Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler EBH'nin gelişmesini hızlandırmıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında da, hastanelerdeki sağlık çalışanlarının sayılarının azalması ile birlikte o zamana kadar hastanede tedavi gören hastalar evde tedavi edilmeye başlamıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2004). 1947'de ilk koordine evde tıbbi bakım programı uygulanmaya başlamıştır. 1950'li yıllarda 25.100 toplum sağlığı hemşiresi ESH'nin yürütülmesinde görevlendirilmiştir. 1960'lı yılların ortalarından bu yana verilen hizmet büyümeye devam etmiş ve yaşlılar için Kerr-Mills Kurumu bazı bölgelerde yaşlılar için evde tıbbi yardım hizmetleri başlatmıştır (Fadıloğlu, 2013).

EBH; sosyal, ekonomik, politik ve bilimsel yenilikler karşısında gelişmeye ve değişmeye devam etmiştir. Evde bakım Kanada, Japonya, Suudi Arabistan, Endonezya, Tayvan ve Avrupa ülkelerinin büyük çoğunluğunda yürütölen bir hizmettir (Fadıloğlu, 2013).

Danimarka’da ileri derecede gelişmiş evde bakım sistemi 19. yüzyıl sonlarına doğru başlamıştır ve Danimarka’da başlatılan Avrupa’daki en geniş ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. 1937 yılında Danimarka’da başlatılan, dört bölgede uygulanan 6 yıllık bir pilot çalışmanın sonuçlarına göre, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi evde bakımın ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasına neden olmuştur (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

Çin’de yaşlılara hizmet sunumunda bir yöntem olarak kullanılan EBH’nin gelişimindeki en önemli öge, ekonomik nedenlerden çok sosyokültürel dinamiklerdir. Hizmet sunumunda esas rol alan kişileri, evde sağlık hizmeti sunumu için eğitilmiş aile içerisinden bireyler oluşturmaktadır (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

Amerikan Hemşireler Birliği, 2008 yılında Evde Sağlık Hemşireliği Uygulama Standartları ve Kapsamı’nda, alanın çok boyutlu hedeflerini vurgulayan evde sağlık tanımına profesyonel bir bakış açısı getirmiştir. Ev Sağlığı Hemşireliği ile; bireyin ve ailenin sağlık durumunu etkileyen çevresel, psiko-sosyal, ekonomik, kültürel ve kişisel sağlık faktörlerini entegre ederken hasta bakımı ve sağlığın teşviki üzerine odaklanmaktadır (Fadıloğlu, 2013).

EBH’nin tarihsel gelişimi süreci (ev ziyaretlerinin başlangıcından bugüne kadarki durumu) değerlendirildiğinde bu hizmetlerin değerinin sürekli keşfedilmekte olduğu ve tüm ülkelerde hızla yaygınlaştığı görülmüştür. Gelişmiş ülkelerde, ekonomik nedenlerden dolayı hastanede bakımdan ev içinde bakıma doğru bir yönelme vardır. Gelişmekte olan ülkelerde ise azalan kaynaklar nedeniyle, özellikle hastane hizmetlerinin kalitesiz olduğu ve nüfusun çoğunluğunun özel sağlık hizmetlerine ulaşabilme olanaklarından uzak olması nedeniyle hem kısa süreli hem de uzun süreli bakım yükünün ailenin üzerine kaydığı ifade edilmektedir (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

2.1.7. Ülkemizde Evde Bakım

Ülkemizde 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunu “Süreğen hastalıklı bireylerin, evde izlemlerinin halk sağlığı hemşirelerince sürdürülmesi” hükmünü getirmiştir (T.C. Resmi Gazete, 12 Ocak 1961, sayı: 224). 1963 yılında birinci beş yıllık kalkınma planında “az sayıda nüfusun faydalandığı ve maliyeti yüksek hastane tedavileri yerine evden ve ayaktan tedaviye

yönelik bir sağlık teşkilatının kurulması” gerekliliğine yer verilmiştir (Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu, 2010).

Ülkemizde ayrıca evde bakım alanındaki çok önemli gelişmelerden biri de kamu hastaneleri tarafından 2004 yılından itibaren evde bakım hizmetleri verilmesine başlanmasıdır. İlk olarak Balıkesir Devlet Hastanesi tarafından başlatılan bu hizmetler yatağa bağımlı olmaları nedeniyle hastanede tutulamayan hastalar için ev ziyaretleriyle başlamıştır. Günümüzde ise pek çok ilimizde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerce evde bakım hizmeti verilmesine başlanmıştır (Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu, 2010).

Evde bakım yönetmeliği 2010’da revize edilmiş ve bu yönetmelikle hizmetin yönetilmesi madde 4’te aile hekiminin sorumluluğuna verilmiştir ve görev tanımları yapılmıştır. Aynı maddenin b bendinde aile sağlığı elemanı olarak aile hekimi ile birlikte hizmet veren sözleşmeli çalıştırılan hemşire, ebe, sağlık memurundan oluştuğunu belirtmiştir. Ülkemizde sağlık bakanlığının yanı sıra evde bakım hizmeti sunumunda sivil toplum örgütleri, belediyeler bu hizmetin yürütülmesinde sorumluluk almaktadır (Fadıloğlu, 2013).

2.1.8. Evde Bakımın Olumlu ve Olumsuz Yönleri

EBH, çoğu yönden dış etmene açık olan, itinalı gözlem isteyen, iyi bir eğitim programı yanında yakından kontrol isteyen bir hizmet sektörü (Schulmerich, 1996) ve sağlık hizmetleri sistemi içerisinde olumlu ve olumsuz yönleri olan bir hizmet sunum şeklidir (Spratt ve ark., 1997; Akdemir, 2001; Karabulut, 2015). Evde bakım ile ilgili çalışmaların çoğunda, evde bakımın olumsuz yönlerinden (stres, depresyon, para kaybı, sağlık ve yaşam kalitesinin düşmesi) bahsedilirken; bununla birlikte yaşlıya bakım vermenin tecrübe, depresyon ve stresin azaltılması, doyum, kazanç, bireysel gelişim, ödül ve faydalılık duygusu vb. olumlu yönlerinin olabileceği de vurgulanmıştır (Kuuppelomaki ve ark., 2004a; Hanyok ve ark., 2009; Shirai ve ark., 2009).

EBH’nin olumlu yönleri şu şekilde ifade edilebilir;

- Hastalığı ve ihtiyacı olan bireylere, kendi özgürlük ve yaşam alanlarında hizmet sunarak hastaneye alternatif bir sağlık hizmeti sağlar.

- Ailesi ve kendi çevresiyle birlikte evde bakım hizmeti alması hasta birey açısından olumlu ve güvenlidir.
- Bireyin ailesi ile birlikte zaman geçirmesi iletişimini güçlendirerek, aile içerisinde daha aktif olmasını sağlar.
- Hasta bireyin beslenmesinde, bireye özel yemek hazırlanma şansı vardır.
- Hasta bireyin ev ortamında kendi kuralları geçerli olur ve bu durumda bireyin kendini daha rahat ifade etmesini sağlar.
- Hastanın bulaşıcı hastalılara yakalanma riskini azaltır yada nozokomiyal enfeksiyonlara karşı korunmuş olur.
- Uzun dönemli tedavilerde evde bakım kolay olur ve gereksinim duydukları anda ruhsal açıdan destek bulma şansları daha fazladır.
- Evde bakım bireyin ve aile üyelerinin stresini azaltarak yaşam kalitelerinin artmasına sebep olur.
- Koruyucu sağlık hizmetleri ile rehabilite edici sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırır.
- Birey ve ailesi yaşadıkları ortamda sağlık problemlerini daha kolay saptar ve rahat çözüm yolları üretir.
- Hem hastanın hem de aile bireylerinin ekiple birlikte hareket etmesini sağlar.
- Ekip, aile ve birey ile birlikte belirlenen sağlık problemlerinin çözüm yolları, ailenin olanakları değerlendirilerek belirlenir.
- Evde bakımın maliyeti hem hasta açısından hem de kurumsal açıdan daha düşüktür.
- Hastanelerdeki yoğunluğu azaltır (Spratt ve ark., 1997; Edmondson, 2001; Karabulut, 2015).

EBH'nin sunumunda ortaya çıkan olumsuzluklar ise şu şekilde ifade edilebilir;

- Evde sağlık ekibinden hizmet alma bireyin; kendini daha rahatsız ve hasta hissetmesine ve kendine ait özel yaşantısına müdahale ediliyor duygusu yaşamasına sebep olabilir.
- Acil durumlarda anında müdahale edebilecek profesyonel kişilerin bulunmaması ve teknolojik araçların kullanılmasında bilgisizlik ve yetersizlik nedeniyle bireyler sorunlar yaşayabilir.

- Sağlık profesyonellerinin daimi olarak hastanın yanında bulunamıyor olması ve aile üyelerinin de uzun süre bir hasta ile birlikte olması ortamda gerginlik yaşanmasına neden olabilir.
- Hastanın kendisinin ve yakınlarının sağlık hizmeti sunumundaki sağlık profesyonelleri üzerinde şiddet ve baskı uygulaması durumu güvenlik sorununu ortaya çıkarabilir.
- Tıbbi atık kontrolünün zorluğu gibi durumlar evde bakım hizmetlerinde olumsuz unsurlar arasında yer almaktadır (Karabağ, 2007).

2.2. BAKIM VE BAKIM YÜKÜ KAVRAMLARI

2.2.1. Bakım Kavramı

Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre bakım terimi, üç farklı şekilde tanımlanmaktadır: “Bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” anlamları taşımaktadır (www.tdk.gov.tr, Erişim tarihi: 31 Ekim 2019). Fiil olarak ta “endişe duymak, ilgili hissetmek, merak etmek, fiziksel gereksinimleri karşılamak, rahatlatmak, yardım etmek, ilgili olmak” anlamlarına gelmektedir (Öner Altıok ve ark., 2011).

Bakım; “insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şeydir” (Engster, 2005). Joan Tronto'ya göre de bakım; “dünyamızı olabildiğince iyi yaşayabilmek için korumak, sürdürmek ve onarmak üzere yaptığımız her şeyi içeren özel bir etkinliktir” (Tronto ve Moral, 1993). Bu tanımlar doğrultusunda; canlıların yaşamlarını ve yaşadıkları dünyanın varlığını sürdürebilmeleri için gerekli tüm etkinlikler bakım kapsamı içerisinde yer alır.

Bakım ahlaki boyutu olan, karşılıklı ilişkilerde güvene dayanan bir kavramdır (Dinç, 2010) ve belirli bir kişiye, mesleğe ya da kuruma özgü değildir. Canlılar için bir ihtiyaç olan bakım alma, aynı zamanda tüm insanlar için bir yükümlülüktür. Ancak zaman ve para gibi kaynakların kısıtlı olması nedeniyle herkes herkese aynı nitelik ve yeterlilikte bakamaz. Bu nedenle toplumsal yaşamın düzenli bir biçimde sürdürülebilmesi için belirli görev ve yükümlülüklerin belirli kişi ve gruplara dağıtılması gerekir (Goodin, 1995).

2.2.2. Bakım Verme Kavramı

Bakım verme bakım sunma faaliyetlerini ve sunulan bakımın sorumluluklarını üstlenme süreci olarak tanımlanmaktadır (Stetz ve Brown, 1997). Bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamaktadır. Diğer yardım çeşitleri ise; ilaç alımı, tedavisi vb. sağlık bakımından ve yıkanma, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb. kişisel bakımından oluşurken, ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı da içine almaktadır (İnci, 2006).

Bakım verme; formal (profesyonel) ve informal (profesyonel olmayan) bakım verme olarak ikiye ayrılmaktadır.

- **Formal (Profesyonel) Bakım Verme**

Formal bakım verme; resmi veya özel kurumlar ya da gönüllü kuruluşlar tarafından ücretli ya da ücretsiz olarak sunulan bakım olarak tanımlanmaktadır. Doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolojik danışman vb. Sağlık çalışanları, profesyonel bakım vericileri oluşturmaktadır (Williams ve ark., 2010).

- **İnformal (Profesyonel Olmayan) Bakım Verme**

İnformal bakım verme; alanında profesyonel olmayan kişiler tarafından sunulan bakım olarak tanımlanmaktadır. Aile üyeleri, yakın akrabalar, komşular ve arkadaşlar profesyonel olmayan bakım vericileri oluşturmaktadır (Honea ve ark., 2008). İnformal bakım verenlerin çoğu bunu ücret karşılığında yapmazlar ve gerçekten zamanlarının önemli bir kısmını bakım verme işi için kullanırlar. İnformal bakım verme bakım verenin fiziksel ve mental sağlığını, sosyal yaşamını, iş yaşamını, maddi durumunu, boş zaman aktivitelerini etkiler. Bu etkilere rağmen yine de bakım verenler sevdikleri bir kişiye ya da aileden birisine bakım vermeyi sorumluluk olarak görürler ve bunun da yaşamlarının bir parçası olduğunu düşünürler (Hoefman ve ark., 2011). İnformal bakım verenler bakım verdikleri kişilere; yiyecek ve içeceklerin hazırlanması, kişisel hijyeni ve çevrenin temizliği, alışveriş, taşıma ve ulaşım, yürütme, yatırıp-kaldırma vb. fiziksel yardım, hastanın rollerini üstlenme, ilaçlarının hatırlatılması, duygusal destek ve arkadaşlık gibi çoğu konuda destek olurlar (Ockerby ve ark., 2013).

2.2.3. Bakım Veren Bireyin Özellikleri

Hasta yakınlarının yaşadıkları güçlükler; bakım verilen bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile birlikte bakım vericilerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, hastayla olan yakınlık derecesi ve bakım konusunda yakınlarından destek alma durumu gibi bakım verene ait özelliklerden etkilenebileceği bildirilmektedir (Tamayo ve ark., 2010; Atagün ve ark., 2011).

Bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi; güçlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi, bu özelliklere göre destek gruplarının oluşturulması, götürülecek sağlık hizmetinin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir (Given ve ark., 2001).

Bu bağlamda etkin sağlık hizmetinin sunumunda sağlık çalışanlarının; evde bakım veren bireyin güçlüğüne farkında olması, bakım verme rolünü tanımlaması (Almborg ve ark., 2009; Aktaş, 2010), riskli gruplarını belirlemesi ve gerekli hallerde bakım vericilere destek sağlaması gerekmekte (Atagün ve ark., 2011) ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için de; hasta yakınlarının bakım hakkında doğru kararlar vermesi ve birlikte sorumluluk üstlenmeleri için etkili planlanmaların yapılması ve uygulanmasını sağlamalıdır (Aktaş, 2010).

2.2.4. Yük Kavramı

TDK'ya göre yük kavramı birinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev olarak tanımlanmakta (www.tdk.gov.tr, Erişim tarihi: 31 Ekim 2019) ve bakım veren yakının üstlendiği, bakım verme ile ortaya çıkan, psikolojik bir sorun, fiziksel sağlık sorunları, ekonomik ve sosyal sorunlar, aile ilişkilerinde bozulma ve kontrolün kendinde olmadığı düşüncesi gibi olumsuz objektif ve subjektif durumlar olarak ifade edilmektedir (Küçükgüçlü ve ark., 2009; Yıldırım ve ark., 2013).

2.2.5. Bakım Yükü Kavramı

Bakım yükü; “bakım verenin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz sonuçları içeren bir kavramdır (Collins ve ark., 1994). Başka bir ifadeyle bakım yükü; “bireyin kendi başına yapamadığı aktivitelerin çevresindeki diğer bireylerin yapmasıyla ortaya çıkan

sosyoekonomik düzeyde, sosyal iletişimde, sağlıklarında bozulma gibi durumlar”ın tanımıdır (Özer, 2010).

Bakım verme yükü “objektif (nesnel)” ve “subjektif (öznel)” bakım yükü şeklinde iki alt boyutta incelenir (Çetinkaya, 2008; Atagün ve ark., 2011; Çetin, 2011). Ancak bakım verme yükünü direkt bakım ile ilgili görevler, direkt bakımla ilgili olmayan görevler, hastanın duygusal ihtiyaçları ile baş etme ve bakım vermenin diğer yaşam rolleri üzerine etkisi gibi dört boyutta ele alan kaynaklar da mevcuttur (Sales, 2003).

- **Objektif (Nesnel) Bakım Yükü**

Objektif bakım yükü temel olarak ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları ifade ederken, bakımın ortaya çıkardığı güçlükler ve fiziksel iş şeklinde de tanımlanabilir. Genelde, hastalığın ortaya çıkardığı direkt bakım yükü, objektif yük olarak görülmektedir. Bu tanım, bakım vericinin tüm işlerini (yardım, kontrol, ödemeler...), deneyimlerini (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı etkinlikleri de (hobiler, kariyer, meslek) içine almaktadır. (Çetin, 2011; Sales, 2003).

Bakım verme işinin oluşturduğu gereksinimler, kişinin diğer rolleri ile bakım rolleri arasında bir çatışma oluşturmaktadır. Bunlar; aile yaşamının bozulması, sosyal aktivitelere katılamama, hastalığın bakım vericinin ekonomik durumuna etkileri, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi ve uygun bir bakım ortamı bulamama ve bakımın getirdiği ruhsal sıkıntılar şeklinde ifade edilebilir (Sales, 2003; Honea ve ark., 2008; Atagün ve ark., 2011).

- **Subjektif (Öznel) Bakım Yükü**

Subjektif yük; bakımı üstlenen bireyin bakım sunma yaşantısına yönelik davranış (Uğur, 2006) veya hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili duygusal sıkıntı ya da hastanın bakımıyla ilgili zorlukların aile üyelerini rahatsız etme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır (Çetinkaya, 2008; Çetin, 2011; Arslantaş ve Adana, 2011). Örnek olarak anksiyete, sinirlilik, keder, sıkıntı, suçluluk hissi gibi tepkiler verilebilir (Chou, 2000; Sales, 2003; Atagün ve ark., 2011).

Bakım vericinin kendi iç motivasyonu yükün belirleyicilerinden birisidir. Yapılan araştırmalar bakım veren bireyin herhangi bir şeyi yapabileceğine olan inancının arttıkça bakım yükünün azaldığını göstermektedir (Çetinkaya, 2008; Durmaz, 2011).

Sales 2003 yılında bakım yükü ile ilgili yapmış olduğu çalışmada; bakım verme yükünün boyutlarını şu şekilde ele almıştır (Sales, 2003);

- **Direkt Bakım İle İlgili Görevler:**

Hastanın doğrudan bakımını ilgilendiren görevleri içerir. Örneğin; günlük yaşam aktivitelerine yardım etmek ve hastayı gözlemlemek vb.

- **Direkt Bakımla İlgili Olmayan Görevler:**

Hasta tarafından daha önce yerine getirilen (ev temizliği, yemek pişirme, para yönetimi gibi) bazı görevlerin diğer aile üyeleri tarafından üstlenilmesi bu kategoride değerlendirilir. Bu yeni sorumluluklar bakım vericiler için yeni beceriler gerektirebilirken, yerleşmiş olan rollerde bu gibi zorunlu değişiklikler aile üyeleri için stresli ve yıkıcı olabilmektedir.

- **Hastanın Duygusal İhtiyaçlarıyla Baş Etme:**

Bakım vericilerin yeterliklerini gözden geçirmesine sebep olan nedenlerden biri hastanın duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasının, bakımın bir parçası olarak değerlendirilmesidir. Aile bireylerinin üzüntü ve sıkıntıları ile baş etmesi konusunda hastayı dinlemesi ve ona belirli bir zaman dilimi ayırması gerekmektedir.

- **Bakım Vermenin Diğer Yaşam Roller Üzerine Etkisi:**

Bakım süreci yapısı ve boyutları gereği bakım vericinin diğer rollerinin önüne geçebilecek yoğunlukta olabilmektedir. Bakım veren yakını, hayatının merkezine yerleşen rolü, diğer varolan rollerini merkezdeki role bağlı olarak yerine getirmeye çalışmasına zorlamaktadır.

2.2.6. Bakım Verene Ait Güçlükler

Bakım verme rolü, bakımı veren kişinin sağlığını ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Özyeşil ve ark., 2014). Bakım vermenin sürekli ve yoğun yapısı, hastalarına bakım veren bireylerin yaşamlarındaki diğer mesuliyetleriyle birleşince bakım verme yüküne dönüşebilmekte, bakım veren bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal

ve ekonomik olmak üzere hayatın birçok alanında güçlük yaşamasına neden olabilmektedir (Şahin ve Ergüney, 2015).

Hasta yakınlarının yaşadıkları bu güçlükler; hastanın yaşı, cinsiyeti, fonksiyonel durumu, hastalığın süresi gibi hastaya ait özellikler ile birlikte bakım vericinin yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, hastaya olan yakınlığı ve yakınlarından destek alma durumu gibi bakım vericiye ait özelliklerden de etkilenebilmektedir (Karabuğa, 2009).

Yapılan çalışmalarda bakım verme yükünün, bakım verenin sağlığını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Örneğin anksiyete, ciddi boyutlara varabilen ruhsal sıkıntı, fiziksel sağlıkta bozulma vb (Iconomou ve ark., 2000; Chang ve ark., 2007; Mystakidou ve ark., 2007; Bostancı ve ark., 2007; Sarı, 2007; Afşar, 2010; Fridriksdóttir ve ark., 2011; Dökmen, 2012; Taşdelen ve Ateş, 2012; Karabuğa Yakar ve Pınar, 2013; Karahan ve İslam, 2013 Yıldız ve ark., 2016) sayılabilir.

Çalışmalarda bakım veren bireylerde kas ağrısı, vücut ağırlıklarında değişme, düzensiz yemek alışkanlıkları, iştahta değişme ve hazımsızlık problemleri gibi fiziksel belirtilerin görüldüğü (Dew ve ark., 2004) ve bakım verenlerin genelinde ciddi uyku sorunları ve yorgunluk ta yaşadıkları belirtilmiştir (Cora ve ark. 2012; Karabulutlu ve ark., 2013).

Cotelo Verez ve ark. tarafından da informal bakım vericilerin depresyon ve anksiyete gibi birçok fiziksel ve duygusal problem riskini artırıcı etki yapan stresli durumlara maruz kaldıkları ifade edilmiştir (Cotelo Verez ve ark., 2015). Bununla birlikte stresli durumlara maruz kalan bakım vericilerde, kardiyovasküler hastalıklara yakalanma oranlarının da arttığı görülmüştür (Snyder ve ark., 2015).

Bakım verilen bireyin ileri yaşta olması, sosyal ve kişilerarası sorunlara sebep olabilmektedir (Toseland ve ark., 2001). Bakım vericiler devamlı hastaları ile ilgilendikleri için aile, arkadaşlık, komşuluk ilişkilerinden ve diğer sosyal etkinliklerinden fedakârlık etmek zorunda kalmaktadırlar (Uğur, 2006). Çalışmalarda bakım veren kişi ve diğer hasta yakınlarının, öncelikli olarak hastanın ihtiyaçlarına yoğunlaşmalarından dolayı; sosyal destek eksikliği yaşadıkları, aile ve yakın arkadaşlarından ihtiyaçları olan desteği göremediklerinde huzursuzluk gibi olumsuz duygular hissettikleri belirtilmiştir (Lai ve Thomson, 2011; Lee ve ark., 2015).

Ferrara ve ark. çalışmalarında bakım veren bireylerin %53.0'ünün bakım vermeleri ile hayatlarının değiştiğini, kendilerine vakit ayıramadıklarını ve sosyal yaşamlarının da bu

durumdan etkilendiğini bulmuşlardır (Ferrara ve ark., 2008). Yakar ve ark. ise çalışmalarında; kanserli hastaya bakım verenlerin tamamının sağlık problemleri yaşadıklarını, 1/3'ünün çalışma yaşamlarında, yaklaşık yarısının da evliliklerinde günlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (Karabuğa Yakar ve Pınar, 2013).

2.2.7. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Özellikler

Bakım gereksiniminin arttığı sağlık sorunlarında, sağlık personellerinin bakım verme rolünü üstlenen bireyleri bütüncül olarak ele alması ve bu bireylerde bakım yükünü değerlendirmesi, hem bakım vericilerin hem de hastaların iyilik hallerini olumlu yönde etkileyecektir (Mollaoğlu ve ark., 2011).

Bakım veren yükünü etkileyen özellikler hastalara ve bakım veren bireylere ait özellikler olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

2.2.7.1. Hastaya Ait Özellikler

2.2.7.1.1. Yaş

Hastanın yaşı bakım veren bireylerde bakım yükünün oluşmasına etki eden değişkenlerden biridir. Bakım verilen bireylerin yaş grubunun değerlendirildiği çalışmaların çoğunluğunda bireylerin yaşının 65 yaş ve üstü olduğu saptanmıştır (Akyar ve Akdemir, 2009; Küçükgüçlü ve ark., 2017; Toker Tekin, 2018; Çoban Sıkılmaz, 2018). Bakım verilen hastanın yaşı arttıkça bakım veren bireylerde bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Toker Tekin, 2018). Yapılan bir çalışmada 80 ve üzeri yaş grubundaki hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puanlarının diğer yaş grubu hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Eğilli ve Sunal, 2017). Beeson'un (2003) yaptığı bir çalışmada ise hasta yaşının ilerlemiş olmasının bakım verenlerde yalnızlık düzeyini artırdığı gösterilmiştir .

2.2.7.1.2. Cinsiyet

Hastanın cinsiyeti de bakım veren bireylerde bakım yükünün oluşmasına etki eden değişkenlerden biridir. Literatür tarandığında bakım alan hastaların çoğunluğunun cinsiyetinin kadın olduğu görülmüştür (Akyar ve Akdemir, 2009; Küçükgüçlü ve ark., 2017; Toker Tekin, 2018; Çoban Sıkılmaz, 2018). Bakım verenin bakım verme yükünü hastanın cinsiyetinin de etkilediği, kadın hastalara bakım veren kişilerde bakım yükünün yüksek olduğu belirlenmiştir (Demirlek, 2015). Kanser hastalarına bakım verenler

üzerinde yapılmış olan çalışmalarda, kadın hastalara bakım verenlerin bakım yükünün erkek hastalara bakım verenlerden yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Orak ve Sezgin, 2015; Ceylan Gür, 2018). Diğer bir çalışmada ise (Koç ve ark., 2016) yapılmış bu çalışmalardan farklı olarak erkek hastalara bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bu çalışmaların tersine Çetin'in (2011) yaptığı çalışmada hastanın cinsiyetinin bakım verenin bakım yükü üzerinde etkili bir değişken olmadığı belirtilmiştir.

2.2.7.1.3. Eğitim durumu

Hastanın eğitim durumu da bakım veren bireylerde bakım yükünün oluşmasına etki eden değişkenlerden biridir. Bakım verilen bireylerin eğitim durumu değerlendirildiği çalışmaların çoğunluğunda bireylerin ilkokul mezunu ve düşük eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Akyar ve Akdemir, 2009; Yılmaz ve Çifçi, 2010; Toker Tekin, 2018). Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte eğitim düzeyi arttıkça hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi olacağı tespit edilmiştir (Çoban Sıkılmaz, 2018).

2.2.7.1.4. Medeni durum

Hastanın medeni durumu da bakım veren bireylerde bakım yükünün oluşmasına etki eden değişkenlerden biridir. Bakım verilen bireylerin medeni durumunun değerlendirildiği çalışmalarda bireylerin çoğunluğunun evli ve en az 1 çocuk sahibi oldukları bildirilmiştir (Çetinkaya, 2008; Koç ve ark., 2016; Çoban Sıkılmaz, 2018). Kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükünün incelendiği bir çalışmada, hastanın medeni durumunun bakım verenin bakım verme yükünü etkilediği bulunmuş olup, evli hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükünün yüksek olduğu belirtilmiştir (Ceylan Gür, 2018).

2.2.7.2. Bakım Verene Ait Özellikler

2.2.7.2.1. Yaş

Hasta bireye bakım veren kişinin yaşı bakım yükünün oluşmasına etki eden değişkenlerden biridir. Literatürde yaşın bakım yüküne etkisine dair araştırma sonuçları incelendiğinde; yaş arttıkça bakım yükünün de arttığına dair çalışmalar olduğu gibi

(Arslantaş ve Adana, 2011), genç yaşlarda bakım yükünün daha fazla algılandığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Chan, 2011; Kate ve ark., 2013). Genç bakım verenlerin bakım verme sürecinden olumsuz yönde etkilenmelere çok daha fazla maruz kaldıkları ve bakım verenin yaşı azaldıkça bakım yükünün seviyesinin fazlaştığı bulunmuştur. İleri yaşlarda bakım verenlerde oluşan sağlık problemlerine bağlı olarak yük daha fazla hissedilebilirken, genç yaşlarda bakım verenlerde ise, sosyal desteğin daha az olması ile ilişkilendirilebilir ve bu gibi durumlar bakım verenlerin yüklerinin artmasına neden olabilmektedir (Chan, 2011; Kate ve ark., 2013). Diğer yandan da Chumbler yaptığı çalışmada, ileri yaşta olan bakım veren kişilerin genç bakım veren kişilere göre daha az bakım yükü hissettiklerini belirtmiştir (Chumbler ve ark., 2003).

2.2.7.2.2. Cinsiyet

Hasta bireye bakım veren kişinin cinsiyeti de bakım yükünün oluşmasına etki eden önemli bir değişkendir. Literatürdeki örneklerde bakım verenlerin çoğunluğunun cinsiyeti kadındır (Wells ve ark., 2005; Ulstein ve ark., 2007). Toplumsal açıdan bakıldığında ailedeki bakım rolünü genellikle kadınlar üstlenmektedir (Gülseren ve ark., 2010; Mollaoğlu ve ark., 2011; Kızılırmak, 2014; Yıldırım, 2014; Özlü ve ark., 2015) ve bakım yükü doğrudan bakımı veren bireylerle ilgili olduğundan kadınların bakım yükü açısından riskli grup olduğu söylenebilmektedir. Navaie-Waliser ve ark. (2002) çalışmalarında, pek çok rol ve sorumluluğu aynı anda yerine getirmeye çalışan kadınların, aynı zamanda hastaya da bakım vermenin “bakım yükü” ve “bakım stresi” yaşadıklarını ve kişisel gereksinimlerini ihmal ettiklerini ifade etmişlerdir. Diğer taraftan bakımı üstlenen erkek bireyler incelendiğinde sayıca az olmalarına rağmen kadınlara oranla daha fazla bakım yükü yaşamaktadırlar (Caqueo-Urizar ve ark., 2011; Igberase ve ark., 2012). Literatür, toplumda kadınların yakın ve güçlü ilişki kurabilme yeteneğine sahip oldukları, erkeklerle karşılaştırıldıklarında bakım verme rolünün güçlükleri ile daha iyi mücadele edebilecekleri, hasta bakımı konusunda daha sevecen ve daha hassas davranabilecekleri yönünde görüşlerin bulunduğu ifade edilirken, bu durumların da kadınlarda bakım yükünü artırdığı belirtilmektedir (Tosun ve ark., 2015).

2.2.7.2.3. Eğitim Durumu

Hasta bireye bakım veren kişinin eğitim durumu da bakım yükünün oluşmasına etki eden değişkenlerden biridir. Eğitim durumunun etkilerini bildiren çalışmalarda düşük eğitimlilerin yüklerinin daha ağır, yaşam kalitelerinin daha düşük, umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Gölmüş Erhan, 2005; Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado, 2006; Kitrungröter ve Cohen, 2006). Diğer taraftan bakım veren bireylerde eğitim seviyesinin artmasıyla bakım yükünün azaldığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Aydın ve ark., 2009; Ak ve ark., 2012). Bu durum, bakım verenin eğitim seviyesi arttıkça hastalığı ve hastayı daha iyi anlayabilmesi ve toplumsal kaynakları daha iyi kullanabilmesinin sonucu olarak yorumlanmıştır (Kaya, 2013).

2.2.7.2.4. Çalışma Durumu

Bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden birinin de bakım veren kişinin çalışma durumu olduğu ifade edilmiştir (Collins ve ark., 1994). Hem çalışan hem de bakım veren yetişkin kız çocuklarının en az çalışmayanlar kadar aynı kalitede bakım sağlayabildikleri görülmüştür (Rosenthal ve ark., 2004). Ev dışında bir işi olan bakım verenler, olmayanlara göre bakım verme için daha az zaman harcamalarından dolayı daha az gerginlik hissi yaşadıkları ifade edilmiştir (Lopez ve ark., 2005). Cannuscio ve ark. çalışmalarında, çalışmayan bakım veren kadınlardan sosyal çevrelerinde daha aktif olanlar, kendilerini daha iyi hissettiklerini, daha az sosyal olanlar ise daha yüksek oranda depresif belirti gösterdiklerini belirtmişlerdir (Cannuscio ve ark., 2004). Lee ve ark. (2001) hem çalışan hem de bakım veren kadının, çalışsın ya da çalışmasın bakım verme işi olmayan kadınlardan daha fazla depresif belirti gösterdiklerini tespit etmişlerdir. Çalışan bakım verenlerin sadece iş hayatını değil, aile hayatını da sürdürmeye çalışırken, yakınları için de üçüncü mesaiyi yapmak zorunda kaldıkları ve bu durumlardan dolayı kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları belirtilmiştir (Doress-Worters, 1994).

2.2.7.2.5. Ekonomik Durum

Bakım yükünü etkileyen faktörlerden biri bakımın ve bakım rolünün ekonomik yüküdür (Arslantaş ve Adana, 2011). Bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları duygusal güçlüklerin yanı sıra, hastanın bakımı konusunda ekonomik güçlüklerle de karşılaştıkları saptanmıştır (Çetin, 2011). Gülseren ve ark. çalışmalarında, ekonomik

durumu kötü olan aile üyelerinin daha fazla bakım yükü yaşadıkları belirtilmiştir (Gülseren ve ark., 2010). Gelir durumunu yetersiz olarak algılayan aile üyesi, gelir durumunu yeterli olarak algılayan aile üyesine göre bakım verirken daha fazla güçlük yaşamaktadır (141). Arslantaş ve Adana (2011) bakım verenlerden sosyo-ekonomik düzeylerini yüksek olarak ifade edenlerin, hastalarının ihtiyaçlarını daha kolay karşılayabildiklerini söylemişlerdir.

İşlevselliğin etkilenmesi ve mesleki kayıpları nedeniyle hastaların çalışamamalarının yanı sıra, hastaneye yatışlarının olması ve devamlı ilaç kullanmanın getirdiği ekonomik yük, özellikle sosyal güvencesi olmayan aileler için oldukça zorlayıcı bir durumdur (Çetin, 2011).

2.2.7.2.6. Bakım Veren Hastaya Yakınlığı

Hasta bireye bakım veren kişinin hastaya yakınlık durumu da bakım yükünün oluşmasına etki eden değişkenlerden biridir. Çalışmalarda bakım veren kadınların çoğunun hastanın annesi veya kız kardeşi olduğu ifade edilmiş (Gutiérrez-Maldonado ve ark., 2005; Chien ve ark., 2007; Li ve ark., 2007; Arslantaş ve Adana, 2011) ve hastanın eşi bakım veren olduğunda diğer kişilerden daha çok depresyon yaşadığı belirtilmiştir (Aşiret ve Kapucu, 2013). Hastaya yakınlık derecesinin bakım veren aile üyelerinde, bakım yükünü önemli derecede etkilediği görülmektedir. Ak ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada, hastaların öncelikle eşlerinde, ikinci sırada ise anne ve babalarında bakım verme yükü oranlarının yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Diğer yandan başka bir çalışmada da hastaya yakınlık durumu bakım veren aile üyesinin yaşadığı bakım yükünü etkilememiştir (Çetin ve ark., 2013). Yapılan çalışmalar bakım verenlerin bazı sorunlarla karşılaştıklarını ve bakım veren olmanın stres dolu bir rol olduğunu göstermektedir (Karahana ve Güven, 2002). Aksayan ve Cimete (1998) çalışmalarında, aile bireylerinden %66.2'sinin aile içi rollerinin değiştiğini, %66.0'sının yorgunluk, bunaltı, sosyal yaşantı değişikliği yaşadıklarını ve bu sorunları çözmek için de evde sağlık personeli istediklerini belirtmişlerdir. Hasta yakınlarının ruhsal sağlık durumu açısından değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, bakım veren aile üyeleri arasında annelerin somatizasyon belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Yıldırım, 2014).

2.3.TOPLUMDA GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR

2.3.1. Somatizasyon

Somatizasyon terimi çökkünlüklerde ruhsal acının bedensel olarak anlatılması, psikosomatik hastalıklarda ruhsal acının somatik bozukluk yaratması ya da böyle bir bozukluğu tetiklemesi, şiddetlendirmesi, konversiyonda bunaltının bir organ işlevine döndürülmesi ve beden dili ile anlatılması gibi farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Briquet sendromu olarak ta ifade edilen somatizasyonda; belirtilerin bütün bir yaşam boyunca sürmüş olması ve hastalığın bir yaşam biçimi haline gelmesi de söz konusudur (Öztürk, 2008).

2.3.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Obsesyon: Tedirgin etmek, sıkıştırmak, rahat vermemek, bunaltmak anlamında Latince’de “obsidere” sözcüğünden gelen psikiyatri sözlüklerinde, “yanlış olduğunu düşündüğümüz halde beynimizden atamadığımız, mantık ve muhakeme ile uzaklaştırılamayan, istenmeyen saplantı halindeki düşünceler” olarak tanımlanır (Sakallı, 2014; Yıldırım, 2016)

Kompulsiyon (tekrarlayan davranışlar): Genellikle saplantılı fikri (obsesyon) zihinden uzaklaştırmak için yapılan istek dışı tekrarlanan hareketlerle (kompulsiyon) karakterize olan ve hasta bireylerin takıntılı düşüncelerden kurtulmak için zihinlerine başka fikirleri getirmeleri veya kimi davranışlarda bulunmaları şeklindeki düşünce ve davranışlara kompulsiyon denir (Sakallı, 2014).

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB): Obsesif kompulsif bozukluk irade dışı gelen, kişiyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli gayret ile akıldan uzaklaştırılamayan, tekrarlanan düşünce (obsesyon) ve/veya genellikle takıntılı düşünceyi zihinden uzaklaştırmak için yapılan istek dışı tekrarlanan hareketlerle (kompulsiyon) karakterize bir rahatsızlıktır (Şahin ve Böke, 2007; Abramowitz ve ark., 2009). Obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı %1.9-3.3 arasında değişen ve aile, akademik, iş ve sosyal hayat işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır (Damla, 2013).

2.3.3. Kişilerarası Duyarlılık (KD)

KD, bireyin etkileşimlerindeki farkındalığının geliştirilmesiyle farklı bireylerin kişilik özelliklerini, duygularını, fikirlerini ya da maksatlarını doğru olarak değerlendirme

yeteneği kazanması şeklinde ifade edilirken (Harb ve ark., 2002; Wilhelm ve ark., 2004) diğer bir deyişle de; bireyin kişisel, kişilerarası ve sosyal çevreyi doğru şekilde kavrama ve uygun yanıt verme becerisi olarak tanımlanır (Aydın ve Hiçdurmaz, 2016). KD kişinin kendisini, varoluşunu değerlendirmesi olarak tanımlanan benlik saygısıyla da ilişkilidir (Erözkan, 2011; Doğan ve Sapmaz, 2012) ve benlik saygısı olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Olumlu benliğe sahip kişilerin diğer kişilerle ilişkileri pozitifdir; kendilerini değerlendirmede ise olumsuz taraflarıyla kolaylıkla yüzleşebilirler (Aydın ve Hiçdurmaz, 2016). Değersizlik ve çaresizlik duygularını daha fazla yaşayan olumsuz benlik kavramına sahip kişiler, sosyal ilişkilerinde daha çok sorunlarla karşılaşır. Olumsuz benlik kavramı fizyolojik/ psikolojik iyi olmama durumuna, tartışmalardan kaçınmaya, sosyal kaygıya, KD'nın güçlü olmasına yol açabilmektedir (O'Connor ve ark., 2002).

2.3.4. Depresyon

Dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur (Cimilli, 2001). Tek başına bir duygu olarak depresyon keder, hüznün, üzüntü, yalnızlık, umutsuzluk, çaresizlik duygusu olarak tanımlanır (Koroğlu, 2015). Kelimenin kökeni olan “depress” sözcüğü ise, Latince “depressus”tan, yani “alçakta olmak, bastırmak”tan gelmekte, (Işık ve ark., 2013) Türkçe’de ise ruhsal çöküntü / çökkünlük anlamında kullanılmaktadır (Köknel, 2005).

Depresif duygu durumu yaşayan kişi, yaşadıklarını çoğunlukla çöküntü duygusu, hüznün, umutsuzluk ve yüreksizlik olarak tanımlar. Depresif duygu durumu yaşan bireyde hemen hemen her konuya karşı ilgisizlik ve bunlara eşlik eden yan belirtiler vardır. Bu yan belirtiler içerisinde; iştah problemleri, vücut ağırlığında değişiklikler, uyku bozuklukları, psiko-motor ajitasyon ya da yavaşlama, enerjinin azalması, değersizlik ve abartılı suçluluk duyguları, düşünme ve dikkat toplamada güçlük, ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri sayılabilir. Bu belirtiler oldukça inatçıdır, günün büyük bir bölümünde ve hemen her gün kişinin hayatında hakimdir (Geçtan, 2006).

Depresyon her yaşta görülebilmesine rağmen orta yaşlarda (özellikle de 25-44 yaşları arasında) daha sık görülen bir hastalıktır (Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2016). İlk depresyon döneminin erken yaşta başladığı bireylerde; sosyal ve mesleki işlevsellik daha çok bozulup yaşam kalitesi daha çok düşmekte, eşanlı fiziksel ve psikiyatrik

hastalıklar ile intihar girişimi artışı yanında, daha sık depresif dönemler izlenmekte ve depresif belirtiler de daha şiddetli olmaktadır (Işık ve ark., 2013). Doğru tedavi edilmediğinde yüksek tedavi maliyetleri, yüksek mortalite ve morbidite oranları ile çok ciddi toplumsal sorunlara sebep olan depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1.5-19.0 arasındadır (Olchanski ve ark., 2013).

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili yapılmış çalışmalarda depresyonun sıklığı ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kessler ve Walters, 1998; Akiskal, 2000). Ancak yaş ilerledikçe kadın ile erkek arasındaki bu fark azalmaktadır (Klose ve Jacobi, 2004). Amerika ve Avrupa’da yapılmış çalışmalarda depresyonun boşanmış, dul ya da ayrı yaşayanlarda yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (Lehtinen ve Joukamaa, 1994; Erol ve ark., 1998; Mann, 1999; Kessler ve ark., 2013).

Depresyon için bir risk faktörü olarak kabul edilen işsizlerde depresyon oranı, iş sahibi olanların neredeyse 3 katı olarak saptanmış ve yoksullarda ise bu oran neredeyse 2 kat fazla bulunmuştur (Işık ve ark., 2013). Depresyonla ilgili yapılmış bir çalışmada; yaşın daha küçük, cinsiyetin erkek ve çocuklukta daha az negatif duygularının olması düşük düzey depresif belirtilerle ilişkili bulunmuş, düşük düzey depresyon ve depresif semptomlarda hızlı düzelmeye yetişkinlikte daha yüksek sosyoekonomik pozisyonla ilişkili olduğu saptanmıştır (Delgado, 2006).

2.3.5. Anksiyete

Anksiyete; genelde bireylerin olayları kontrol edemedikleri durumlarda ortaya çıkan, bireylerde sinirliliğe, gerginliğe ve öfke patlamalarına yol açan duygusal bir iyi olamama hali olarak ifade edilir. Farklı dillere göre değişime uğrayan anksiyete ilk defa Freud tarafından Almanca’da korku anlamına gelen “angst” kelimesiyle kullanılmıştır (Barlow, 2002, Cowden, 2010). Latince “tıkanma”, “boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden gelen anksiyete (anxiety) terimi; içten gelen, sebebi bilinmeyen korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan negatif bir duygudur (Sadock ve Sadock, 2007).

Korku gerçek göz korkutucu bir olay karşısında ya da böyle bir olay algısının doğması durumunda gösterilen duygusal bir tepkidir; kaygı ise gelecekte olabilecek göz korkutucu bir olayı bekleme durumudur. Bu iki durum birbiri ile örtüşebilir, ancak

değişik dışavurumları vardır. Korku durumu daha çok “savaş ya da kaç” tepkisini yakında ortaya çıkabilecek bir tehlike ile ilgili düşünceleri doğururken ve kaçma davranışları için gerekli olan otonom uyarılmayı sağlarken; kaygı durumu daha çok kas gerginliği ve olası bir tehlikeye hazırlık amacıyla tetikte durma, dikkatli olma ve kaçırğan davranışlarla gider (Köroğlu, 2015).

Bireyin hayatını devam ettirebilmesi için adaptif özelliklerin bulunması gereklidir. Ancak olumsuz durumlarla baş edebilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun; şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra bireyin hayatını, aktivitelerini, sosyal hayatını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. Bu evreden itibaren anksiyete, bireyde ruhsal problemler oluşmasına katkı sağlayan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır (Eşel, 2003).

Yapılan çalışmalarda hasta bakımını üstlenen bireylerin gelecekle ilgili endişe ve şüphe duydukları, bir takım durumları düzeltmeye güçlerinin olmadıkları, korku, anksiyete, üzüntü, stres, depresyon ve güvensizlik gibi duyguları yaşadıkları ve tıbbi tedavilerle ilgili deneyimledikleri stresin, bakım verenin ölüm oranını 5 yılda %63.0 oranında artırdığı saptanmıştır (Al-Jauissy, 2010; Mancini ve ark., 2011; Erdoğan ve Yavuz, 2014).

Anksiyetesi olan bireylerde; korku, kaygı ve gerginlik gibi ruhsal belirtilerinin yanında davranışsal ve bedensel belirtiler de görülebilir (Gabbard, 2000). Anksiyete olaylara, olgulara içerdikleri tehlikelerle orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar verilmesine neden olur (Arslanoğlu, 2007). Anksiyetenin bilişsel yönünü; bireyin güç durumlarla başa çıkma yetisinde eksiklik ve ileriye dönük belirsizlik düşünceleri oluşturmaktadır (Gabbard, 2000). Anksiyete her bireyde farklı belirtilerle ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtiler bedensel ve ruhsal belirtiler olarak iki şekilde ifade edilmektedir.

Bedensel belirtiler; çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazda düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme vb.sayılabılır.

Ruhsal belirtiler ise; saçma korkular, rahatsız edici saplantılar veya zorlantı hissi, ölüm ve çıldırma korkusu, bedenini yabancı olarak algılama, bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması vb. (Sürmeli, 1997; Alkın ve Onur, 2007) örnek olarak verilebilir.

Anksiyete bozuklukları kişide ilk kez 13-24 yaşlarında ortaya çıkarken, kişilerin doktora başvurma zamanı 30 yaş civarında olmaktadır. Bu gecikme; anksiyete bozukluğu olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır (Dilbaz, 2000).

2.3.6. Hostilite

Hostilite; öfke, husumet (düşmanca duygular besleme) karşı koyma ya da direnme şeklinde tanımlanmaktadır. Agresyonun duygusal karşılığıdır. Antisosyal kişilik bozukluğunda ve diğer birtakım kişilik bozukluklarında da görülür. Kimi depresif bozuklukların psikodinamiğinde dışavurulmayan ve içselleştirilen hostilite önemli bir yer tutar. Şiddet, aşırı hostilitenin davranışsal dışavurumudur (Köroğlu, 2015).

2.3.7. Fobik Anksiyete

Bireyin başkaları tarafından değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal olaylarda belirgin bir korku ya da kaygı hissetmesi halidir. Örnek olarak toplumsal etkileşimler (örn. yüzyüze konuşma, tanımadık kişilerle karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve diğer insanların karşısında bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) ve bu tür olaylar bireyin önemli alanlarda tüm hayatını etkileme eğilimindedir. Sosyal fobik kişiler meslek hayatlarında, eğitim süreçlerinde, sosyal ve duygusal tüm ilişkilerinde önemli sorunlar yaşamaktadırlar (Gültekin ve Dereboy, 2011).

2.3.8. Paranoid Düşünce

Paranoid düşünce, hem fiziksel hem de kişisel psikososyal kimlikte güvenlik, dürüstlük durumlarıyla ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir (Freeman, 2007). Paranoid düşüncedeki kişiler kendilerine zarar geldiği veya zarar gelmek üzere olduğu ve persecutor (zarar veren) kişilerin kötülük etme niyetinde olduklarını düşünmeye yönelik bir eğilimleri vardır (Green ve ark., 2007).

2.3.9. Psikotizm

Kişinin gerçeği değerlendirme becerisinin ortadan kalktığı, gerçek dünyadan uzaklaşıp kendine özgü bir dünya kurduğu hayaller görüp gerçekte olmayan sesler duyduğu birtakım mantık dışı düşüncelere kapılıp bunları gerçekmiş gibi değerlendirdiği bir ruhsal hastalık türüdür. Psikozlarda sıklıkla hezeyanlar ve halüsinasyonlar görülür (Arslanoğlu, 2007).

2.4. SOSYAL DESTEK

2.4.1. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek, bir kişinin diğer bir kişiye direkt veya indirekt olarak biçimsel veya biçimsel olmayan bir şekilde duygusal yardımda bulunması olarak tanımlanırken (Tutar, 2004), genellikle stres yaşayan veya güç durumda olan kişiye hayatında önemli yeri olan diğer bireyler tarafından sağlanan duygusal, sosyal, bilişsel ve maddi yardım olarak ifade edilmektedir (Yüzer ve ark., 2006; Ayaz ve ark., 2008; Duru, 2008; Yılmaz ve ark., 2008).

Sosyal destek kaynakları; kişinin hayatında yer alan anne, baba, eş, aile, akraba, arkadaş, komşu ve uzman kişilerden oluşmaktadır (Baran ve ark., 2014). Kişi kendini yalnız, eksik ya da tükenmiş hissettiğinde, hayatında yer alan önemli kişilerden destek alma ihtiyacı duyabilir ve bu destekle birey; sevgi, şefkat, bir gruba ait olma ve benlik saygısı gibi temel sosyal destek ihtiyaçlarını karşılamakta, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilemekte ve bireyin uygun başa çıkma stratejileri geliştirmesine yardımcı olabilmektedir (Yüzer ve ark., 2006; Ayaz ve ark., 2008; Duru, 2008; Yılmaz ve ark., 2008).

2.4.2. Sosyal Desteğin Sınıflandırılması

Caplan'a göre sosyal destek, duygusal destek, takdir desteği, maddi destek, bilgisel destek ve beraberlik desteği olmak üzere beş gruba ayrılmaktadır (Aktaran: Sönmezsoy, 2018).

- Temelinde sevgi, güven ve ilgi duygularından oluşan destek grubu duygusal desteği,
- Bireyin doğru yada yanlış yaptığı herhangi bir duruma saygı duyulmasına veya kendisinin olduğu gibi kabul görmesine dayanan destek grubu takdir desteğini,

- Bireye ekonomik yardım veya gerekli araç-gereç ve hizmetin sağlandığı destek grubu maddi desteği,
- Bireyin yaşadığı sorunları çözebilmesi için gerekli olan bilgilerin sağlanması ve bu bilgilerin nasıl kullanılabilceğinin bireye anlatılmasını içeren destek grubu bilgisel desteği,
- Bireyin çalışma hayatı dışında kalan boş zamanlarını değerlendirebileceği sosyal etkinliklerde bulunma temeline dayanan destek grubu beraberlik desteğini oluşturmaktadır (Ardahan, 2006; Sönmezsoy, 2018).

Cohen ve Wills (1985) ise sosyal desteği duygusal destek, bilgilendirici destek, yaygın destek ve araçsal (yardımcı) destek olmak üzere dört gruba ayırmaktadır.

- Duygusal destek, kişilerin gereksinim duyduğu sevgi, şefkat, ilgi, güven, saygı duyulma, kabul görme ve bir gruba ait olma gibi sosyal ihtiyaçlarını karşılayan bir destek sistemidir. Bu destek grubu kişinin diğer kişiler tarafından tüm yanlışlarına ve problemlerine bakılmaksızın kabul gördüğünü, bireye değer verildiğini ifade etmektedir (Cohen ve Wills, 1985; Ardahan, 2006; Sönmezsoy, 2018).
- Bilgilendirici destek, kişinin yaşadığı sorunları çözmeye yardım eden bilgidir. Kişinin kendisini keşfetmesini sağlayan ve benlik değerini ortaya çıkaran geri bildirimler de bu destek sistemi içerisinde yer almaktadır (Cohen ve Wills, 1985; Ardahan, 2006; Sönmezsoy, 2018).
- Yaygın destek, kişinin diğer kişilerle iletişim kurmalarını sağlamakta ve yakın ilişki ihtiyaçlarını karşılamaya yarayan bir destek sistemidir. Bu destek şekliyle kişilerin dikkatleri problemlerinin tam tersi yönüne çekilerek olumlu duygu yaşamlarına ve stres düzeylerinin azaltılmasına sebep olmaktadır (Cohen ve Wills, 1985; Ardahan, 2006; Sönmezsoy, 2018).
- Araçsal (yardımcı) destek, kişinin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için, gereksinim duyduğu zaman diğer kişiler tarafından sağlanan maddi yardımı kapsayan bir destek sistemidir. Ayrıca kişinin eğlence ve gevşeme gibi aktivitelerle zaman geçirmesini sağlayarak yaşadığı stres düzeyini azaltabilmektedir (Cohen ve Wills, 1985; Ardahan, 2006; Sönmezsoy, 2018).

2.4.3. Bakım Yükünde Sosyal Desteğin Önemi

Sosyal destek; kişilerin stresle başa çıkabilmeleri için sağlanan hem psikolojik hem de maddi kaynaklar olarak tanımlanmaktadır (Cohen, 2002). Algılanan sosyal destek ise; kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Kişinin algıladığı desteği artıran nedenler arasında başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını bilmek, gerektiğinde yardım bulacağını ve ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünmek yer almaktadır (Ardahan, 2006).

Genelde sosyal destek, güç durumdaki veya stres altındaki kişiye çevresindeki diğer insanlar tarafından sağlanan yardım olarak ifade edilmektedir. Sosyal destek kavramının temelinde; sevilme, saygı duyulma, değer verilme, ilgi görme, sorumluluk alma ve bir gruba ait olma gibi ihtiyaçların olduğu varsayımı yatmaktadır. Bu tür ihtiyaçların karşılanması bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını doğrudan olumlu bir biçimde etkilediği düşünülmektedir (Başer, 2006).

Yu ve ark. (2015) yaptıkları bir çalışmada, bakım veren bireylerin aile bireylerinden yardım ve destek almalarının ve onlar tarafından takdir edilmelerinin bakım yükünü azalttığını belirtmişlerdir. Varona ve ark. (2007) tarafından yapılmış bir çalışmada ise yeteri kadar sosyal destekleri olmayan bakım verenlerin daha yoğun stres yaşadıkları ve algıladıkları bakım yükünün daha fazla olduğu bulunmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma; Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan hastalara uzun süreli bakım veren hasta yakınlarının psikosoyal durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Niğde il merkezindeki Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan hastalara uzun süreli bakım veren hasta yakınlarının evlerinde yürütüldü. Araştırmaya dâhil edilen bireylerin evde sağlık hizmeti aldığı birim; "Poliklinik Birimi" ve "Evde Sağlık Birimi" olmak üzere Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi içerisinde hizmet vermektedir. Birimde 2 doktor, 5 hemşire, 2 ebe, 2 sağlık memuru ve 2 yaşlı bakım teknikeri ile evde bakım ziyaret aracında görevli 2 şoför ve nakil aracında görevli 1 şoför görev yapmakta, ihtiyaç halinde ise psikolog görevlendirilmektedir. Günlük ortalama 15-30 arası ev ziyareti yapılmaktadır. Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden 2016 yılında 836 birey, 2017 yılında ise 859 birey hizmet almıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evrenini Niğde İli'ndeki T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Niğde İl Sağlık Müdürlüğü Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan 859 bireye bakım veren hasta yakınları (bakım ihtiyacı olan kişinin temel ihtiyaçlarını karşılayan birey) oluşturmaktadır.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak

- Hasta bakımını 3 ay ve daha fazla süredir veriyor olmak
- İletişim engeli olmamak
- Ücret karşılığı bakım veren görevli olmamak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreninden örneklem seçilmemiş, çalışma evreninin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Toplam 859 bireye bakım veren hasta yakınlarından hasta bakımını üstlenme süreleri 3 aydan az olanlar (356 kişi), kısa süreli evde bakım hizmeti başvurusu yapanlar (137 kişi), iletişim engeli olacak kadar işitme ve konuşma engeli olanlar (12 kişi), ücret karşılığı profesyonel anlaşma ile bakım veren görevli kişiler (45 kişi) çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır ve araştırma evrenini 309 kişi oluşturmuştur. Araştırma 309 kişiden katılmayı kabul etmeyen 5 kişi çıkarılıp 304 (ulaşma oranı %98.38) kişiye ulaşılarak tamamlanmıştır (ulaşma oranı %98.38).

3.5. VERİ TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.5.1. Veri Toplama Şekli

Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstatistik Birimi'nden, Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan bireylerin ad/soyad, telefon numarası ve adresleri alınmıştır. Bireyler ilk olarak telefon ile aranıp, araştırma şartlarını taşıyanların uygun oldukları zaman belirlenmiştir. Anket verileri araştırmacı tarafından bireylerin uygun oldukları zamanda evlerinde ziyaret edilerek yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır

3.5.2. Veri Toplama Aracı

Anket soruları araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Araştırmada öncelikle bakım verenlere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilip onamları alınıp daha sonra Birey Tanıtım Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır.

1- Birey tanıtım formu: İki bölümden oluşan formun ilk bölümünde bakım verenlerin cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, hastaya yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım vermede yardım alıp alma durumu gibi özellikleri belirlemeye yönelik 11

soru, ikinci bölümünde de bakım verilen hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, tanısı ve sosyal güvencesini belirlemeye yönelik 8 soru yer almıştır.

2-Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ): Zarit, Reever ve Bach- Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Zarit ve ark., 1980). Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir (Zarit ve Zarit, 1990). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmış olup Cronbach Alpha Degeri .87-.99 arasında değişmektedir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır (İnci ve Erdem, 2008). 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. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın Cronbach Alpha Degeri .94 olarak saptanmıştır.

Puanlamada;

- 0 –20 puan: "bakım yükü yok",
- 21– 40 puan: "hafif bakım yükü",
- 41 – 60 puan: "orta düzeyde bakım yükü"
- 61 – 88 puan ise: "ağır bakım yükü" olarak belirlenir (Şahin Hisli ve Batıgün Durak, 2002; İnci ve Erdem, 2008).

3-Kısa Semptom Envanteri (KSE): KSE, çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış, 90 maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş, 53 maddeden oluşturulan bir ölçektir. Ölçeğin ülkemiz için uyarlaması Şahin Hisli ve Batıgün Durak (2002) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları .96 ve .95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise .55 ile .86 arasında değişmektedir. Bu çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha değeri 0.91, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise .75 ile .82 arasında değişmektedir.

Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırayla,

Somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37. maddeler),

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5,15,26,27,32,36. maddeler),

Kişilerarası duyarlılık (KD) (20,21,22,42. maddeler),

Depresyon (D) (9,16,17,18,35,50. maddeler),

Anksiyete bozukluğu (AB) (1,12,19,38,45,49. maddeler),

Hostilite (H) (6,13,40,41,46. maddeler),

Fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47. maddeler),

Paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51. maddeler),

Psikotizm (P) (3,14,34,44,53. maddeler) alt ölçekleri olarak oluşturulmuştur.

Ek maddeler (EM) ise (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeler vardır.

3 global indeks ise sırayla;

- Rahatsızlık ciddiyet indeksi,
- Belirti toplam indeksi
- Semptom rahatsızlık indeksi şeklindedir.

Kısa Semptom Envanterinin Puanlanması ve Değerlendirilmesi: KSE likert tipi bir ölçektir. Her madde " hiç/biraz var/orta derecede var/epey var/çok fazla var " seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0,1,2,3,4 puan verilerek puanlanmaktadır.

a) Rahatsızlık ciddiyeti indeksi (RCİ): Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir: $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM) / 53$

b) Belirti toplamı indeksi (BTİ): 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

c) Semptom rahatsızlık indeksi (SRİ): Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir: $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM) / \text{Belirti Puanı}$

Puanların yorumlanması: KSE'den alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 212'dir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği,

bireyin muhtemel ruhsal sorunlarının belirtilerinin arttığını gösterir (Taylor ve ark., 2004; Ekemen, 2006).

4- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): ÇBASDÖ üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin orijinali, Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliği, ilk olarak Eker ve ark. 1995 yılında tarafından yapılmış ve genel olarak tatmin edici bulunmuştur. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2001 yılında yine Eker ve ark. tarafından tekrar yapılmış, destek kaynaklarının tutarlılık gösterdiği ve ölçeklerin iç tutarlılığının kabul edilebilir olduğu bulunmuştur (Eker ve ark., 2001).

Ölçeğin ve alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları, toplam ölçekte .89, alt boyutlardan "aile" boyutunda .85, "arkadaş" boyutunda .88, "özel bir insan" boyutunda .92 şeklindedir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Uygulayıcı katılmadığı cümleye en az 1, katıldığı cümleye de en fazla 7 puan verebilmektedir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4 en yüksek puan 28, ölçeğin tamamından ise elde edilecek en düşük puan 12 en yüksek puan 84'tür. Her bir maddeye verilen puan arttıkça algılanan sosyal destek de artmaktadır (Eker ve ark., 2001). Bu çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha değeri .96, alt boyutlardan "aile" boyutunda .84, "arkadaş" boyutunda .83, "özel bir insan" boyutunda .83 şeklindedir.

3.5.3. Ön Uygulama

Ön uygulama Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan bireylere bakım veren 15 hasta yakını üzerinde yapılmış olup, anket sorularında değişikliğe gereksinim duyulmadığı için ön uygulama yapılan anketlerin sonuçları da çalışmaya dâhil edilmiştir.

3. 5. 4. Veri Toplama Aracının Uygulanması

EK 4'de verilen anket formu, 1 Nisan- 31 Temmuz 2017 tarihleri arasında bakım verenler hizmet alan bireylere bakım verdikleri evlerde ziyaret edilmiş, yüz yüze görüşme yöntemiyle gerekli açıklamalar yapılmış, çalışmayı kabul eden bireylere uygulanmıştır.

3. 5. 5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 24.00 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama) ile verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Shapiro Wilk's testi kullanılmıştır. Normal dağılan ölçümlerde iki gruplu olanlar için bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla gruplu olanlar için One Way Anova; normal dağılmayan ölçümlerde ise iki gruplu olanlar için Mann Whitney U Testi, ikiden fazla gruplu olanlar için Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. One Way Anova ve Kruskal Wallis analizleri sonucunda saptanan farklılıkların nereden kaynaklandığını bulmak için ileri analizlerden Tukey testi kullanılmıştır. Bakım yükü, kısa semptom envanteri, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde verilerin çoğunluğunun normal dağılmaması nedeniyle Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

3.5.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (Etik No: 2016/535-Etik Kurul Tarihi 07.10.2019) (Ek-1) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Niğde İl Sağlık Müdürlüğü Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı kurum izni (Ek-2) alınmıştır. Bireyler, kendilerine gönüllü olur formundaki (Ek-3) açıklamalar okunduktan sonra araştırma ile ilgili soruları yanıtlanarak bilgilendirildikten sonra sözel onamları alınarak araştırmaya dâhil edilmiştir.

4. BULGULAR

Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan hastalara uzun süreli bakım veren hasta yakınlarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada bakım veren hasta yakınlarının demografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı(n:304)

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	%
Yaş	18-29 yaş	38	12.5
	30-49 yaş	146	48.0
	50-64 yaş	94	30.9
	65 yaş ve ↑	26	8.6
Cinsiyet	Erkek	101	33.2
	Kadın	203	66.8
Medeni Durum	Evli	269	88.5
	Bekâr	35	11.5
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	17	5.6
	Okuryazar	67	22.0
	İlkokul	58	19.1
	Ortaokul	41	13.5
	Lise	73	24.0
	Üniversite ve ↑	48	15.8
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	39	12.8
	SSK	160	52.6
	Bağkur	62	20.4
	Yeşil kart	43	14.1
Çalışma Durumu	Tamgün	77	25.3
	Yarım gün	8	2.6
	Çalışmıyor	219	72.0
Gelir Durumu	Gelir giderden az	137	45.1
	Gelir gidere eşit	134	44.1
	Gelir giderden fazla	33	10.9
Hasta ile Yakınlık Derecesi	Anne-baba	96	31.6
	Çocuklar	20	6.6
	Eşi	92	30.3
	Akrabası	34	11.2
	Eşinin anne babası	62	20.4
Bakım Verme Süresi	3-12 ay	163	53.6
	13-24 ay	61	20.1
	25-48 ay	35	11.5
	49 ay ve ↑	45	14.8

Tablo 4.1. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı-
devamı (n:304)

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	%
Bakım Konusunda Yardım Alma	Evet	148	48.7
	Hayır	156	51.3
Bakım Konusunda Yardım Alınan Kişi	Eş	35	23.6
	Anne-Baba	14	9.5
	Çocuk	57	38.5
	Bakıcı	22	14.9
	Kardeş	20	13.5

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi bakım veren hasta yakınlarının %48.0’ı 30-49 yaş grubunda, %66.8’i kadın, %88.5’i evli, %24.0’ı lise mezunu, %52.6’sı SSK’lıdır ve %72.0’ı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bakım veren hasta yakınlarının %45.1’inin geliri giderinden azdır, %31.6’sı hastanın anne-babasıdır, %53.6’sı 3-12 aydır bakım vermektedir, %48.7’si bakım konusunda yardım almakta ve yardım alanların %38.5’i çocuklarından yardımı almaktadırlar. Bakım veren hasta yakınlarının yaş ortalaması 45.85±13.08 yıl, ortalama bakım verme süresi 30.95±50.85 aydır.

Bakım verilen hastaların demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Bakım Verilen Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n:304)

Tanıtcı Özellikler	Sayı	%	
Yaş	29 yaş ve altı	17	5.6
	30-49 yaş	28	9.2
	50-64 yaş	81	26.6
	65 yaş ve ↑	178	58.6
Cinsiyet	Erkek	140	46.1
	Kadın	164	53.9
Medeni Durum	Evli	210	69.1
	Bekâr	27	8.9
	Boşanmış/dul	67	22.0
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	86	28.3
	Okuryazar	112	36.8
	İlkokul	57	18.8
	Ortaokul	15	4.9
	Lise	24	7.9
	Üniversite	10	3.3
Sosyal Güvence	Yeşil kart	42	13.8
	SSK	140	46.1
	Bağkur	92	30.3
	Emekli sandığı	30	9.9
Hastalık Tanısı	DM	28	9.2
	Hipertansiyon	15	4.9
	SVH (Felç)	41	13.5
	KOAH	54	17.8
	KBY	8	2.6
	Kalp hastalığı	41	13.5
	Astım	21	6.9
	Alzheimer	11	3.6
	Kanser	19	6.3
	Bel fitiği	9	3.0
	Kırık	45	14.8
	Engelli	12	3.9
Ek Hastalık	Evet	178	58.6
	Hayır	126	41.4

Tablo 4.2. Bakım Verilen Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı-devamı
(n:304)

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı	%
Ek Hastalıkların Dağılımı	DM	27	15.2
	Hipertansiyon	66	37.1
	KOAH	11	6.2
	DM-Hipertansiyon	35	19.7
	Astım	15	8.4
	Kalp hastalığı	11	6.2
	Diğer*	13	7.3
Gelir Durumu	Gelir giderden az	125	41.1
	Gelir gidere eşit	157	51.6
	Gelir giderden fazla	22	7.2

*Diğer grubu içerisinde SVH (Felç) (5), KBY (2) ve Kanser (6) yer almaktadır.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi bakım verilen hastaların %58.6’sı 65 yaş ve üzerinde, %53.9’u kadın, %69.1’i evli, %36.8’i okuryazar ve %46.1’i SSK’lıdır. Bakım verilen hastaların %17.8’inin tanısı KOAH’tır, %58.6’sının ek en az bir hastalığı vardır ve %37.1’inin ek hastalığı hipertansiyondur. Bakım verilen hastaların %51.6’sının geliri giderine eşittir ve yaş ortalaması 65.16±16.98 yıldır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerden ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Ölçekler ve Alt Boyutları	Min.-Max.	X±SD
Somatizasyon	0-28	4.11±5.19
Obsesif kompulsif bozukluk	0-24	3.78±4.54
Kişilerarası duyarlılık	0-16	2.60±3.14
Depresyon	0-24	3.81±4.53
Anksiyete bozukluğu	0-24	3.63±4.62
Hostilite	0-20	3.01±3.64
Fobik anksiyete	0-20	3.01±3.73
Paranoid düşünce	0-20	3.19±3.55
Psikotizm	0-20	2.70±3.27
Ek maddeler	0-16	2.43±2.98
Rahatsızlık ciddiyet indeksi	0-3.47	0.53±0.59
Belirti toplam indeksi	0-56	20.12±15.76
Semptom rahatsızlık indeksi	1-4	1.42±0.58
Aile	4-28	24.01±6.07
Özel kişi	4-28	24.11±6.26
Arkadaş	4-28	23.52±6.82
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği- Toplam	12-84	71.63±18.37
Bakım yükü – Toplam	0-70	25.00±16.09

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, katılımcılar kısa semptom envanteri alt boyutlarından en yüksek puanı somatizasyon (4.11±5.19), en düşük puanı ek maddeler alt boyutundan (2.43±2.98) almışlardır. Katılımcılar çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam 71.63±18.37 puan ve alt boyutlarından en yüksek puanı özel kişi alt boyutundan (24.11±6.26) almışlardır. Bakım yükü ölçeğinden ise 25.0±16.09 puan almışlardır.

Çalışmada kullanılan bakım verme yükü ölçeği puanlama dağılımı Tablo 4.4’de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanlama Dağılımı (n:304)

Puanlama	Sayı	%
Bakım yüğü yok	137	45.1
Hafif bakım yüğü	111	36.5
Orta düzey bakım yüğü	49	16.1
Ağır bakım yüğü	7	2.3

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi katılımcıların %45.1'inin bakım yüğü yoktur, %36.5'inin hafif, %16.1'inin orta ve %2.3'ünün ağır düzeyde bakım yüğü vardır. Bakım yüğü olanların da %66.5'inin hafif, %29.3'ünün orta %4.2'sinin ağır düzeyde bakım yüğü vardır.

Tablo 4.5. Bakım Veren Hasta Yakınının Yaş Grubuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Yaş Grupları								$\chi^2_{kw}*/F^{**}$	p
	18-29 yaş (n=38)		30-49 yaş (n=146)		50-64 yaş (n=94)		65 yaş ve ↑ (n=26)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	4.66±5.91	3.00 (0.00-28.00)	3.44±4.60	2.00 (0.00-18.00)	4.60±5.80	2.00 (0.00-22.00)	5.27±4.66	4.50 (0.00-20.00)	9.120*	0.028
Obsesif Kompulsif Bozukluk	4.82±5.71	3.50 (0.00-24.00)	3.31±4.11	2.00 (0.00-16.00)	3.98±4.80	2.00 (0.00-22.00)	4.15±3.80	3.00 (0.00-16.00)	4.498*	0.212
Kişilerarası Duyarlılık	3.58±4.05	2.00 (0.00-16.00)	2.08±2.85	1.00 (0.00-14.00)	3.01±3.27	2.00 (0.00-15.00)	2.62±2.23	2.50 (0.00-8.00)	10.044*	0.018
Depresyon	4.71±5.59	2.00 (0.00-24.00)	3.19±4.00	2.00 (0.00-18.00)	4.29±4.86	3.00 (0.00-21.00)	4.23±4.21	3.00 (0.00-13.00)	6.218*	0.1101
Anksiyete Bozukluğu	4.63±5.94	3.00 (0.00-24.00)	3.00±3.91	2.00 (0.00-16.00)	4.04±5.13	2.00 (0.00-22.00)	4.23±3.88	3.00 (0.00-13.00)	6.713*	0.082
Hostilite	3.52±4.58	2.00 (0.00-20.00)	2.45±3.15	1.00 (0.00-16.00)	3.33±3.90	2.00 (0.00-19.00)	4.23±3.40	4.00 (0.00-12.00)	9.654*	0.022
Fobik Anksiyete	3.89±4.79	2.00 (0.00-20.00)	2.51±3.21	1.50 (0.00-15.00)	3.21±4.10	2.00 (0.00-17.00)	3.77±2.10	4.00 (0.00-11.00)	8.626*	0.035
Paranoid Düşünce	3.87±4.20	3.00 (0.00-20.00)	2.93±3.48	2.00 (0.00-15.00)	3.26±3.64	2.00 (0.00-17.00)	3.38±2.50	3.00 (0.00-10.00)	5.400*	0.145
Psikotizm	2.97±4.25	1.50 (0.00-20.00)	2.49±3.02	1.00 (0.00-15.00)	2.81±3.39	2.00 (0.00-14.00)	3.04±2.63	2.50 (0.00-11.00)	2.663*	0.447
Ek Maddeler	2.95±3.47	2.00 (0.00-16.00)	2.10±2.60	1.00 (0.00-11.00)	2.55±3.39	1.00 (0.00-15.00)	3.12±2.47	3.00 (0.00-9.00)	8.445*	0.038
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.66±0.76	0.42 (0.00-3.47)	0.45±0.52	0.26 (0.00-2.23)	0.58±0.63	0.37 (0.00-2.83)	0.62±0.46	0.45 (0.04-1.72)	8.431*	0.038
Belirti Toplam İndeksi	22.47±14.53	19.50 (0.00-56.00)	18.19±15.50	15.00 (0.00-56.00)	20.52±16.71	18.00 (0.00-55.00)	26.04±14.07	24.00 (1.00-53.00)	2.282**	0.079
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.49±0.71	1.22 (1.00-3.79)	1.36±0.52	1.14 (1.00-4.00)	1.47±0.61	1.17 (1.00-3.27)	1.41±0.64	1.11 (1.00-4.00)	1.441*	0.696

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.5’de bakım veren hasta yakınlarının yaş gruplarına göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının yaşına göre; obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, paranoid düşünce, psikotizm, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım veren hasta yakınının yaşına göre; somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, hostilete, fobik anksiyete, ek maddeler ve rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; 18-29 yaş grubunun kişilerarası duyarlılık ve fobik anksiyete puan ortalamasının, 30-49 yaş grubunun puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Bakım Veren Hasta Yakınının Cinsiyetine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Cinsiyet				z*/ t**	p
	Erkek (n=101)		Kadın (n=203)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	3.71±5.15	2.00 (0.00-28.00)	4.30±5.21	2.00 (0.00-22.00)	-1.243*	0.214
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.72±4.41	2.00 (0.00-24.00)	3.80±4.61	2.00 (0.00-22.00)	-0.158*	0.875
Kişilerarası Duyarlılık	2.46±3.17	1.00 (0.00-16.00)	2.67±3.14	2.00 (0.00-16.00)	-0.733*	0.464
Depresyon	3.74±4.34	3.00 (0.00-24.00)	3.84±4.64	2.00 (0.00-21.00)	-0.191*	0.849
Anksiyete Bozukluğu	3.51±4.26	2.00 (0.00-24.00)	3.69±4.80	2.00 (0.00-22.00)	-0.786*	0.432
Hostilite	2.81±3.63	2.00 (0.00-20.00)	3.11±3.66	2.00 (0.00-19.00)	-0.817*	0.414
Fobik Anksiyete	2.69±3.62	2.00 (0.00-20.00)	3.17±3.78	2.00 (0.00-18.00)	-1.292*	0.196
Paranoid Düşünce	3.26±3.56	2.00 (0.00-20.00)	3.15±3.55	2.00 (0.00-17.00)	-0.537*	0.591
Psikotizm	2.40±3.09	1.00 (0.00-20.00)	2.85±3.36	2.00 (0.00-15.00)	-1.001*	0.317
Ek Maddeler	2.51±2.94	2.00 (0.00-16.00)	2.39±3.00	1.00 (0.00-15.00)	-0.758*	0.448
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.51±0.57	0.38 (0.00-3.47)	0.54±0.60	0.34 (0.00-2.91)	-0.036*	0.971
Belirti Toplam İndeksi	19.77±15.62	17.00 (0.00-56.00)	20.29±15.86	18.00 (0.00-56.00)	-0.270**	0.788
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.39±0.54	1.20 (1.00-4.00)	1.43±0.61	1.13 (1.00-4.00)	-0.497*	0.619

* Mann Whitney U Testi

** Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.6’da bakım veren hasta yakınının cinsiyetine göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının cinsiyetine göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.7. Bakım Veren Hasta Yakınının Medeni Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Medeni Durum				z*/ t**	p
	Evli (n=269)		Bekar (n=35)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	3.97±5.03	2.00 (0.00-22.00)	5.11±6.26	3.00 (0.00-28.00)	-1.474*	0.140
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.55±4.26	2.00 (0.00-22.00)	5.51±6.08	3.00 (0.00-24.00)	-1.881*	0.060
Kişilerarası Duyarlılık	2.43±2.93	2.00 (0.00-15.00)	3.94±4.31	3.00 (0.00-16.00)	-2.134*	0.033
Depresyon	3.63±4.28	2.00 (0.00-21.00)	5.20±6.03	3.00 (0.00-24.00)	-1.442*	0.149
Anksiyete Bozukluğu	3.45±4.34	2.00 (0.00-22.00)	5.02±6.30	2.00 (0.00-24.00)	-1.379*	0.168
Hostilite	2.88±3.38	2.00 (0.00-19.00)	4.03±5.20	2.00 (0.00-20.00)	-0.697*	0.486
Fobik Anksiyete	2.80±3.41	2.00 (0.00-17.00)	4.63±5.38	3.00 (0.00-20.00)	-1.954*	0.051
Paranoid Düşünce	3.01±3.38	2.00 (0.00-17.00)	4.51±4.51	3.00 (0.00-20.00)	-2.302*	0.021
Psikotizm	2.62±3.07	2.00 (0.00-15.00)	3.31±4.57	2.00 (0.00-20.00)	-0.515*	0.606
Ek Maddeler	2.32±2.82	1.00 (0.00-15.00)	3.29±3.95	2.00 (0.00-16.00)	-1.384*	0.166
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.50±0.55	0.34 (0.00-2.83)	0.74±0.83	0.38 (0.00-3.47)	-1.650*	0.099
Belirti Toplam İndeksi	19.61±15.73	17.00 (0.00-56.00)	24.00±15.67	22.00 (0.00-56.00)	-1.553**	0.122
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.40±0.56	1.14 (1.00-4.00)	1.52±0.75	1.20 (1.00-3.79)	-0.446*	0.656

* Mann Whitney U Testi

t** Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.7’de bakım veren hasta yakınının medeni durumuna göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının medeni durumuna göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım veren hasta yakınının medeni durumuna göre; kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünce puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bekâr bakım verenlerin kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünce alt boyut puan ortalamaları evlilerden yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.8. Bakım Veren Hasta Yakınının Eğitim Durumunun Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerine Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Eğitim Durumu												χ^2_{kw} */F**	p
	Okuryazar değil (n=17)		Okuryazar (n=67)		İlkokul (n=58)		Ortaokul (n=41)		Lise (n=73)		Üniversite ve ↑ (n=48)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	2.35±3.14	1.00 (0.00-12.00)	4.93±5.15	3.00 (0.00-18.00)	5.28±6.44	3.00 (0.00-22.00)	2.93±3.76	1.00 (0.00-15.00)	3.42±4.62	2.00 (0.00-21.00)	4.21±5.69	2.50 (0.00-28.00)	8.523*	0.130
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2.29±3.67	1.00 (0.00-15.00)	4.07±4.65	2.00 (0.00-16.00)	4.74±5.29	3.00 (0.00-22.00)	2.61±3.02	2.00 (0.00-11.00)	3.53±3.97	2.00 (0.00-13.00)	4.08±5.33	2.00 (0.00-24.00)	7.442*	0.190
Kişilerarası Duyarlılık	1.82±1.88	2.00 (0.00-7.00)	2.84±3.00	2.00 (0.00-11.00)	3.09±3.58	2.00 (0.00-15.00)	1.68±2.23	1.00 (0.00-9.00)	2.51±2.87	2.00 (0.00-10.00)	2.90±4.01	1.50 (0.00-16.00)	5.265*	0.384
Depresyon	2.18±2.72	1.00 (0.00-11.00)	4.25±4.56	2.00 (0.00-15.00)	4.62±5.02	3.00 (0.00-21.00)	2.68±3.38	1.00 (0.00-16.00)	3.51±4.11	2.00 (0.00-16.00)	4.21±5.60	2.00 (0.00-24.00)	5.921*	0.314
Anksiyete Bozukluğu	2.06±2.16	2.00 (0.00-8.00)	3.81±4.51	2.00 (0.00-16.00)	4.36±4.96	2.00 (0.00-17.00)	2.49±3.51	1.00 (0.00-14.00)	3.67±4.83	2.00 (0.00-22.00)	3.98±5.36	2.00 (0.00-24.00)	5.660*	0.341
Hostilite	2.29±2.08	2.00 (0.00-6.00)	3.25±3.96	2.00 (0.00-16.00)	3.50±3.76	2.50 (0.00-19.00)	2.22±2.88	1.00 (0.00-13.00)	2.84±3.52	2.00 (0.00-14.00)	3.27±4.21	2.00 (0.00-20.00)	4.373*	0.497
Fobik Anksiyete	2.29±2.42	2.00 (0.00-10.00)	3.40±4.09	2.00 (0.00-17.00)	3.17±3.80	2.00 (0.00-16.00)	2.51±3.08	2.00 (0.00-12.00)	2.89±3.62	2.00 (0.00-14.00)	3.13±4.21	2.00 (0.00-20.00)	1.261*	0.939
Paranoid Düşünce	2.18±2.32	2.00 (0.00-9.00)	3.09±3.08	2.00 (0.00-12.00)	3.86±3.91	2.50 (0.00-17.00)	2.18±2.69	2.00 (0.00-11.00)	3.36±3.59	2.00 (0.00-13.00)	3.48±4.43	2.00 (0.00-20.00)	6.817*	0.235
Psikotizm	1.71±1.96	1.00 (0.00-6.00)	2.75±3.06	2.00 (0.00-11.00)	3.09±3.52	2.00 (0.00-14.00)	2.20±3.28	1.00 (0.00-15.00)	2.48±2.80	2.00 (0.00-12.00)	3.27±4.15	2.00 (0.00-20.00)	5.758*	0.330
Ek Maddeler	1.59±1.62	1.00 (0.00-6.00)	2.64±3.05	2.00 (0.00-11.00)	2.79±3.59	1.50 (0.00-15.00)	1.61±2.05	1.00 (0.00-7.00)	2.31±2.72	1.00 (0.00-10.00)	2.88±3.37	2.00 (0.00-16.00)	4.953*	0.422
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.35±0.36	0.30 (0.00-1.45)	0.57±0.59	0.40 (0.00-2.23)	0.63±0.64	0.38 (0.00-2.83)	0.38±0.44	0.30 (0.00-1.72)	0.51±0.55	0.34 (0.00-2.00)	0.59±0.72	0.35 (0.00-3.47)	5.887*	0.317
Belirti Toplam İndeksi	17.76±14.85	16.00 (0.00-48.00)	21.93±17.27	20.00 (0.00-55.00)	21.69±15.07	19.00 (0.00-55.00)	16.41±14.46	16.00 (0.00-51.00)	19.29±16.16	16.00 (0.00-55.00)	20.96±15.19	18.50 (0.00-56.00)	0.886**	0.491
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.10±0.23	1.00 (1.00-1.85)	1.40±0.48	1.16 (1.00-2.57)	1.52±0.72	1.16 (1.00-4.00)	1.31±0.41	1.14 (1.00-2.51)	1.45±0.61	1.25 (1.00-4.00)	1.42±0.65	1.17 (1.00-3.79)	7.384*	0.193

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.8’de bakım veren hasta yakınının eğitim durumuna göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının eğitim durumuna göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.9. Bakım Veren Hasta Yakınının Sosyal Güvencesine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Sosyal Güvence								χ^2_{kw} */F**	p
	Emekli sandığı (n=39)		SSK (n=160)		Bağkur (n=62)		Yeşil kart (n=43)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	2.23±1.95	2.00 (0.00-6.00)	4.89±5.97	2.50 (0.00-28.00)	4.71±5.06	3.00 (0.00-22.00)	2.00±2.85	1.00 (0.00-13.00)	12.825*	0.005
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.13±2.87	3.00 (0.00-9.00)	4.25±5.11	2.00 (0.00-24.00)	4.16±4.57	3.00 (0.00-20.00)	2.05±2.69	1.00 (0.00-10.00)	7.696*	0.053
Kişilerarası Duyarlılık	1.92±2.02	2.00 (0.00-7.00)	2.89±3.37	2.00 (0.00-16.00)	2.84±3.47	2.00 (0.00-16.00)	1.81±2.38	1.00 (0.00-9.00)	4.063*	0.255
Depresyon	2.36±2.63	2.00 (0.00-10.00)	4.34±5.09	2.00 (0.00-24.00)	4.26±4.57	3.00 (0.00-20.00)	2.51±2.92	1.00 (0.00-11.00)	6.806*	0.078
Anksiyete Bozukluğu	2.05±2.22	1.00 (0.00-9.00)	4.26±5.29	2.00 (0.00-24.00)	3.98±4.63	3.00 (0.00-19.00)	2.21±2.59	2.00 (0.00-10.00)	6.599*	0.086
Hostilite	2.15±2.17	1.00 (0.00-8.00)	3.48±4.00	2.00 (0.00-16.00)	3.19±3.72	2.00 (0.00-17.00)	1.79±2.77	1.00 (0.00-12.00)	10.088*	0.018
Fobik Anksiyete	2.03±2.12	2.00 (0.00-8.00)	3.28±4.18	2.00 (0.00-20.00)	3.53±3.89	3.00 (0.00-18.00)	2.14±2.36	2.00 (0.00-10.00)	3.820*	0.282
Paranoid Düşünce	2.05±2.77	1.00 (0.00-14.00)	3.66±4.03	2.00 (0.00-16.00)	3.40±3.19	3.00 (0.00-16.00)	2.16±2.17	2.00 (0.00-9.00)	10.044*	0.018
Psikotizm	2.05±2.06	2.00 (0.00-9.00)	3.12±3.78	2.00 (0.00-20.00)	2.87±3.05	2.00 (0.00-14.00)	1.47±1.74	1.00 (0.00-7.00)	6.804*	0.078
Ek Maddeler	1.67±1.78	1.00 (0.00-7.00)	2.70±3.03	1.00 (0.00-16.00)	2.76±3.12	2.00 (0.00-14.00)	1.65±2.01	1.00 (0.00-8.00)	4.221*	0.239
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.37±0.30	0.34 (0.00-1.34)	0.60±0.66	0.34 (0.00-3.47)	0.58±0.60	0.43 (0.00-2.91)	0.34±0.37	0.23 (0.00-1.51)	7.618*	0.055
Belirti Toplam İndeksi	16.33±11.42	17.00 (0.00-38.00)	21.24±16.17	17.50 (0.00-56.00)	22.79±17.31	22.00 (0.00-55.00)	15.53±14.11	13.00 (0.00-51.00)	2.878**	0.036
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.32±0.35	1.24 (1.00-2.14)	1.49±0.68	1.17 (1.00-4.00)	1.42±0.50	1.18 (0.00-3.20)	1.20±0.39	1.00 (1.00-3.00)	7.053*	0.070

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.9’da bakım veren hasta yakınının sosyal güvencesine göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının sosyal güvencesine göre; obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım veren hasta yakınının sosyal güvencesine göre; somatizasyon, hostilite, paranoid düşünce ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; sosyal güvencesi SSK olan grubun somatizasyon puan ortalamasının, sosyal güvencesi emekli sandığı olan grubun puan ortalamasından; sosyal güvencesi SSK olan grubun kişilerarası duyarlılık, ek maddeler ve belirti toplam indeksi puan ortalamasının, sosyal güvencesi yeşil kart olan grubun puan ortalamasından; sosyal güvencesi bağkur olan grubun fobik anksiyete ve belirti toplam indeksi puan ortalamasının, sosyal güvencesi emekli sandığı olan grubun puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Bakım Veren Hasta Yakınının Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Çalışma Durumu						$\chi^2_{kw}*/F^{**}$	p
	Tamgün (n=77)		Yarım gün (n=8)		Çalışmıyor (n=219)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	2.71±3.97	2.00 (0.00-28.00)	5.13±7.41	2.00 (0.00-17.00)	4.55±5.41	3.00 (0.00-22.00)	5.855*	0.054
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2.99±3.91	2.00 (0.00-24.00)	3.75±4.80	2.00 (0.00-13.00)	4.05±4.72	2.00 (0.00-22.00)	1.971*	0.373
Kişilerarası Duyarlılık	1.68±2.65	1.00 (0.00-16.00)	2.63±3.58	1.50 (0.00-10.00)	2.93±3.24	2.00 (0.00-16.00)	12.036*	0.002
Depresyon	2.58±3.67	1.00 (0.00-24.00)	3.88±5.19	2.00 (0.00-13.00)	4.24±4.72	2.00 (0.00-21.00)	7.032*	0.030
Anksiyete Bozukluğu	2.45±3.37	2.00 (0.00-24.00)	4.25±5.55	2.50 (0.00-16.00)	4.02±4.91	2.00 (0.00-22.00)	2.962*	0.227
Hostilite	2.21±3.22	1.00 (0.00-20.00)	3.25±4.27	1.00 (0.00-10.00)	3.28±3.73	2.00 (0.00-19.00)	5.257*	0.072
Fobik Anksiyete	2.00±3.14	1.00 (0.00-20.00)	2.63±3.46	1.50 (0.00-10.00)	3.38±3.87	2.00 (0.00-18.00)	9.591*	0.008
Paranoid Düşünce	2.69±3.40	2.00 (0.00-20.00)	3.25±3.96	3.00 (0.00-12.00)	3.36±3.59	2.00 (0.00-17.00)	2.088*	0.352
Psikotizm	2.08±2.83	1.00 (0.00-20.00)	2.00±3.38	1.00 (0.00-10.00)	2.94±3.39	2.00 (0.00-15.00)	3.338*	0.188
Ek Maddeler	2.01±2.68	1.00 (0.00-16.00)	2.38±2.88	1.50 (0.00-8.00)	2.58±3.08	2.00 (0.00-15.00)	1.675*	0.433
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.39±0.50	0.28 (0.00-3.47)	0.53±0.66	0.38 (0.00-1.92)	0.58±0.61	0.36 (0.00-2.91)	4.412*	0.110
Belirti Toplam İndeksi	16.27±13.64	15.00 (0.00-56.00)	19.63±18.33	22.50 (0.00-55.00)	21.49±16.20	19.00 (0.00-56.00)	3.169**	0.043
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.31±0.46	1.20 (1.00-3.79)	1.45±0.69	1.02 (1.00-2.48)	1.45±0.62	1.14 (1.00-4.00)	0.828*	0.661

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.10'da bakım veren hasta yakınının çalışma durumuna göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının çalışma durumuna göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu, hostile, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım veren hasta yakınının çalışma durumuna göre; kişilerarası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; tam gün çalışan grubun kişilerarası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete ve belirti toplam indeksi puan ortalamasının, herhangi bir işte çalışmayan grubun puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11. Bakım Veren Hasta Yakınının Gelir Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Gelir Durumu						χ^2_{kw} */F**	p
	Gelir giderden az (n=137)		Gelir gidere eşit (n=134)		Gelir giderden fazla (n=33)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	4.40±5.57	2.00 (0.00-22.00)	3.84±4.55	2.00 (0.00-21.00)	3.94±6.03	2.00 (0.00-28.00)	0.776*	0.678
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.69±4.58	2.00 (0.00-20.00)	3.78±4.34	2.00 (0.00-22.00)	4.12±5.22	2.00 (0.00-24.00)	0.433*	0.805
Kişilerarası Duyarlılık	2.61±3.23	2.00 (0.00-16.00)	2.65±2.95	2.00 (0.00-14.00)	2.36±3.62	1.00 (0.00-16.00)	1.528*	0.466
Depresyon	3.91±4.62	2.00 (0.00-21.00)	3.80±4.32	2.00 (0.00-18.00)	3.42±5.12	2.00 (0.00-24.00)	1.239*	0.538
Anksiyete Bozukluğu	3.57±4.44	2.00 (0.00-22.00)	3.57±4.49	2.00 (0.00-18.00)	4.12±5.87	1.00 (0.00-24.00)	0.065*	0.968
Hostilite	3.04±3.71	2.00 (0.00-19.00)	2.91±3.33	2.00 (0.00-16.00)	3.30±4.58	1.00 (0.00-20.00)	0.166*	0.920
Fobik Anksiyete	3.15±3.64	2.00 (0.00-18.00)	2.79±3.49	2.00 (0.00-15.00)	3.30±4.92	2.00 (0.00-20.00)	2.056*	0.649
Paranoid Düşünce	3.10±3.27	2.00 (0.00-17.00)	3.15±3.49	2.00 (0.00-15.00)	3.67±4.80	2.00 (0.00-20.00)	0.211*	0.900
Psikotizm	2.82±3.32	2.00 (0.00-15.00)	2.54±3.00	1.00 (0.00-12.00)	2.79±4.11	1.00 (0.00-20.00)	0.725*	0.696
Ek Maddeler	2.33±2.86	1.00 (0.00-14.00)	2.40±2.87	2.00 (0.00-15.00)	3.00±3.83	2.00 (0.00-16.00)	0.512*	0.774
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.53±0.59	0.34 (0.00-2.91)	0.52±0.55	0.35 (0.00-2.23)	0.57±0.75	0.30 (0.00-3.47)	0.148*	0.928
Belirti Toplam İndeksi	20.69±15.95	18.00 (0.00-55.00)	19.78±15.26	18.00 (0.00-56.00)	19.12±17.31	18.00 (0.00-56.00)	0.188**	0.829
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.38±0.59	1.10 (1.00-4.00)	1.42±0.52	1.20 (1.00-3.26)	1.56±0.77	1.28 (1.00-4.00)	3.626*	0.163

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.11’de bakım veren hasta yakınının gelir durumuna göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının gelir durumuna göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.12. Bakım Veren Hasta Yakınının Hasta ile Yakınlık Derecesine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Hasta ile Yakınlık Derecesi										$\chi^2_{kw} */F**$	p
	Anne-baba (n=96)		Çocuklar (n=20)		Eşi (n=92)		Akrabası (n=34)		Eşinin anne babası (n=62)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	3.84±5.03	2.00 (0.00-8.00)	5.25±5.17	3.50 (0.00-16.00)	4.38±5.20	2.00 (0.00-21.00)	4.26±5.30	3.00 (0.00-22.00)	3.65±5.45	1.50 (0.00-22.00)	4.273*	0.370
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.82±4.28	2.00 (0.00-24.00)	5.50±4.85	5.50 (0.00-15.00)	3.71±4.28	2.00 (0.00-16.00)	4.47±5.91	2.00 (0.00-22.00)	2.87±4.27	1.00 (0.00-19.00)	7.648*	0.105
Kişilerarası Duyarlılık	2.76±3.24	2.00 (0.00-16.00)	3.35±3.65	2.00 (0.00-14.00)	2.60±2.89	2.00 (0.00-10.00)	2.85±3.66	2.00 (0.00-16.00)	1.98±2.88	1.00 (0.00-15.00)	5.566*	0.234
Depresyon	3.84±4.39	2.50 (0.00-24.00)	5.35±5.22	3.50 (0.00-18.00)	3.88±4.35	2.00 (0.00-16.00)	3.88±5.04	2.00 (0.00-20.00)	3.11±4.50	1.00 (0.00-21.00)	6.144*	0.191
Anksiyete Bozukluğu	3.54±4.41	2.00 (0.00-24.00)	4.80±5.12	3.00 (0.00-15.00)	3.85±4.68	2.00 (0.00-16.00)	3.71±4.79	2.00 (0.00-19.00)	3.03±4.66	1.00 (0.00-22.00)	5.244*	0.263
Hostilite	2.89±3.79	2.00 (0.00-20.00)	3.90±4.18	2.00 (0.00-12.00)	3.30±3.51	2.00 (0.00-13.00)	2.82±3.43	2.00 (0.00-17.00)	2.58±3.57	1.00 (0.00-19.00)	3.378*	0.497
Fobik Anksiyete	3.15±3.85	2.00 (0.00-20.00)	3.65±4.18	2.00 (0.00-13.00)	3.24±3.82	2.00 (0.00-17.00)	2.94±3.85	2.00 (0.00-18.00)	2.29±3.15	1.00 (0.00-16.00)	3.176*	0.529
Paranoid Düşünce	3.18±3.56	2.00 (0.00-20.00)	4.75±4.56	3.50 (0.00-15.00)	3.00±3.28	2.00 (0.00-13.00)	3.76±3.54	2.50 (0.00-16.00)	2.66±3.49	2.00 (0.00-17.00)	8.232*	0.083
Psikotizm	2.58±3.48	1.00 (0.00-20.00)	4.25±3.57	3.50 (0.00-12.00)	2.71±3.00	2.00 (0.00-11.00)	2.85±3.48	2.00 (0.00-14.00)	2.27±3.07	1.00 (0.00-14.00)	7.586*	0.108
Ek Maddeler	2.28±2.82	1.50 (0.00-16.00)	3.65±3.53	2.50 (0.00-11.00)	2.46±2.98	1.00 (0.00-13.00)	2.71±3.61	1.50 (0.00-15.00)	2.08±2.61	1.50 (0.00-12.00)	3.573*	0.467
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.53±0.60	0.35 (0.00-3.47)	0.74±0.65	0.54 (0.00-2.15)	0.54±0.57	0.37 (0.00-2.13)	0.57±0.65	0.36 (0.00-2.91)	0.43±0.55	0.25 (0.00-2.83)	5.888*	0.208
Belirti Toplam İndeksi	20.79±15.60	18.00 (0.00-56.00)	24.40±17.17	20.00 (0.00-56.00)	21.03±17.15	18.50 (0.00-55.00)	20.68±13.39	20.00 (0.00-55.00)	16.03±14.22	14.00 (0.00-55.00)	1.554**	0.187
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.35±0.52	1.13 (1.00-3.79)	1.78±0.78	1.70 (1.00-4.00)	1.40±0.52	1.14 (1.00-4.00)	1.39±0.64	1.16 (1.00-3.26)	1.45±0.65	1.10 (1.00-3.27)	8.807*	0.066

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.12’de bakım veren hasta yakınının hasta ile yakınlık derecesine göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının hasta ile yakınlık derecesine göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.13. Bakım Veren Hasta Yakınının Bakım Verme Süresine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Bakım Verme Süresi								χ^2_{kw} */F**	p
	3-12 ay (n=163)		13-24 ay (n=61)		25-48 ay (n=35)		49 ay ve ↑ (n=45)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	3.93±5.37	2.00 (0.00-28.00)	3.21±4.36	2.00 (0.00-21.00)	3.03±3.98	2.00 (0.00-14.00)	6.80±5.62	5.00 (0.00-22.00)	20.259*	0.000
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.61±4.71	2.00 (0.00-24.00)	2.93±3.55	2.00 (0.00-16.00)	3.31±4.01	2.00 (0.00-13.00)	5.87±4.98	5.00 (0.00-19.00)	11.832*	0.008
Kişilerarası Duyarlılık	2.11±2.94	1.00 (0.00-16.00)	2.41±2.44	2.00 (0.00-10.00)	2.51±3.08	2.00 (0.00-11.00)	4.71±3.93	4.00 (0.00-15.00)	23.461*	0.000
Depresyon	3.54±4.44	2.00 (0.00-24.00)	2.89±3.56	2.00 (0.00-16.00)	3.34±3.73	2.00 (0.00-12.00)	6.40±5.70	4.00 (0.00-21.00)	13.940*	0.003
Anksiyete Bozukluğu	3.25±4.44	2.00 (0.00-24.00)	2.87±3.73	1.00 (0.00-17.00)	2.97±3.99	1.00 (0.00-14.00)	6.56±5.72	5.00 (0.00-18.00)	18.957*	0.000
Hostilite	2.80±3.63	2.00 (0.00-20.00)	2.31±2.68	1.00 (0.00-10.00)	2.46±2.93	1.00 (0.00-10.00)	5.16±4.54	4.00 (0.00-19.00)	16.972*	0.001
Fobik Anksiyete	2.67±3.49	2.00 (0.00-20.00)	2.72±3.08	2.00 (0.00-14.00)	2.40±3.63	1.00 (0.00-17.00)	5.09±4.75	4.00 (0.00-16.00)	11.848*	0.008
Paranoid Düşünce	2.91±3.38	2.00 (0.00-20.00)	2.77±3.36	2.00 (0.00-14.00)	2.66±2.78	2.00 (0.00-9.00)	5.18±4.31	4.00 (0.00-17.00)	15.820*	0.001
Psikotizm	2.55±3.29	2.00 (0.00-20.00)	1.97±2.20	1.00 (0.00-10.00)	2.06±2.58	1.00 (0.00-9.00)	4.71±4.10	3.00 (0.00-15.00)	17.162*	0.001
Ek Maddeler	2.37±3.11	1.00 (0.00-16.00)	1.80±2.24	1.00 (0.00-10.00)	2.31±2.83	1.00 (0.00-11.00)	3.58±3.25	3.00 (0.00-12.00)	10.557*	0.014
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.49±0.59	0.30 (0.00-3.47)	0.43±0.43	0.34 (0.00-2.13)	0.45±0.51	0.30 (0.00-1.83)	0.89±0.71	0.62 (0.00-2.83)	17.417*	0.001
Belirti Toplam İndeksi	18.91±15.55	16.00 (0.00-56.00)	18.26±13.99	16.00 (0.00-55.00)	18.03±15.85	17.00 (0.00-52.00)	28.64±16.46	2.00 (0.00-15.00)	5.425**	0.001
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.39±0.60	1.14 (1.00-4.00)	1.31±0.41	1.11 (1.00-2.44)	1.27±0.36	1.00 (1.00-2.27)	1.76±0.74	1.59 (1.00-4.00)	14.815*	0.002

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.13'de bakım veren hasta yakınının bakım verme süresine göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının bakım verme süresine göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; bakım verme süresi 49 ay ve üstü olan grubun somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamasının, bakım verme süresi 3-12 ay, 13-24 ay ve 25-48 ay olan grubun puan ortalamasından; obsesif kompulsif bozukluk ve ek maddeler puan ortalamasının, bakım verme süresi 3-12 ay ve 13-24 ay olan grubun puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.14. Bakım Veren Hasta Yakınının Bakım Konusunda Yardım Alma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Bakım Konusunda Yardım Alma Durumu				z*/ t**	p
	Evet (n=148)		Hayır (n=156)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	3.34±4.72	2.00 (0.00-21.00)	4.83±5.52	3.00 (0.00-28.00)	-2.933*	0.003
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.25±4.03	2.00 (0.00-18.00)	4.28±4.93	3.00 (0.00-24.00)	-1.722*	0.085
Kişilerarası Duyarlılık	2.18±2.91	1.00 (0.00-14.00)	3.00±3.32	2.00 (0.00-16.00)	-2.747*	0.006
Depresyon	3.40±4.26	2.00 (0.00-18.00)	4.20±4.76	2.00 (0.00-24.00)	-1.836*	0.066
Anksiyete Bozukluğu	3.18±4.22	2.00 (0.00-22.00)	4.06±4.95	2.00 (0.00-24.00)	-1.480*	0.139
Hostilite	2.61±3.12	2.00 (0.00-14.00)	3.38±4.06	2.00 (0.00-20.00)	-1.399*	0.162
Fobik Anksiyete	2.30±3.03	1.50 (0.00-14.00)	3.69±4.19	2.00 (0.00-20.00)	-3.297*	0.001
Paranoid Düşünce	2.80±3.39	2.00 (0.00-15.00)	3.56±3.67	2.00 (0.00-20.00)	-2.434*	0.015
Psikotizm	2.25±2.88	1.00 (0.00-13.00)	3.12±3.56	2.00 (0.00-20.00)	-2.389*	0.017
Ek Maddeler	2.11±2.60	1.00 (0.00-13.00)	2.73±3.28	2.00 (0.00-16.00)	-1.497*	0.134
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.45±0.52	0.30 (0.00-2.15)	0.60±0.64	3.78 (0.00-3.47)	-2.208*	0.027
Belirti Toplam İndeksi	17.59±14.80	17.00 (0.00-56.00)	22.52±16.30	19.50 (0.00-56.00)	-2.756**	0.006
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.39±0.58	1.14 (1.00-4.00)	1.43±0.59	1.16 (1.00-3.79)	-0.495*	0.620

* Mann Whitney U Testi

** Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.14’de bakım veren hasta yakınının bakım konusunda yardım alma durumuna göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının bakım konusunda yardım alma durumuna göre; obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, ek maddeler ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım veren hasta yakınının bakım konusunda yardım alma durumuna göre; somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım veren hasta yakınlarından bakım konusunda yardım almayan grubun somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puanları bakım konusunda yardım alan gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.15. Bakım Veren Hasta Yakınının Bakım Konusunda Yardım Aldığı Kişiye Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Bakım Konusunda Yardım Aldığı Kişi										$\chi^2_{kw} */F^{**}$	p
	Eş (n=35)		Anne-Baba (n=14)		Çocuk (n=57)		Bakıcı (n=22)		Kardeş (n=20)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	3.37±5.30	1.00 (0.00-21.00)	3.50±3.50	3.00 (0.00-14.00)	3.49±4.79	2.00 (0.00-21.00)	2.91±4.57	2.00 (0.00-17.00)	3.25±4.74	1.00 (0.00-16.00)	3.001*	0.558
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.14±4.38	1.00 (0.00-16.00)	4.36±4.73	2.50 (0.00-18.00)	3.12±3.65	2.00 (0.00-16.00)	2.32±3.86	1.00 (0.00-16.00)	4.05±4.22	4.00 (0.00-13.00)	4.875*	0.300
Kişilerarası Duyarlılık	1.83±2.76	0.00 (0.00-9.00)	3.14±3.21	2.50 (0.00-10.00)	1.93±2.81	1.00 (0.00-14.00)	1.73±2.10	1.00 (0.00-8.00)	3.35±3.72	3.00 (0.00-14.00)	6.143*	0.187
Depresyon	2.91±4.13	1.00 (0.00-16.00)	4.21±4.79	2.00 (0.00-17.00)	3.26±3.99	2.00 (0.00-14.00)	2.91±3.56	2.00 (0.00-14.00)	4.60±5.51	3.50 (0.00-18.00)	2.920*	0.571
Anksiyete Bozukluğu	3.11±4.23	2.00 (0.00-16.00)	3.79±3.75	3.50 (0.00-14.00)	3.11±4.44	2.00 (0.00-22.00)	2.36±2.98	1.00 (0.00-12.00)	3.95±5.16	2.00 (0.00-15.00)	2.362*	0.669
Hostilite	2.34±2.92	1.00 (0.00-12.00)	3.00±2.60	3.00 (0.00-8.00)	2.60±2.87	2.00 (0.00-11.00)	2.23±2.81	1.50 (0.00-10.00)	3.30±4.62	1.50 (0.00-14.00)	1.658*	0.798
Fobik Anksiyete	2.03±3.44	0.00 (0.00-14.00)	2.86±2.60	2.00 (0.00-9.00)	2.23±2.46	2.00 (0.00-20.00)	2.00±2.67	1.50 (0.00-12.00)	2.90±4.30	1.00 (0.00-14.00)	4.646*	0.326
Paranoid Düşünce	2.91±3.67	2.00 (0.00-15.00)	4.43±3.50	3.00 (0.00-14.00)	2.18±2.84	1.00 (0.00-12.00)	2.09±2.29	2.00 (0.00-11.00)	4.00±4.65	2.00 (0.00-13.00)	9.587*	0.048
Psikotizm	1.94±2.62	1.00 (0.00-10.00)	3.00±3.21	2.50 (0.00-13.00)	2.23±2.66	1.00 (0.00-10.00)	2.00±2.71	1.00 (0.00-13.00)	2.60±3.90	1.00 (0.00-12.00)	3.876*	0.423
Ek Maddeler	2.31±3.05	1.00 (0.00-13.00)	2.79±2.36	2.00 (0.00-7.00)	1.79±2.23	1.00 (0.00-9.00)	1.77±2.29	1.50 (0.00-10.00)	2.60±3.20	1.00 (0.00-9.00)	3.095*	0.542
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.43±0.54	0.28 (0.00-2.13)	0.60±0.49	0.47 (0.02-1.96)	0.42±0.48	0.26 (0.00-1.92)	0.37±0.43	0.28 (0.04-2.00)	0.59±0.69	0.37 (0.00-2.15)	4.786*	0.310
Belirti Toplam İndeksi	15.51±15.95	15.00 (0.00-55.00)	23.00±11.71	22.00 (1.00-41.00)	16.98±14.21	15.00 (0.00-55.00)	16.68±11.93	16.00 (1.00-54.00)	20.15±18.84	2.00 (0.00-15.00)	0.830**	0.508
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.50±0.54	1.28 (1.00-2.97)	1.59±0.87	1.28 (1.00-4.00)	1.34±0.57	1.11 (1.00-4.00)	1.21±0.44	1.00 (1.00-2.48)	1.48±0.51	1.28 (1.00-2.32)	9.961*	0.041

*Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.15’de bakım veren hasta yakınının bakım konusunda yardım aldığı kişiye göre kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Bakım veren hasta yakınının bakım konusunda yardım aldığı kişiye göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım veren hasta yakınının bakım konusunda yardım aldığı kişiye göre; paranoid düşünce ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; bakım konusunda anne- babadan yardım alan grubun paranoid düşünce puan ortalamasının, çocuk ve bakıcıdan yardım alan grubun puan ortalamasından; bakım konusunda kardeşten yardım alan grubun paranoid düşünce puan ortalamasının, çocuktan yardım alan grubun puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.16. Hastanın Yaşına Göre Bakım Veren Hasta Yakınının Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Yaş Grupları								$\chi^2_{kw} */F**$	p
	29 yaş ve ↓ (n=17)		30-49 yaş (n=28)		50-64 yaş (n=81)		65 yaş ve ↑ (n=178)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	5.29±5.23	3.0 (0.0-16.0)	3.75±4.45	2.00 (0.00-17.00)	4.37±5.43	2.00 (0.00-21.00)	3.93±5.20	2.00 (0.00-28.00)	1.797*	0.616
Obsesif Kompulsif Bozukluk	5.47±4.86	4.00 (0.00-15.00)	3.57±3.80	2.50 (0.00-14.00)	4.00±4.91	2.00 (0.00-18.00)	3.54±4.43	2.00 (0.00-24.00)	2.812*	0.422
Kişilerarası Duyarlılık	3.58±3.86	2.00 (0.00-14.00)	2.39±2.25	2.00 (0.00-9.00)	2.58±3.16	1.00 (0.00-11.00)	2.55±3.19	2.00 (0.00-16.00)	1.886*	0.596
Depresyon	5.35±5.34	3.00 (0.00-18.00)	3.32±4.01	2.00 (0.00-13.00)	4.32±4.86	2.00 (0.00-17.00)	3.51±4.36	2.00 (0.00-24.00)	2.763*	0.430
Anksiyete Bozukluğu	4.65±5.06	3.00 (0.00-15.00)	3.50±4.15	2.00 (0.00-15.00)	4.46±5.32	2.00 (0.00-18.00)	3.18±4.27	2.00 (0.00-24.00)	2.477*	0.480
Hostilite	3.41±4.12	2.00 (0.00-12.00)	3.00±3.04	2.00 (0.00-11.00)	3.48±4.09	2.00 (0.00-16.00)	2.76±3.47	2.00 (0.00-20.00)	0.799*	0.854
Fobik Anksiyete	3.65±4.27	2.00 (0.00-13.00)	2.46±2.90	2.00 (0.00-11.00)	3.62±4.50	2.00 (0.00-17.00)	2.76±3.37	2.00 (0.00-20.00)	0.614*	0.893
Paranoid Düşünce	4.59±4.14	4.00 (0.00-15.00)	2.43±2.67	1.50 (0.00-10.00)	3.31±3.58	2.00 (0.00-13.00)	3.12±3.58	2.00 (0.00-20.00)	4.475*	0.215
Psikotizm	4.06±3.80	2.00 (0.00-12.00)	2.32±2.37	2.00 (0.00-8.00)	2.94±3.55	1.00 (0.00-13.00)	2.52±3.20	1.50 (0.00-20.00)	3.569*	0.312
Ek Maddeler	3.41±3.36	3.00 (0.00-11.00)	2.25±2.49	1.50 (0.00-9.00)	2.65±3.31	1.00 (0.00-13.00)	2.26±2.85	1.00 (0.00-16.00)	2.260*	0.520
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.72±0.66	0.38 (0.00-2.15)	0.48±0.47	0.37 (0.00-1.77)	0.59±0.66	0.34 (0.00-2.23)	0.49±0.56	0.32 (0.00-3.47)	2.013*	0.570
Belirti Toplam İndeksi	23.58±16.45	19.00 (0.00-56.00)	19.89±15.13	19.50 (0.00-53.00)	20.58±17.82	16.00 (0.00-55.00)	19.61±14.86	17.00 (0.00-56.00)	0.359**	0.783
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.79±0.81	1.48 (1.00-4.00)	1.33±0.43	1.11 (1.00-2.48)	1.48±0.61	1.20 (1.00-4.00)	1.36±0.56	1.12 (1.00-3.79)	10.176*	0.017

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.16’da hastanın yaşına göre bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Hastanın yaşına göre; bakım veren hasta yakınının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostile, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastanın yaşına göre; bakım veren hasta yakınının semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; 29 yaş ve altı yaş grubuna bakım veren hasta yakınının semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamasının, 65 yaş ve üstü grubuna bakım veren hasta yakınının puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.17. Hastanın Cinsiyetine Göre Bakım Veren Hasta Yakınının Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Cinsiyet				z*/ t**	p
	Erkek (n=140)		Kadın (n=164)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	3.45±4.55	2.00 (0.00-28.00)	4.66±5.64	2.00 (0.00-22.00)	-1.697*	0.090
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.55±4.03	2.00 (0.00-24.00)	3.97±4.93	2.00 (0.00-22.00)	-0.039*	0.969
Kişilerarası Duyarlılık	2.48±3.05	2.00 (0.00-16.00)	2.71±3.23	2.00 (0.00-16.00)	-0.488*	0.654
Depresyon	3.49±4.21	2.00 (0.00-24.00)	4.08±4.78	2.00 (0.00-21.00)	-0.556*	0.578
Anksiyete Bozukluğu	3.16±4.06	2.00 (0.00-24.00)	4.03±5.03	2.00 (0.00-22.00)	-0.650*	0.515
Hostilite	2.76±3.38	2.00 (0.00-20.00)	3.23±3.85	2.00 (0.00-19.00)	-0.829*	0.407
Fobik Anksiyete	2.83±3.55	2.00 (0.00-20.00)	3.16±3.87	2.00 (0.00-18.00)	-0.411*	0.681
Paranoid Düşünce	2.98±3.39	2.00 (0.00-20.00)	3.37±3.69	2.00 (0.00-17.00)	-0.917*	0.359
Psikotizm	2.54±3.14	1.00 (0.00-20.00)	2.83±3.39	2.00 (0.00-15.00)	-0.665*	0.506
Ek Maddeler	2.24±2.83	1.00 (0.00-16.00)	2.59±3.10	2.00 (0.00-15.00)	-0.943*	0.346
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.49±0.55	0.35 (0.00-3.47)	0.57±0.62	0.34 (0.00-2.91)	-0.593*	0.553
Belirti Toplam İndeksi	19.51±15.57	18.00 (0.00-56.00)	20.63±15.95	18.00 (0.00-55.00)	-0.617**	0.538
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.35±0.47	1.16 (1.00-3.79)	1.47±0.66	1.14 (1.00-4.00)	-0.328*	0.743

* Mann Whitney U Testi

** Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.17’de hastanın cinsiyetine göre bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Hastanın cinsiyetine göre; bakım veren hasta yakınının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.18. Hastanın Medeni Durumuna Göre Bakım Veren Hasta Yakınının Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Medeni Durum						$\chi^2_{kw} */ \Gamma^{**}$	p
	Evli (n=210)		Bekâr (n=27)		Boşanmış/dul (n=67)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	4.22±5.18	3.00 (0.00-22.00)	4.59±4.88	3.00 (0.00-16.00)	3.55±5.39	1.00 (0.00-28.00)	4.850*	0.088
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.83±4.50	2.00 (0.00-22.00)	5.04±4.94	3.00 (0.00-18.00)	3.09±4.42	1.00 (0.00-24.00)	5.686*	0.058
Kişilerarası Duyarlılık	2.65±2.99	2.00 (0.00-16.00)	3.19±3.64	2.00 (0.00-14.00)	2.21±3.41	0.00 (0.00-16.00)	5.607*	0.061
Depresyon	3.84±4.36	2.00 (0.00-21.00)	4.96±5.16	2.00 (0.00-18.00)	3.25±4.78	1.00 (0.00-24.00)	6.382*	0.041
Anksiyete Bozukluğu	3.64±4.50	2.00 (0.00-22.00)	4.52±4.67	3.00 (0.00-15.00)	3.24±5.00	1.00 (0.00-24.00)	5.253*	0.072
Hostilite	3.12±3.56	2.00 (0.00-19.00)	3.33±3.53	2.00 (0.00-12.00)	2.54±3.95	1.00 (0.00-20.00)	5.317*	0.070
Fobik Anksiyete	3.17±3.68	2.00 (0.00-18.00)	3.15±3.71	2.00 (0.00-13.00)	2.45±3.89	1.00 (0.00-20.00)	7.054*	0.029
Paranoid Düşünce	3.15±3.41	2.00 (0.00-17.00)	4.37±3.80	3.00 (0.00-15.00)	2.82±3.83	1.00 (0.00-20.00)	7.978*	0.019
Psikotizm	2.71±3.05	2.00 (0.00-14.00)	3.81±3.71	2.00 (0.00-113.00)	2.21±3.67	1.00 (0.00-20.00)	10.278*	0.006
Ek Maddeler	2.49±2.97	1.50 (0.00-15.00)	2.93±2.99	2.00 (0.00-11.00)	2.06±3.00	1.00 (0.00-16.00)	4.794*	0.091
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.54±0.57	0.26 (0.00-2.91)	0.67±0.61	0.47 (0.00-2.15)	0.45±0.63	0.23 (0.00-3.47)	8.367*	0.015
Belirti Toplam İndeksi	21.00±15.52	18.00 (0.00-55.00)	23.15±15.06	21.00 (0.00-56.00)	16.13±16.29	11.00 (0.00-56.00)	3.008**	0.051
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.38±0.54	1.13 (1.00-4.00)	1.64±0.76	1.27 (1.00-4.00)	1.45±0.63	1.17 (1.00-3.79)	5.343*	0.069

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.18’de hastanın medeni durumuna göre bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Hastanın medeni durumuna göre; bakım veren hasta yakınının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, anksiyete bozukluğu, hostilite, ek maddeler, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastanın medeni durumuna göre; bakım veren hasta yakınının depresyon, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; bekâr hastaya bakım veren hasta yakınının psikotizm puan ortalamasının, boşanmış/dul hastaya bakım veren hasta yakınının puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.19. Hastanın Eğitim Durumuna Göre Bakım Veren Hasta Yakınının Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Eğitim Durumu												χ^2_{kw} */F**	p
	Okuryazar değil (n=86)		Okuryazar (n=112)		İlkokul (n=57)		Ortaokul (n=15)		Lise (n=24)		Üniversite (n=10)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	4.35±5.71	2.00 (0.00-22.00)	3.65±4.83	2.00 (0.00-28.00)	4.39±5.24	3.00 (0.00-21.00)	5.00±5.64	4.00 (0.00-17.00)	4.33±5.46	3.00 (0.00-21.00)	3.60±3.06	3.00 (0.00-10.00)	2.079*	0.838
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.87±4.98	2.00 (0.00-22.00)	3.14±4.24	2.00 (0.00-24.00)	4.60±4.63	3.00 (0.00-16.00)	4.40±4.79	3.00 (0.00-13.00)	4.08±4.39	2.50 (0.00-16.00)	3.70±2.75	3.00 (0.00-9.00)	5.916*	0.314
Kişilerarası Duyarlılık	2.58±3.58	1.00 (0.00-16.00)	2.41±2.78	2.00 (0.00-16.00)	2.67±3.25	2.00 (0.00-14.00)	3.60±3.60	2.00 (0.00-10.00)	2.96±3.00	2.00 (0.00-9.00)	2.20±2.20	2.00 (0.00-8.00)	2.637*	0.756
Depresyon	3.92±4.94	2.00 (0.00-21.00)	3.43±4.32	2.00 (0.00-24.00)	4.12±4.45	2.00 (0.00-14.00)	3.87±4.58	3.00 (0.00-13.00)	4.29±4.98	2.00 (0.00-16.00)	4.10±3.00	3.50 (1.00-10.00)	2.649*	0.754
Anksiyete Bozukluğu	3.63±4.48	2.00 (0.00-19.00)	3.10±4.14	2.00 (0.00-24.00)	4.51±5.53	2.00 (0.00-22.00)	4.60±5.51	2.00 (0.00-16.00)	3.79±5.00	2.00 (0.00-16.00)	2.80±2.53	2.00 (0.00-9.00)	2.378*	0.795
Hostilite	2.93±3.75	2.00 (0.00-19.00)	2.82±3.75	1.50 (0.00-20.00)	3.12±3.22	2.00 (0.00-11.00)	4.13±4.10	4.00 (0.00-12.00)	4.03±0.82	2.00 (0.00-13.00)	2.50±2.27	2.00 (0.00-8.00)	3.001*	0.700
Fobik Anksiyete	2.71±3.66	2.00 (0.00-18.00)	2.89±3.82	2.00 (0.00-20.00)	3.40±3.51	3.00 (0.00-14.00)	3.67±3.77	2.00 (0.00-11.00)	3.67±4.48	2.00 (0.00-14.00)	2.10±2.64	1.00 (0.00-9.00)	3.816*	0.576
Paranoid Düşünce	3.55±3.84	2.00 (0.00-17.00)	2.72±3.10	2.00 (0.00-20.00)	3.54±3.77	2.00 (0.00-14.00)	3.47±4.39	2.00 (0.00-12.00)	3.33±3.96	1.00 (0.00-13.00)	2.50±1.78	2.50 (0.00-6.00)	2.536*	0.771
Psikotizm	2.48±3.37	1.00 (0.00-15.00)	2.54±3.14	2.00 (0.00-20.00)	2.93±3.19	2.00 (0.00-13.00)	2.73±3.61	1.00 (0.00-10.00)	3.38±3.79	2.50 (1.00-11.00)	3.40±2.84	2.00 (0.00-22.00)	5.221*	0.390
Ek Maddeler	2.60±3.19	2.00 (0.00-15.00)	2.21±2.96	1.00 (0.00-16.00)	2.56±2.83	1.00 (0.00-10.00)	2.93±3.13	2.00 (0.00-8.00)	2.38±3.12	2.00 (0.00-4.00)	2.00±1.70	2.00 (0.00-22.00)	1.735*	0.885
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.53±0.61	0.36 (0.00-2.91)	0.48±0.57	0.28 (0.00-3.47)	0.59±0.58	0.40 (0.00-2.00)	0.63±0.67	0.40 (0.00-1.92)	0.59±0.65	0.37 (0.13-1.36)	0.48±0.34	2.00 (0.00-22.00)	2.681*	0.749
Belirti Toplam İndeksi	19.71±15.26	18.50 (0.00-56.00)	19.31±15.60	15.50 (0.00-56.00)	20.63±15.67	19.00 (0.00-54.00)	22.40±19.62	17.00 (0.00-55.00)	21.96±18.55	20.00 (6.00-45.00)	21.90±10.96	2.00 (0.00-22.00)	0.233**	0.948
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.44±0.64	1.13 (1.00-3.26)	1.34±0.58	1.06 (1.00-4.00)	1.55±0.62	1.34 (1.00-4.00)	1.47±0.42	1.59 (1.00-2.16)	1.42±0.43	1.19 (1.00-1.82)	1.24±0.25	2.00 (0.00-22.00)	13.951*	0.016

χ^2_{kw} : Kruskal Wallis Testi

F: One Way Anova Testi

Tablo 4.19’da hastanın eğitim durumuna göre bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Hastanın eğitim durumuna göre; bakım veren hasta yakınının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastanın eğitim durumuna göre; bakım veren hasta yakınının semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; ilkökul mezunu grubuna bakım veren hasta yakınının semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamasının, okuryazar olan gruba bakım veren hasta yakınının puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.20. Hastanın Sosyal Güvencesine Göre Bakım Veren Hasta Yakınının Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Sosyal Güvence								χ^2_{kw} */F**	p
	Yeşil kart (n=42)		SSK (n=140)		Bağkur (n=92)		Emekli sandığı (n=30)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	4.40±5.41	2.00 (0.00-22.00)	4.38±5.43	2.00 (0.00-28.00)	3.70±4.85	2.00 (0.00-22.00)	3.67±4.87	2.50 (0.00-22.00)	1.147*	0.766
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.93±4.17	2.00 (0.00-16.00)	3.92±4.91	2.00 (0.00-24.00)	3.39±4.21	2.00 (0.00-20.00)	4.07±4.33	3.00 (0.00-19.00)	1.830*	0.608
Kişilerarası Duyarlılık	2.71±2.73	2.00 (0.00-11.00)	2.79±3.28	2.00 (0.00-16.00)	2.25±3.03	1.00 (0.00-16.00)	2.67±3.43	1.50 (0.00-15.00)	2.912*	0.405
Depresyon	3.81±4.09	3.00 (0.00-15.00)	4.12±4.92	2.00 (0.00-24.00)	3.36±4.14	2.00 (0.00-20.00)	3.73±4.51	2.00 (0.00-21.00)	1.192*	0.755
Anksiyete Bozukluğu	3.31±3.79	2.00 (0.00-13.00)	3.98±4.93	2.00 (0.00-24.00)	3.26±4.50	1.50 (0.00-22.00)	3.60±4.68	2.00 (0.00-17.00)	1.057*	0.788
Hostilite	2.88±3.76	2.00 (0.00-16.00)	3.19±3.76	2.00 (0.00-20.00)	2.64±3.27	2.00 (0.00-17.00)	3.47±4.06	2.00 (0.00-19.00)	1.885*	0.597
Fobik Anksiyete	2.74±3.25	2.00 (0.00-15.00)	3.31±4.05	2.00 (0.00-20.00)	2.65±3.42	2.00 (0.00-18.00)	3.07±3.70	2.00 (0.00-16.00)	1.267*	0.737
Paranoid Düşünce	3.19±3.72	2.00 (0.00-14.00)	3.51±3.70	2.00 (0.00-20.00)	2.67±3.02	2.00 (0.00-16.00)	3.23±4.07	2.00 (0.00-17.00)	2.960*	0.398
Psikotizm	2.40±2.90	1.00 (0.00-11.00)	3.12±3.71	2.00 (0.00-20.00)	2.20±2.64	1.00 (0.00-14.00)	2.67±3.24	2.00 (0.00-14.00)	2.652*	0.448
Ek Maddeler	2.38±2.95	1.00 (0.00-11.00)	2.68±3.19	2.00 (0.00-16.00)	2.17±2.72	1.50 (0.00-14.00)	2.13±2.78	1.00 (0.00-12.00)	1.397*	0.706
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.52±0.53	0.35 (0.00-2.23)	0.58±0.63	0.35 (0.00-3.47)	0.46±0.54	0.29 (0.00-2.91)	0.54±0.61	0.36 (0.00-2.83)	1.674*	0.643
Belirti Toplam İndeksi	20.38±16.18	19.50 (0.00-51.00)	20.84±16.20	17.00 (0.00-56.00)	18.76±15.54	16.00 (0.00-55.00)	20.57±14.18	19.50 (0.00-55.00)	0.334**	0.801
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.42±0.53	1.17 (1.00-3.00)	1.48±0.64	1.21 (1.00-4.00)	1.32±0.50	1.08 (1.00-3.27)	1.41±0.60	1.20 (1.00-3.13)	3.533*	0.317

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.20’de hastanın sosyal güvencesine göre bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Hastanın sosyal güvencesine göre; bakım veren hasta yakınının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.21. Hastanın Hastalık Tanısına Göre Bakım Veren Hasta Yakınının Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutları ve Global İndeksler	Hastalık Tanısı												$\chi^2_{kw}*/F^{**}$	p
	DM (n=28)	Hipertansiyon (n=15)	Felç (n=41)	KOAH (n=54)	KBY (n=8)	Kalp Hastalığı (n=41)	Astım (n=21)	Alzheimer (n=11)	Kanser (n=19)	Bel Fıtığı (n=9)	Kırık (n=45)	Engelli (n=12)		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Somatizasyon	4.57±5.12	2.80±4.92	4.46±5.17	3.87±4.61	3.50±3.51	2.98±5.31	2.95±3.89	0.91±1.04	5.95±5.28	11.67±8.17	3.84±5.32	6.08±4.76	36.007*	0.000
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.96±4.43	2.73±4.18	4.49±4.42	3.04±3.64	4.00±3.70	3.20±4.89	2.67±3.32	1.09±1.64	5.11±4.83	11.11±7.61	3.49±4.19	5.25±5.12	25.221*	0.008
Kişilerarası Duyarlılık	2.18±2.50	1.67±2.97	2.90±3.58	2.50±2.67	3.25±2.82	2.12±3.25	1.71±2.45	1.45±1.57	3.63±2.77	7.44±5.41	2.20±2.60	4.25±4.11	26.579*	0.005
Depresyon	3.96±4.01	2.80±3.90	4.34±4.57	3.52±3.92	4.38±3.66	3.26±5.08	2.95±3.12	1.00±1.61	5.47±5.34	10.33±7.04	2.96±3.96	5.42±5.48	26.102*	0.006
Anksiyete Bozukluğu	4.04±4.96	2.67±4.70	4.37±5.03	2.78±3.44	4.75±4.65	2.93±5.04	2.95±4.87	1.64±1.29	5.32±4.99	9.67±5.29	2.87±3.99	5.58±4.42	33.383*	0.000
Hostilite	3.04±3.10	2.27±3.56	3.07±3.34	2.89±3.56	3.25±3.77	2.80±4.45	2.24±3.10	2.00±1.73	4.05±3.17	8.89±5.95	2.07±2.66	4.50±3.66	27.041*	0.005
Fobik Anksiyete	3.00±3.93	2.67±4.88	2.90±3.28	2.69±3.32	2.88±3.09	2.68±4.37	2.48±2.82	1.55±1.51	4.53±4.45	7.56±5.83	2.80±2.68	3.75±4.29	19.072*	0.060
Paranoid Düşünce	3.68±3.33	2.27±3.43	3.83±3.46	2.41±2.64	3.13±3.94	2.66±4.06	2.24±2.90	0.91±1.04	4.53±4.57	7.89±5.09	2.87±2.61	5.67±4.38	38.919*	0.000
Psikotizm	2.14±2.38	1.73±2.55	3.15±3.28	2.43±2.90	2.88±3.48	2.22±3.88	2.10±2.45	1.27±1.42	4.05±3.85	7.33±4.50	2.40±2.88	4.25±3.96	27.503*	0.004
Ek Maddeler	2.68±2.92	2.13±3.14	2.34±2.61	2.00±2.49	3.38±3.02	2.29±3.39	1.43±1.80	1.36±1.69	3.21±3.15	7.44±5.29	1.87±2.43	4.17±2.98	25.420*	0.008
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.54±0.53	0.40±0.61	0.59±0.56	0.46±0.49	0.60±0.55	0.46±0.70	0.39±0.46	0.23±0.19	0.75±0.65	1.47±0.89	0.44±0.48	0.81±0.64	31.953*	0.001
Belirti Toplam İndeksi	21.21±16.26	15.27±17.69	21.22±16.85	19.44±14.78	21.13±16.89	16.76±16.63	16.86±13.73	11.18±8.95	28.00±16.94	40.33±12.57	18.22±12.10	27.08±15.55	2.998**	0.001
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.42±0.46	1.23±0.44	1.58±0.60	1.33±0.48	1.49±0.47	1.30±0.56	1.24±0.49	1.16±0.23	1.46±0.51	2.12±0.86	1.34±0.61	1.86±0.91	35.084*	0.000

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.21’de hastanın hastalık tanısına göre bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Hastanın hastalık tanısına göre; bakım veren hasta yakınının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; bel fıtığı tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamasının, diğer hastalıklara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.22. Hastanın Ek Hastalık Varlığı Durumuna Göre Bakım Veren Hasta Yakınının Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutları ve Global İndeksler	Ek Hastalık Varlığı				z*/ t**	p
	Olanlar (n=178)		Olmayanlar (n=126)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	3.89±4.97	2.00 (0.00-22.00)	4.41±5.50	2.00 (0.00-28.00)	-0.412*	0.681
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.43±4.30	2.00 (0.00-22.00)	4.26±4.83	2.50 (0.00-24.00)	-1.388*	0.165
Kişilerarası Duyarlılık	2.35±3.03	1.00 (0.00-16.00)	2.96±3.28	2.00 (0.00-16.00)	-1.902*	0.057
Depresyon	3.46±4.18	2.00 (0.00-21.00)	4.30±4.96	2.00 (0.00-24.00)	-1.038*	0.299
Anksiyete Bozukluğu	3.20±4.23	2.00 (0.00-22.00)	4.24±5.08	2.00 (0.00-24.00)	-1.517*	0.129
Hostilite	2.71±3.18	2.00 (0.00-19.00)	3.43±4.19	2.00 (0.00-20.00)	-0.637*	0.524
Fobik Anksiyete	2.61±3.24	2.00 (0.00-18.00)	3.57±4.27	2.00 (0.00-20.00)	-1.611*	0.107
Paranoid Düşünce	2.97±3.39	2.00 (0.00-17.00)	3.50±3.76	2.50 (0.00-20.00)	-1.060*	0.289
Psikotizm	2.34±2.90	2.00 (0.00-15.00)	3.21±3.70	2.00 (0.00-20.00)	-1.755*	0.079
Ek Maddeler	2.23±2.66	1.00 (0.00-15.00)	2.71±3.37	2.00 (0.00-16.00)	-0.479*	0.632
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.48±0.53	0.30 (0.00-2.91)	0.61±0.66	0.36 (0.00-3.47)	-1.300*	0.194
Belirti Toplam İndeksi	18.98±14.67	17.00 (0.00-56.00)	21.73±17.12	18.50 (0.00-56.00)	-1.464**	0.144
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.36±0.56	1.13 (1.00-4.00)	1.49±0.61	1.22 (1.00-4.00)	-1.892*	0.058

z: Mann Whitney U Testi

t: Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.22’de hastanın ek hastalık varlığı durumuna göre bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Hastanın ek hastalık varlığı durumuna göre; bakım veren hasta yakınının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.23. Hastanın Ek Hastalık Dağılımına Göre Bakım Veren Hasta Yakınının Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Ek Hastalık Dağılımı							$\chi^2_{kw} */F^{**}$	p
	DM (n=27)	Hipertansiyon (n=66)	KOAH (n=11)	DM-Hipertansiyon (n=35)	Astım (n=15)	Kalp hastalığı (n=11)	Diğer (n=13)		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Somatizasyon	2.33±2.94	4.12±5.28	2.55±2.50	5.60±6.14	1.20±1.26	7.00±5.16	2.92±4.87	10.709*	0.030
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2.44±3.34	3.50±4.52	1.82±1.83	4.74±5.42	1.13±1.30	6.64±3.80	2.92±3.33	8.958*	0.062
Kişilerarası Duyarlılık	1.63±2.22	2.32±3.04	1.82±1.99	3.26±3.59	0.93±1.16	5.45±4.18	1.00±1.15	7.724*	0.102
Depresyon	2.56±3.30	3.45±4.23	1.91±1.87	4.49±5.19	1.40±1.18	7.09±5.07	3.23±3.24	5.971*	0.201
Anksiyete Bozukluğu	2.15±2.64	3.30±4.16	1.45±1.44	4.29±5.22	1.00±0.93	7.36±6.36	2.46±3.18	9.796*	0.044
Hostilite	2.19±2.08	2.70±3.38	2.00±2.53	3.54±3.81	1.00±1.31	5.36±3.59	2.00±2.24	8.540*	0.074
Fobik Anksiyete	1.59±1.65	2.62±3.49	2.45±2.66	3.57±4.05	1.27±0.96	5.36±3.70	1.46±1.61	5.914*	0.206
Paranoid Düşünce	2.22±3.07	3.03±3.34	2.27±2.05	3.46±3.54	1.33±1.23	6.45±4.57	2.38±3.59	7.091*	0.131
Psikotizm	1.93±2.09	2.23±2.78	1.55±2.16	3.40±3.87	0.87±0.83	4.64±3.47	1.31±1.49	8.332*	0.080
Ek Maddeler	2.04±1.93	2.27±2.56	1.36±1.50	2.91±3.56	0.87±1.36	4.00±3.13	1.38±2.18	7.765*	0.101
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.35±0.36	0.48±0.55	0.32±0.27	0.64±0.65	0.18±0.13	0.99±0.61	0.34±0.31	9.331*	0.053
Belirti Toplam İndeksi	16.07±12.73	19.06±15.50	15.91±13.14	23.09±14.95	10.60±7.79	32.45±15.26	14.38±11.21	3.578**	0.002
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.26±0.48	1.38±0.59	1.14±0.15	1.49±0.68	1.04±0.06	1.72±0.57	1.35±0.48	9.737*	0.045

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.23’de hastanın ek hastalık dağılımına göre bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Hastanın ek hastalık dağılımına göre; bakım veren hasta yakınının obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, hostilete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler ve rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastanın ek hastalık dağılımına göre; bakım veren hasta yakınının somatizasyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; ek hastalık tanısı kalp hastalığı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının somatizasyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamasının, ek hastalık tanısı DM, hipertansiyon, KOAH ve astım tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.24. Hastanın Gelir Düzeyine Göre Bakım Veren Hasta Yakınının Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Alt Boyutları ve Global İndekslerinin Karşılaştırılması

Alt Boyutlar ve Global İndeksler	Gelir Düzeyi						$\chi^2_{kw} */F^{**}$	p
	Gelir giderden az (n=125)		Gelir gidere eşit (n=157)		Gelir giderden fazla (n=22)			
	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)		
Somatizasyon	3.63±4.99	2.00 (0.00-22.00)	4.47±5.37	2.00 (0.00-28.00)	4.18±5.01	2.00 (0.00-15.00)	2.685*	0.261
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3.32±4.23	2.00 (0.00-20.00)	4.00±4.77	2.00 (0.00-24.00)	4.77±4.43	3.00 (0.00-13.00)	3.177*	0.204
Kişilerarası Duyarlılık	2.22±2.94	1.00 (0.00-16.00)	2.83±3.29	2.00 (0.00-16.00)	3.14±3.12	2.50 (0.00-10.00)	2.587*	0.274
Depresyon	3.38±4.26	2.00 (0.00-21.00)	4.05±4.76	2.00 (0.00-24.00)	4.55±4.34	3.00 (0.00-12.00)	2.227*	0.328
Anksiyete Bozukluğu	2.94±3.99	2.00 (0.00-19.00)	3.95±4.84	2.00 (0.00-24.00)	5.27±5.80	3.00 (0.00-17.00)	5.276*	0.072
Hostilite	2.58±3.53	1.00 (0.00-19.00)	3.22±3.69	2.00 (0.00-20.00)	4.00±3.83	2.00 (0.00-12.00)	6.231*	0.044
Fobik Anksiyete	2.66±3.38	2.00 (0.00-18.00)	3.20±3.84	2.00 (0.00-20.00)	3.64±4.68	2.00 (0.00-14.00)	0.825*	0.662
Paranoid Düşünce	2.82±3.20	2.00 (0.00-17.00)	3.38±3.74	2.00 (0.00-20.00)	3.91±4.01	3.00 (0.00-12.00)	1.435*	0.488
Psikotizm	2.38±2.88	2.00 (0.00-14.00)	2.90±3.57	2.00 (0.00-20.00)	3.05±3.17	2.00 (0.00-11.00)	1.163*	0.559
Ek Maddeler	2.23±2.86	1.00 (0.00-14.00)	2.49±3.02	2.00 (0.00-16.00)	3.14±3.36	2.50 (0.00-13.00)	2.310*	0.315
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.46±0.54	0.28 (0.00-2.91)	0.57±0.62	0.36 (0.00-3.47)	0.70±0.62	0.44 (0.00-1.83)	3.088*	0.214
Belirti Toplam İndeksi	18.74±15.33	16.00 (0.00-55.00)	20.95±15.88	18.00 (0.00-56.00)	22.05±17.39	21.00 (0.00-55.00)	0.863**	0.423
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.33±0.55	1.10 (1.00-4.00)	1.44±0.57	1.20 (1.00-3.79)	1.74±0.78	1.56 (1.00-4.00)	9.617*	0.008

* Kruskal Wallis Testi

** One Way Anova Testi

Tablo 4.24'de hastanın gelir düzeyine göre bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Hastanın gelir düzeyine göre; bakım veren hasta yakınının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastanın gelir düzeyine göre; bakım veren hasta yakınının hostile ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; geliri giderinden az olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamasının, geliri giderinden fazla olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.25. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n:304)

Demografik Özellikler		n	Aile		Özel kişi		Arkadaş		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam	
			X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)
Yaş Grupları	18-29 yaş	38	22.29±7.51	26.00 (4.00-28.00)	22.61±8.04	27.00 (4.00-28.00)	22.24±7.38	26.00 (4.00-28.00)	67.13±22.18	79.00 (12.00-84.00)
	30-49 yaş	146	24.75±5.28	27.00 (4.00-28.00)	24.90±5.33	27.00 (4.00-28.00)	24.76±5.66	27.00 (4.00-28.00)	74.42±15.83	80.00 (12.00-84.00)
	50-64 yaş	94	23.67±6.37	27.00 (4.00-28.00)	23.77±6.48	27.00 (4.00-28.00)	22.37±7.77	26.00 (4.00-28.00)	69.81±19.39	80.00 (12.00-84.00)
	65 yaş ve ↑	26	23.54±6.55	25.50 (4.00-28.00)	23.04±7.01	26.50 (4.00-28.00)	22.62±7.46	25.50 (4.00-28.00)	69.19±20.40	76.00 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			4.882*		3.402*		7.910*		5.486*	
p			0.181		0.334		0.048		0.139	
Cinsiyet	Erkek	101	24.21±6.08	27.00 (4.00-28.00)	24.27±6.14	27.00 (4.00-28.00)	23.56±6.92	27.00 (4.00-28.00)	72.04±18.64	80.00 (12.00-84.00)
	Kadın	203	23.91±6.08	27.00 (4.00-28.00)	24.02±6.33	27.00 (4.00-28.00)	23.50±6.79	27.00 (4.00-28.00)	71.43±18.28	80.00 (12.00-84.00)
z^{**}			-0.771**		-0.401**		-0.309**		-0.672**	
p			0.441		0.688		0.757		0.502	
Medeni Durum	Evli	269	24.22±5.84	27.00 (4.00-28.00)	24.29±6.01	27.00 (4.00-28.00)	23.68±6.75	27.00 (4.00-28.00)	72.18±17.81	80.00 (12.00-84.00)
	Bekâr	35	22.37±7.52	26.00 (4.00-28.00)	22.71±7.86	27.00 (4.00-28.00)	22.34±7.37	26.00 (4.00-28.00)	67.43±22.06	79.00 (12.00-84.00)
z			-1.178**		-0.929**		-1.285**		-1.234**	
p			0.239		0.353		0.199		0.217	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	17	22.82±7.88	27.00 (4.00-28.00)	22.53±8.12	27.00 (4.00-28.00)	23.29±7.59	26.00 (4.00-28.00)	68.65±23.14	79.00 (12.00-84.00)
	Okuryazar	67	24.57±5.81	27.00 (4.00-28.00)	24.60±5.90	27.00 (4.00-28.00)	23.76±6.95	27.00 (4.00-28.00)	72.93±18.22	82.00 (13.00-84.00)
	İlkokul	58	23.90±6.73	27.00 (4.00-28.00)	24.02±6.83	27.00 (4.00-28.00)	22.57±7.53	26.00 (4.00-28.00)	70.48±19.88	79.50 (12.00-84.00)
	Ortaokul	41	25.27±3.64	27.00 (15.00-28.00)	25.27±4.27	27.00 (10.00-28.00)	25.41±4.32	28.00 (7.00-28.00)	75.95±11.56	81.00 (45.00-84.00)
	Lise	73	23.42±6.26	26.00 (4.00-28.00)	23.86±6.08	27.00 (4.00-28.00)	23.47±6.86	27.00 (4.00-28.00)	70.75±18.27	80.00 (12.00-84.00)
	Üniversite ve ↑	48	23.58±6.32	26.00 (4.00-28.00)	23.46±7.02	26.00 (4.00-28.00)	22.90±7.14	26.00 (4.00-28.00)	69.94±19.89	78.00 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			4.915*		3.567*		6.733*		5.771*	
p			0.426		0.613		0.241		0.329	

* Kruskal Wallis Testi

** Mann Whitney U Testi

Tablo 4.25. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması - devamı (n:304)

Demografik Özellikler		n	Aile		Özel kişi		Arkadaş		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam	
			X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	39	25.00±4.89	27.00 (4.00-28.00)	25.18±5.34	27.00 (4.00-28.00)	24.15±6.11	27.00 (4.00-28.00)	74.33±15.69	81.00 (12.00-84.00)
	SSK	160	24.03±6.08	27.00 (4.00-28.00)	23.96±6.28	27.00 (4.00-28.00)	23.53±6.92	27.00 (4.00-28.00)	71.52±18.50	80.00 (12.00-84.00)
	Bağkur	62	24.16±5.57	27.00 (4.00-28.00)	24.48±5.54	27.00 (4.00-28.00)	23.08±6.76	26.00 (4.00-28.00)	71.73±16.56	79.50 (12.00-84.00)
	Yeşil kart	43	22.81±7.55	26.00 (4.00-28.00)	23.12±7.77	27.00 (4.00-28.00)	23.56±7.34	27.00 (4.00-28.00)	69.49±22.47	80.00 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			1.328*		2.565*		1.484*		0.571*	
P			0.723		0.464		0.686		0.903	
Çalışma Durumu	Tamgün	77	24.13±5.98	26.00 (4.00-28.00)	24.51±5.78	27.00 (4.00-28.00)	23.94±6.69	27.00 (4.00-28.00)	72.57±17.86	80.00 (12.00-84.00)
	Yarım gün	8	27.13±1.46	28.00 (24.00-28.00)	26.00±2.93	27.00 (20.00-28.00)	26.25±2.05	26.50 (22.00-28.00)	79.38±5.55	80.50 (69.00-84.00)
	Çalışmıyor	219	23.85±6.19	27.00 (4.00-28.00)	23.90±6.50	27.00 (4.00-28.00)	23.28±6.97	27.00 (4.00-28.00)	71.02±18.82	80.00 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			2.996*		0.797*		1.743*		1.680*	
P			0.224		0.671		0.418		0.432	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	137	23.37±6.87	27.00 (4.00-28.00)	23.50±7.05	27.00 (4.00-28.00)	23.18±7.14	26.00 (4.00-28.00)	70.04±20.52	80.00 (12.00-84.00)
	Gelir gidere eşit	134	24.50±5.38	27.00 (4.00-28.00)	24.55±5.52	27.00 (4.00-28.00)	23.86±6.42	27.00 (4.00-28.00)	72.91±16.35	80.00 (12.00-84.00)
	Gelir giderden fazla	33	24.67±5.04	26.00 (4.00-28.00)	24.82±5.45	27.00 (4.00-28.00)	23.61±7.17	27.00 (4.00-28.00)	73.09±16.59	80.00 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			0.362*		0.677*		0.565*		0.521*	
P			0.834		0.713		0.754		0.771	
Hasta ile Yakınlık Derecesi	Anne-baba	96	24.51±6.03	27.00 (4.00-28.00)	24.52±6.44	27.00 (4.00-28.00)	24.13±6.24	27.00 (4.00-28.00)	73.16±18.13	81.00 (12.00-84.00)
	Çocuklar	20	24.60±4.30	25.50 (10.00-28.00)	25.45±2.93	26.00 (18.00-28.00)	22.20±6.69	24.50 (4.00-28.00)	72.25±11.39	76.00 (46.00-84.00)
	Eşi	92	22.64±7.12	25.00 (4.00-28.00)	22.53±7.18	26.00 (4.00-28.00)	22.40±7.61	26.00 (4.00-28.00)	67.58±21.45	76.00 (12.00-84.00)
	Akrabası	34	24.68±4.74	26.00 (4.00-28.00)	24.88±5.34	27.00 (4.00-28.00)	23.59±7.36	27.00 (4.00-28.00)	73.15±16.55	80.00 (12.00-84.00)
	Eşinin anne babası	62	24.69±5.40	27.00 (4.00-28.00)	24.94±5.41	27.00 (4.00-28.00)	24.65±6.04	27.00 (4.00-28.00)	74.27±15.91	80.00 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			8.591*		12.682*		8.603*		8.661*	
P			0.072		0.013		0.072		0.070	

* Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.25. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması - devamı (n:304)

Demografik Özellikler		n	Aile		Özel kişi		Arkadaş		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam	
			X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)
Bakım Verme Süresi	3-12 ay	163	24.36±5.71	27.00 (4.00-28.00)	24.66±5.59	27.00 (4.00-28.00)	24.19±6.11	27.00 (4.00-28.00)	73.21±16.82	80.00 (12.00-84.00)
	13-24 ay	61	24.28±6.07	27.00 (4.00-28.00)	24.31±6.44	27.00 (4.00-28.00)	23.61±6.90	26.00 (4.00-28.00)	72.20±18.82	80.00 (12.00-84.00)
	25-48 ay	35	23.03±7.99	27.00 (4.00-28.00)	23.11±7.82	27.00 (4.00-28.00)	22.66±8.29	27.00 (4.00-28.00)	68.80±23.60	82.00 (12.00-84.00)
	49 ay ve ↑	45	23.13±5.71	24.00 (4.00-28.00)	22.58±6.80	26.00 (4.00-28.00)	21.67±7.71	26.00 (4.00-28.00)	67.38±18.31	72.00 (14.00-84.00)
χ^2_{kw} *			2.900 0.407		2.230 0.526		2.703 0.440		3.713 0.294	
p										
Bakım Konusunda Yardım Alma	Evet	148	24.49±5.29	26.00 (4.00-28.00)	24.79±5.29	27.00 (4.00-28.00)	24.08±6.02	27.00 (4.00-28.00)	73.36±15.80	80.00 (12.00-84.00)
	Hayır	156	23.55±6.72	27.00 (4.00-28.00)	23.46±7.01	27.00 (4.00-28.00)	22.99±7.48	27.00 (4.00-28.00)	70.00±20.43	80.00 (12.00-84.00)
z^{**}			-0.333		-1.062 0.288		-0.566 0.571		-0.592 0.554	
p			0.739							
Bakım Konusunda Yardım Alınan Kişiler	Eş	35	24.94±4.65	27.00 (10.00-28.00)	25.57±4.04	27.00 (12.00-28.00)	25.03±4.92	27.00 (6.00-28.00)	75.54±12.07	80.00 (36.00-84.00)
	Anne-Baba	14	23.29±5.53	25.50 (8.00-28.00)	23.43±7.21	27.00 (5.00-28.00)	21.86±7.65	25.00 (4.00-28.00)	68.57±19.72	78.00 (21.00-84.00)
	Çocuk	57	24.28±5.54	26.00 (4.00-28.00)	24.30±5.65	26.00 (4.00-28.00)	23.60±6.51	26.00 (4.00-28.00)	72.18±17.26	79.00 (12.00-84.00)
	Bakıcı	22	26.55±3.47	28.00 (16.00-28.00)	26.45±3.49	28.00 (15.00-28.00)	26.32±3.46	28.00 (16.00-28.00)	79.32±10.26	82.00 (47.00-84.00)
	Kardeş	20	22.85±6.63	25.00 (8.00-28.00)	23.95±6.12	27.00 (7.00-28.00)	22.90±6.77	26.00 (8.00-28.00)	69.70±18.05	77.50 (23.00-84.00)
χ^2_{kw} *			11.707		7.526		8.064		10.518	
p			0.020		.111		0.089		0.033	

* Kruskal Wallis Testi ** Mann Whitney U Testi

Aile alt boyutu için;

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi ve bakım konusunda yardım alımına göre aile puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi, bakım konusunda yardım alınan kişilere göre aile puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; bakıcıdan yardım alan grubun aile puan ortalamasının, kardeşten yardım alan grubun puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Özel kişi alt boyutu için;

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, bakım verme süresi, bakım konusunda yardım alma ve bakım konusunda yardım alınan kişilere göre özel kişi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi, hasta ile yakınlık derecesine göre özel kişi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; hasta birey bakım veren hasta yakınının eşi olduğu grubun özel kişi puan ortalamasının, bakım veren hasta yakınının anne- babası ve eşinin anne- babası olduğu grubun puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Arkadaş alt boyutu için;

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım konusunda yardım alıma ve bakım konusunda yardım alınan kişilere göre arkadaş puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi, yaşa göre arkadaş puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; 30-49 yaş grubunda

olanların arkadaş puan ortalamasının, 50-64 yaş grubunun puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanı için;

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi ve bakım konusunda yardım alma durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi, bakım konusunda yardım alınan kişilere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde; bakıcıdan yardım alan grubun çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puan ortalamasının, kardeşten yardım alan grubun puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.26. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Veren Hasta Yakınlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n:304)

Demografik Özellikler		n	Aile		Özel kişi		Arkadaş		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam	
			X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)
Yaş	29 yaş ve ↓	17	25.82±2.35	26.00 (20.00-28.00)	26.18±2.35	27.00 (21.00-28.00)	24.00±5.91	26.00 (4.00-28.00)	76.00±8.84	80.00 (54.00-84.00)
	30-49 yaş	28	23.25±6.71	26.00 (6.00-28.00)	23.04±6.64	26.00 (7.00-28.00)	22.68±7.54	27.00 (4.00-28.00)	68.96±20.38	79.00 (17.00-84.00)
	50-64 yaş	81	23.17±6.14	25.00 (4.00-28.00)	23.26±6.33	26.00 (4.00-28.00)	23.25±6.38	26.00 (4.00-28.00)	69.68±18.37	76.00 (12.00-84.00)
	65 yaş ve ↑	178	24.33±6.16	27.00 (4.00-28.00)	24.46±6.38	27.00 (4.00-28.00)	23.74±7.02	27.00 (4.00-28.00)	72.53±18.70	81.00 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			5.232		12.793		2.880		5.504	
p			0.156		0.005		0.411		0.138	
Cinsiyet	Erkek	140	23.78±6.45	27.00 (4.00-28.00)	23.94±6.54	27.00 (4.00-28.00)	23.53±7.00	27.00 (4.00-28.00)	71.24±19.25	80.00 (12.00-84.00)
	Kadın	164	24.20±5.75	27.00 (4.00-28.00)	24.25±6.02	27.00 (4.00-28.00)	23.52±6.69	27.00 (4.00-28.00)	71.97±17.64	80.00 (12.00-84.00)
z			-0.284		-0.391		-0.047		-0.352	
p			0.777		0.696		0.963		0.725	
Medeni Durum	Evli	210	23.82±6.32	26.50 (4.00-28.00)	24.03±6.34	27.00 (4.00-28.00)	23.48±6.91	27.00 (4.00-28.00)	71.33±18.90	80.00 (12.00-84.00)
	Bekâr	27	24.78±3.57	26.00 (15.00-28.00)	24.70±4.49	26.00 (10.00-28.00)	22.63±7.04	26.00 (4.00-28.00)	72.11±13.78	79.00 (30.00-84.00)
	Boşanmış/dul	67	24.27±6.13	28.00 (4.00-28.00)	24.09±6.65	27.00 (4.00-28.00)	24.03±6.50	27.00 (4.00-28.00)	72.39±18.52	82.00 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			2.666		1.508		3.155		3.550	
p			0.264		0.471		0.207		0.169	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	86	24.72±5.31	27.00 (4.00-28.00)	24.85±5.65	27.00 (4.00-28.00)	23.73±7.06	27.00 (4.00-28.00)	73.30±16.63	82.00 (12.00-84.00)
	Okuryazar	112	23.88±6.62	27.00 (4.00-28.00)	23.88±6.70	27.00 (4.00-28.00)	24.03±6.52	27.00 (4.00-28.00)	71.78±19.59	80.00 (12.00-84.00)
	İlkokul	57	23.56±6.50	26.00 (4.00-28.00)	23.53±6.92	27.00 (4.00-28.00)	22.65±7.35	26.00 (4.00-28.00)	69.74±20.11	79.00 (12.00-84.00)
	Ortaokul	15	20.73±7.51	23.00 (4.00-28.00)	21.80±7.22	23.00 (4.00-28.00)	20.67±8.77	23.00 (4.00-28.00)	63.20±21.90	69.00 (12.00-84.00)
	Lise	24	24.29±4.40	26.00 (9.00-28.00)	24.58±4.58	26.00 (9.00-28.00)	23.92±5.65	26.00 (8.00-28.00)	72.79±13.89	79.00 (26.00-84.00)
	Üniversite	10	26.10±2.69	27.00 (20.00-28.00)	25.90±2.96	27.00 (20.00-28.00)	24.40±3.13	25.50 (19.00-28.00)	76.40±8.26	79.00 (60.00-84.00)
χ^2_{kw} *			9.809		7.181		4.884		6.705	
p			0.081		0.208		0.430		0.243	

* Kruskal Wallis Testi ** Mann Whitney U Testi

Tablo 4.26. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Veren Hasta Yakınlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması - devamı (n:304)

Demografik Özellikler		n	Aile		Özel kişi		Arkadaş		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam	
			X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)
Sosyal Güvence	Yeşil kart	42	23.21±6.77	26.00 (4.00-28.00)	23.55±6.96	26.00 (4.00-28.00)	22.36±7.77	26.50 (4.00-28.00)	69.12±20.57	79.00 (12.00-84.00)
	SSK	140	23.66±6.25	26.00 (4.00-28.00)	23.38±6.73	27.00 (4.00-28.00)	23.12±7.13	26.00 (4.00-28.00)	70.16±19.51	79.00 (12.00-84.00)
	Bağkur	92	24.63±5.68	27.00 (4.00-28.00)	25.09±5.29	27.00 (4.00-28.00)	24.34±6.18	27.00 (4.00-28.00)	74.05±16.04	81.00 (12.00-84.00)
	Emekli sandığı	30	24.83±5.38	27.00 (4.00-28.00)	25.27±5.30	27.00 (4.00-28.00)	24.53±5.58	27.00 (4.00-28.00)	74.63±15.79	81.00 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			4.815		8.576		2.189		5.731	
p			0.186		0.035		0.534		0.125	
Hastalık Tanısı	DM	28	23.46±6.07	25.00 (4.00-28.00)	23.68±6.54	26.00 (4.00-28.00)	23.29±7.47	26.00 (4.00-28.00)	70.43±19.55	77.50 (12.00-84.00)
	Hipertansiyon	15	22.67±8.02	26.00 (4.00-28.00)	22.87±8.13	27.00 (4.00-28.00)	23.27±7.84	27.00 (4.00-28.00)	68.80±23.88	81.00 (12.00-84.00)
	SVH(Felç)	41	24.95±4.77	27.00 (4.00-28.00)	25.12±4.63	27.00 (4.00-28.00)	23.98±6.25	27.00 (4.00-28.00)	74.05±14.33	80.00 (12.00-84.00)
	KOAH	54	23.70±7.27	27.00 (4.00-28.00)	23.43±7.42	27.00 (4.00-28.00)	23.63±7.23	27.00 (4.00-28.00)	70.76±21.62	80.00 (12.00-84.00)
	KBY	8	17.50±8.40	16.00 (8.00-28.00)	19.38±8.37	21.00 (5.00-28.00)	18.75±6.43	21.00 (8.00-26.00)	55.63±20.80	57.00 (21.00-82.00)
	Kalp hastalığı	41	25.83±4.16	28.00 (9.00-28.00)	25.78±4.00	27.00 (10.00-28.00)	25.88±3.89	28.00 (13.00-28.00)	77.49±11.87	83.00 (32.00-84.00)
	Astım	21	25.38±3.63	27.00 (15.00-28.00)	25.00±5.61	28.00 (4.00-28.00)	25.43±4.25	28.00 (12.00-28.00)	75.81±13.27	80.00 (31.00-84.00)
	Alzheimer	11	24.45±7.12	28.00 (4.00-28.00)	25.00±7.10	28.00 (4.00-28.00)	24.91±7.06	28.00 (4.00-28.00)	74.36±21.12	81.00 (12.00-84.00)
	Kanser	19	23.16±3.99	23.00 (16.00-28.00)	23.21±4.43	25.00 (16.00-28.00)	22.00±5.88	23.00 (7.00-28.00)	68.37±13.07	70.00 (46.00-84.00)
	Bel Fıtığı	9	15.22±8.03	18.00 (4.00-27.00)	16.78±9.61	17.00 (4.00-28.00)	12.00±8.11	10.00 (4.00-28.00)	44.00±23.90	44.00 (12.00-80.00)
	Kırık	45	25.51±4.45	27.00 (4.00-28.00)	25.82±4.48	27.00 (4.00-28.00)	25.07±4.98	27.00 (4.00-28.00)	76.40±12.88	80.00 (12.00-84.00)
	Engelli	12	22.67±6.84	24.00 (4.00-28.00)	21.75±7.71	25.00 (4.00-28.00)	18.17±10.41	21.50 (4.00-28.00)	62.58±23.36	67.50 (12.00-84.00)
χ^2_{kw} *			35.757		24.116		40.118		39.558	
p			0.000		0.012		0.000		0.000	

* Kruskal Wallis Testi

** Mann Whitney U Testi

Tablo 4.26. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Veren Hasta Yakınlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması - devamı (n:304)

Demografik Özellikler		n	Aile		Özel kişi		Arkadaş		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam	
			X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)	X±SS	Medyan (Min-Max)
Ek Hastalık Varlığı	Olanlar	179	24.64±5.69	27.00 (4.00-28.00)	24.51±6.12	27.00 (4.00-28.00)	24.15±6.63	27.00 (4.00-28.00)	73.28±17.71	80.00 (12.00-84.00)
	Olmayanlar	125	23.10±6.51	26.00 (4.00-28.00)	23.53±6.43	26.00 (4.00-28.00)	22.63±7.01	26.00 (4.00-28.00)	69.31±19.10	77.00 (12.00-84.00)
z**			-2.492		-1.689		-2.158		-2.492	
p			0.013		0.091		0.031		0.013	
Ek Hastalıkların Dağılımı	DM	27	24.67±6.12	28.00 (8.00-28.00)	24.44±6.46	27.00 (5.00-28.00)	24.59±6.15	27.00 (8.00-28.00)	73.70±18.63	82.00 (21.00-84.00)
	Hipertansiyon	66	25.33±5.18	27.00 (4.00-28.00)	25.33±5.15	27.00 (4.00-28.00)	24.64±6.08	27.00 (4.00-28.00)	75.02±15.59	80.50 (12.00-84.00)
	KOAH	11	26.64±1.63	28.00 (24.00-28.00)	27.00±0.89	27.00 (26.00-28.00)	26.55±1.44	27.00 (24.00-28.00)	80.18±3.52	81.00 (75.00-84.00)
	DM-Hipertansiyon	35	24.63±5.06	26.00 (4.00-28.00)	24.49±5.63	27.00 (5.00-28.00)	23.94±6.72	27.00 (5.00-28.00)	73.06±16.37	80.00 (14.00-84.00)
	Astım	15	27.33±1.35	28.00 (23.00-28.00)	26.27±3.26	27.00 (17.00-28.00)	27.47±0.74	28.00 (26.00-28.00)	81.07±4.91	83.00 (67.00-84.00)
	Kalp hastalığı	11	20.18±7.44	23.00 (4.00-27.00)	19.73±8.83	24.00 (4.00-28.00)	19.55±8.18	24.00 (5.00-28.00)	59.45±22.35	68.00 (13.00-80.00)
	Diğer	13	21.23±9.14	26.00 (4.00-28.00)	20.46±9.90	26.00 (4.00-28.00)	19.38±10.76	26.00 (4.00-28.00)	61.08±29.49	79.00 (12.00-84.00)
x²_{kw}*			5.752		1.401		4.229		4.264	
p			0.218		0.844		0.376		0.371	
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	125	23.75±6.69	27.00 (4.00-28.00)	24.08±6.81	27.00 (4.00-28.00)	23.50±7.06	27.00 (4.00-28.00)	71.34±19.95	80.00 (12.00-84.00)
	Gelir gidere eşit	157	24.08±5.89	27.00 (4.00-28.00)	24.04±6.12	27.00 (4.00-28.00)	23.56±6.70	27.00 (4.00-28.00)	71.68±17.93	80.00 (12.00-84.00)
	Gelir giderden az	22	24.95±3.09	26.00 (18.00-28.00)	24.68±3.48	26.00 (18.00-28.00)	23.36±6.57	27.00 (4.00-28.00)	73.00±11.42	80.00 (54.00-84.00)
x²_{kw}*			0.252		0.834		0.042		0.120	
p			0.882		0.659		0.979		0.942	

* Kruskal Wallis Testi

** Mann Whitney U Testi

Aile alt boyutu için;

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir düzeyine ve ek hastalıkların dağılımına göre; bakım veren hasta yakının aile puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi, hastalık tanısı ve ek hastalık varlığına göre; bakım veren hasta yakının aile puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık tanısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; tanısı bel fitiği olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının aile puan ortalamasının, DM, SVH, KOAH, kalp hastalığı, astım, alzheimer, kanser ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından; KBYolan hastalara bakım veren hasta yakınlarının aile puan ortalamasının, SVH, kalp hastalığı ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ek hastalığı olanlara bakım veren hasta yakınlarının aile puan ortalaması daha yüksektir.

Özel kişi alt boyutu için;

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, ek hastalık, ek hastalıkların dağılımı ve gelir düzeyine göre; bakım verenlerin özel kişi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi, yaş ve hastalık tanısına göre; bakım verenlerin özel kişi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık tanısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; tanısı bel fitiği olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının özel kişi puan ortalamasının, SVH, kalp hastalığı, astım ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Arkadaş alt boyutu için;

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir düzeyine ve ek hastalıkların dağılımına göre; bakım verenlerin arkadaş puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi, hastalık tanısı, ve ek hastalık varlığına göre; bakım verenlerin arkadaş puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastalık tanısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; tanısı bel fitiği olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının arkadaş puan ortalamasının, DM, hipertansiyon, SVH, KOAH, kalp hastalığı, astım, alzheimer, kanser ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından; engelli hastalara bakım veren hasta yakınlarının arkadaş puan ortalamasının, kalp hastalığı ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ek hastalığı olanlara bakım veren hasta yakınlarının arkadaş puan ortalaması daha yüksektir.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanı için;

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, ek hastalıkların dağılımı ve gelir düzeyine göre; bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi, hastalık tanısı ve ek hastalık durumuna göre; bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık tanısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; tanısı bel fitiği olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puan ortalamasının, DM, hipertansiyon, SVH, KOAH, kalp hastalığı, astım, alzheimer, kanser ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ek hastalığı olanlara bakım veren hasta yakınlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puan ortalaması daha yüksektir.

Bakım verenlerin demografik özelliklerine göre bakım yükü puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.27’de sunulmuştur.

Tablo 4.27. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Bakım Yükü Puanlarının Karşılaştırılması (n:304)

Demografik Özellikler		n	Bakım Yükü		F*/t**	P
			X±SS	Medyan (Min-Max)		
Yaş	18-29 yaş	38	27.53±16.75	26.00 (0.00-64.00)	0.822*	0.483
	30-49 yaş	146	24.23±17.01	19.00 (0.00-62.00)		
	50-64 yaş	94	24.30±14.96	22.50 (0.00-70.00)		
	65 yaş ve ↑	26	28.19±13.72	28.50 (6.00-56.00)		
Cinsiyet	Erkek	101	23.53±15.09	22.00 (0.00-64.00)	-1.123**	0.262
	Kadın	203	25.73±16.56	22.00 (0.00-70.00)		
Medeni Durum	Evli	269	24.80±16.13	22.00 (0.00-70.00)	-0.623**	0.534
	Bekâr	35	26.60±15.95	25.00 (0.00-64.00)		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	17	21.35±14.05	19.00 (0.00-54.00)	0.600*	0.700
	Okuryazar	67	25.63±14.24	26.00 (0.00-56.00)		
	İlkokul	58	26.93±18.31	23.50 (0.00-70.00)		
	Ortaokul	41	24.51±13.66	22.00 (0.00-56.00)		
	Lise	73	23.22±16.49	18.00 (0.00-61.00)		
	Üniversite ve ↑	48	26.23±17.87	24.50 (0.00-64.00)		
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	39	25.38±16.42	24.00 (2.00-58.00)	0.238*	0.870
	SSK	160	25.08±16.54	22.00 (0.00-70.00)		
	Bağkur	62	25.82±14.71	22.00 (0.00-56.00)		
	Yeşil kart	43	23.21±16.45	19.00 (0.00-61.00)		
Çalışma Durumu	Tamgün	77	24.23±16.98	21.00 (0.00-64.00)	1.213*	0.299
	Yarım gün	8	17.00±10.56	13.50 (7.00-38.00)		
	Çalışmıyor	219	25.57±15.90	23.00 (0.00-70.00)		
Gelir Durumu	Gelir giderden az	137	25.81±16.93	23.00 (0.00-70.00)	0.424*	0.655
	Gelir gidere eşit	134	24.63±15.64	22.00 (0.00-63.00)		
	Gelir giderden fazla	33	23.15±14.48	22.00 (2.00-64.00)		
Hasta ile Yakınlık Derecesi	Anne-baba	96	25.94±17.11	25.00 (0.00-64.00)	0.448*	0.774
	Çocuklar	20	24.75±15.13	24.00 (4.00-62.00)		
	Eşi	92	25.91±15.06	23.50 (0.00-70.00)		
	Akrabası	34	22.79±14.02	22.00 (4.00-57.00)		
	Eşinin anne babası	62	23.50±17.52	17.00 (0.00-63.00)		

*One Way Anova Testi

**Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.27. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Bakım Yükü Puanlarının Karşılaştırılması-devam (n:304)

Demografik Özellikler		n	Bakım Yükü		F*/t**	P
			X±SS	Medyan (Min-Max)		
Bakım Verme Süresi	3-12 ay	163	24.14±16.72	19.00 (0.00-64.00)	0.977*	0.404
	13-24 ay	61	26.44±14.70	25.00 (0.00-58.00)		
	25-48 ay	35	22.91±16.10	18.00 (0.00-70.00)		
	49 ay ve ↑	45	27.82±15.56	26.00 (0.00-63.00)		
Bakım Konusunda Yardım Alınma	Evet	148	25.89±16.13	24.00 (0.00-62.00)	0.930**	0.353
	Hayır	156	24.17±16.07	21.00 (0.00-70.00)		
Bakım Konusunda Yardım Alınan Kişiler	Eş	35	23.23±16.73	17.00 (0.00-57.00)	0.545*	0.703
	Anne-Baba	14	24.14±12.62	22.00 (8.00-46.00)		
	Çocuk	57	27.39±16.46	29.00 (0.00-58.00)		
	Bakıcı	22	24.95±15.00	22.50 (6.00-61.00)		
	Kardeş	20	28.50±18.02	27.00 (4.00-62.00)		

*One Way Anova Testi

**Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.27’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım konusunda yardım alınma ve bakım konusunda yardım alınan kişilere göre bakım yükü puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların demografik özelliklerine göre; bakım verenlerin bakım yükü puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.28’de sunulmuştur.

Tablo 4.28. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü Puanlarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	Bakım Yüğü		F*/t**	P	
		X±SS	Medyan (Min-Max)			
Yaş	29 yaş ve ↓	17	24.53±16.59	18.00 (8.00-62.00)	0.928*	0.427
	30-49 yaş	28	27.39±15.67	25.00 (0.00-58.00)		
	50-64 yaş	81	26.93±16.00	26.00 (0.00-61.00)		
	65 yaş ve ↑	178	23.80±16.16	21.00 (0.00-70.00)		
Cinsiyet	Erkek	140	24.67±16.43	21.00 (0.00-70.00)	-0.332**	0.740
	Kadın	164	25.29±15.84	24.00 (0.00-63.00)		
Medeni Durum	Evli	210	25.51±15.85	23.00 (0.00-70.00)	0.376*	0.687
	Bekâr	27	24.56±15.65	22.00 (2.00-62.00)		
	Boşanmış/dul	67	23.58±17.16	17.00 (0.00-64.00)		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	86	25.40±17.44	22.00 (0.00-63.00)	0.448*	0.815
	Okuryazar	112	23.37±14.40	21.00 (0.00-64.00)		
	İlkokul	57	26.84±17.97	27.00 (0.00-70.00)		
	Ortaokul	15	25.87±15.68	29.00 (4.00-61.00)		
	Lise	24	26.63±16.71	22.00 (2.00-58.00)		
	Üniversite	10	24.30±10.87	22.00 (11.00-42.00)		
Sosyal Güvence	Yeşil kart	42	27.57±17.81	28.50 (0.00-61.00)	2.435*	0.065
	SSK	140	24.74±16.48	22.00 (0.00-70.00)		
	Bağkur	92	22.39±13.99	18.00 (0.00-55.00)		
	Emekli sandığı	30	30.63±16.65	28.50 (8.00-63.00)		
Hastalık Tanısı	DM	28	23.82±12.02	27.00 (0.00-48.00)	2.539*	0.004
	Hipertansiyon	15	25.73±13.79	24.00 (6.00-51.00)		
	SVH(Felç)	41	29.24±14.97	27.00 (0.00-63.00)		
	KOAH	54	19.81±15.23	15.00 (0.00-70.00)		
	KBY	8	34.75±19.23	40.50 (4.00-58.00)		
	Kalp hastalığı	41	25.41±16.81	21.00 (0.00-64.00)		
	Astım	21	18.00±11.70	15.00 (1.00-40.00)		
	Alzheimer	11	23.91±17.32	18.00 (2.00-56.00)		
	Kanser	19	31.84±16.18	34.00 (0.00-61.00)		
	Bel Fıtığı	9	35.89±23.03	41.00 (4.00-61.00)		
	Kırık	45	22.42±16.19	17.00 (0.00-56.00)		
	Engelli	12	31.75±18.29	25.00 (8.00-62.00)		

*One Way Anova Testi

**Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.28. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü Puanlarının Karşılaştırılması - devamı (n:304)

Demografik Özellikler		n	Bakım Yükü		F	P
			X±SS	Medyan (Min-Max)		
Ek Hastalık Varlığı	Olanlar	178	23.30±14.98	21.00 (0.00-70.00)	-2.156**	0.032
	Olmayanlar	126	27.41±17.32	25.00 (0.00-64.00)		
Ek Hastalıkların Dağılımı	DM	27	24.41±15.56	18.00 (6.00-58.00)	0.863*	0.523
	Hipertansiyon	66	22.11±13.47	20.50 (0.00-56.00)		
	KOAH	11	16.73±10.67	15.00 (2.00-39.00)		
	DM-HT	35	26.97±15.56	26.00 (4.00-56.00)		
	Astım	15	21.33±12.48	24.00 (0.00-39.00)		
	Kalp hastalığı	11	25.09±18.96	27.00 (2.00-62.00)		
	Diğer	13	23.46±21.04	18.00 (0.00-70.00)		
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	125	26.15±17.60	21.00 (0.00-70.00)	0.570*	0.566
	Gelir gidere eşit	157	24.31±15.09	23.00 (0.00-64.00)		
	Gelir giderden fazla	22	23.41±14.21	20.50 (4.00-63.00)		

*One Way Anova Testi

**Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.28'de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, ek hastalıkların dağılımı ve gelir düzeyine göre; bakım verenlerin bakım yükü puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalık tanısı ve ek hastalık durumuna göre; bakım verenlerin bakım yükü puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık tanısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; KOAH'ı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü puan ortalamasının, SVH, KBY, kanser, bel fıtığı ve engelli olanlara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlenmiştir Ek hastalığı olanlara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü puan ortalaması, ek hastalığı olmayanlara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşüktür.

Bakım yükü, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, kısa semptom envanteri ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.29'da sunulmuştur.

Tablo 4.29. Bakım Yüğü, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Alt boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Bakım Yüğü	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete Bozukluğu	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi	Aile	Özel Kişi	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam
Bakım Yüğü	1.000																	
Somatizasyon	0.396**	1.000																
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0.402**	0.833**	1.000															
Kişilerarası Duyarlılık	0.402**	0.749**	0.682**	1.000														
Depresyon	0.360**	0.811**	0.831**	0.712**	1.000													
Anksiyete Bozukluğu	0.453**	0.802**	0.766**	0.711**	0.797**	1.000												
Hostilite	0.358**	0.755**	0.767**	0.693**	0.759**	0.812**	1.000											
Fobik Anksiyete	0.332**	0.737**	0.719**	0.652**	0.711**	0.677**	0.707**	1.000										
Paranoid Düşünce	0.395**	0.752**	0.757**	0.673**	0.757**	0.768**	0.703**	0.656**	1.000									
Psikotizm	0.393**	0.756**	0.759**	0.722**	0.782**	0.759**	0.749**	0.768**	0.717**	1.000								
Ek Maddeler	0.388**	0.739**	0.748**	0.627**	0.738**	0.782**	0.768**	0.669**	0.748**	0.738**	1.000							
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.438**	0.880**	0.903**	0.802**	0.901**	0.897**	0.880**	0.816**	0.864**	0.872**	0.857**	1.000						
Belirti Toplam İndeksi	0.410**	0.896**	0.880**	0.798**	0.888**	0.867**	0.856**	0.832**	0.835**	0.872**	0.827**	0.974**	1.000					
Semptom Rahatsızlık İndeksi	0.339**	0.595**	0.648**	0.529**	0.574**	0.634**	0.606**	0.462**	0.651**	0.517**	0.585**	0.680**	0.533**	1.000				
Aile	-0.290**	-0.378**	-0.387**	-0.334**	-0.413**	-0.457**	-0.434**	-0.403**	-0.353**	-0.390**	-0.422**	-0.455**	-0.417**	-0.399**	1.000			
Özel Kişi	-0.235**	-0.318**	-0.327**	-0.255**	-0.355**	-0.425**	-0.371**	-0.317**	-0.305**	-0.327**	-0.366**	-0.383**	-0.359**	-0.322**	0.840**	1.000		
Arkadaş	-0.311**	-0.430**	-0.431**	-0.407**	-0.467**	-0.491**	-0.468**	-0.410**	-0.400**	-0.435**	-0.439**	-0.509**	-0.468**	-0.392**	0.825**	0.768**	1.000	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam	-0.297**	-0.407**	-0.413**	-0.369**	-0.440**	-0.495**	-0.453**	-0.408**	-0.387**	-0.414**	-0.435**	-0.488**	-0.446**	-0.409**	0.941**	0.900**	0.927**	1.000

** p<0.01

Tablo 4.29’da görüldüğü gibi,

Bakım yükü puanı ile;

Somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Bakım yükü puanı arttıkça somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler puanları da artmaktadır.

Rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Bakım yükü puanı arttıkça rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları da artmaktadır.

Aile, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki; arkadaş puanı arasında orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Bakım yükü puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Somatizasyon puanı ile;

Aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Somatizasyon puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Obsesif kompulsif bozukluk puanı ile;

Aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Obsesif kompulsif bozukluk puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Kişilerarası duyarlılık puanı ile;

Aile, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde; özel kişi puanı arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki

olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Kişilerarası duyarlılık puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Depresyon puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Depresyon puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Anksiyete bozukluğu puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Anksiyete bozukluğu puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Hostilite puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Hostilite puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Fobik anksiyete puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Fobik anksiyete puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Paranoid düşünce puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Paranoid düşünce puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Psikotizm puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Psikotizm puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Ek maddeler puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Ek maddeler puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Rahatsızlık ciddiyet indeksi puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Rahatsızlık ciddiyet indeksi puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Belirti toplam indeksi puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Belirti toplam indeksi puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

Semptom rahatsızlık indeksi puanı ile;

Aile, arkadaş, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Rahatsızlık ciddiyet indeksi puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puanları düşmektedir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Bakım Verenlere Ait Sosyo-Demografik Özellikler

Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan hastalara uzun süreli bakım veren hasta yakınlarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada bakım veren hasta yakınlarının %48.0'ı 30-49 yaş grubunda, %66.8'i kadın; %88.5'i evli; %24.0'ı lise mezunudur. Bakım verenler üzerinde yapılmış çalışmalarda, bakım verenlerin genel olarak evli, kadın, 50 yaşından küçük, okuryazar ve en az ilkokul mezunu olduğu belirtilmektedir (Chiou ve ark., 2009; Mollaoğlu ve ark., 2011; Taşdelen ve Ateş, 2012; Yeşil ve ark., 2016; Hu ve ark. 2017; Çıtlık Sarıtaş ve Işık, 2017; Eğilli ve Sunal, 2017; Rodríguez-Pérez ve ark., 2017; Sögüt ve Erbay Dünder, 2017; Tayaz ve Koç, 2018; Karaağaç ve Çalık Var, 2019). Bu sonuçlar çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Bakım verme işinin toplumlarda evli kadının rolü olarak algılanmasının nedeni; genelde kız çocuklarında bakım verme görevinin çocukluk döneminde küçük kardeş bakımı ile başlamasından, evlendikten sonra da ev işleri ile çocuğun büyüme sürecinde ya da yetişkin bireyin yaşlılık, sağlık problemleri gibi bakıma ihtiyaç hissettiği durumlarda akla gelen kişi olmasından, bakım verme görevinin kadınlar için doğal olarak görülmesinden ve kadınların karşı cinslerine göre duyarlı ve daha şefkatli olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının %52.6'sının SSK'lı; %72.0'ının çalışmadığı; %45.1'inin gelirinin giderinden az olduğu görülmektedir. Literatürde bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda bakım verenlerin çoğunlukla çalışmadığı, bir sosyal güvenceye sahip olduğu ve gelirlerinin giderlerinden az olduğu ifade edilmektedir (Chiou ve ark., 2009; Mollaoğlu ve ark., 2011; Dökmen, 2012; Taşdelen ve Ateş, 2012; Yeşil ve ark., 2016; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016; Çıtlık Sarıtaş ve Işık, 2017). Çalışmada bakım işini

neden yaptıklarına dair sorgulama yapılmadığı için bakım sürecinin diğer çalışmalarla benzerlik veya farklılıklarının yorumlanmasının doğru olmayacağı düşünülebilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının %31.6'sı hastanın anne-babasıdır. Taşdelen ve Ateş'in (2012) çalışmalarında; bakım verenlerin %35.0'inin annesi olduğu bulunmuştur. Taşdelen ve ark. yaptığı çalışma sonuçları, bulgularımızı destekler niteliktedir fakat literatürde bakım verenlerin çoğunlukla hastanın çocuğu (çoğunlukla kızı) olduğunu gösterir çalışmalar da vardır (Rinaldi ve ark., 2005; Mollaoğlu ve ark., 2011; Yeşil ve ark., 2016; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016; Çıtlık Sarıtaş ve Işık, 2017; Tayaz ve Koç, 2018). Aradaki farklılık araştırılan grupların hastalıklarının ve yaşlarının farklı olmasından kaynaklanması olabilir. Çocuk hastaların bakıcısının ebeveyn veya yaşlı hastaların bakımını üstlenenlerin evlatları olması beklenen bir durum olarak kabul edilebilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının %53.6'sının 3-12 aydır bakım vermekte ve ortalama bakım verme süresi de 30.95 ± 50.85 aydır. Bu konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde bakım verenlerde bakım verme süresi 6 aydan daha azdır (Mollaoğlu ve ark., 2011; Taşdelen ve Ateş, 2012). Fakat bazı çalışmalarda ise bakım verme süresi daha uzun olabilmektedir (Afşar, 2010; Yeşil ve ark., 2016; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016; Çıtlık Sarıtaş ve Işık, 2017; Karaağaç ve Çalık Var, 2019). Aradaki farklılık çalışmalarda örnek seçilirken en az kaç aydır bakım işinin düzenli üstlenildiğine dair standart olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada bakım veren hasta yakınlarının %48.7'si bakım konusunda yardım aldığını ve yardım alanlarında %37.9'unun çocuklarından yardım aldığı bulunmuştur. Yeşil ve ark. (2016) kronik hastalığı olanlara bakım verenler üzerinde yapmış oldukları çalışmada bakım verenlerin % 74.8'inin bakım konusunda yardım almadığını, Uğur ve Fadiloğlu ise (2012) çalışmalarında yardım alanların çocuklarından yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Literatüre bakıldığında da bakım verenlerin hasta bakımında bir başkasından yardım aldığı (Akyar ve Akdemir, 2009; Dökmen, 2012; Uğur ve Fadiloğlu, 2012; Duru Aşiret ve Kapucu, 2013; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016; Karaağaç ve Çalık Var, 2019) ve bu bireylerin genellikle aile üyelerinden (Bugge ve ark., 1999; Akyar ve Akdemir, 2009; Dökmen, 2012), akraba yada arkadaşlarından (Şirzai ve ark., 2015) oluştuğu görülmektedir.

5.2. Bakım Verilen Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özellikler

Çalışmada hastaların %58.6'sının 65 yaş ve üzerinde; yaş ortalamasının 65.16 ± 16.98 ; %53.9'unun kadın; %69.1'inin evli; %36.8'inin okuryazar; %46.1'inin sosyal güvencesi SSK; %51.6'sının gelirinin giderine eşit olduğu görülmektedir. Ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfusumuz yaşlanmaya devam etmektedir. 2018 yılında %8.7 olan yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının 2023'te %10.2 ve 2080'de %25.6 olacağı öngörülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080). Bu konu ile ilgili yapılmış çalışma (Thome ve ark., 2003; Nadarević-Štefanec ve ark., 2011; Enginyurt ve Öngel, 2012; Çatak ve ark., 2012; Dawani ve ark., 2014; Karaman ve ark., 2015; Kouta ve ark., 2015) sonuçlarından da anlaşılacağı gibi ESH biriminden hizmet alan kişilerin çoğunluğunun 65 yaş üzeri olduğu ve çalışma sonuçlarımızın da bu sonuçlarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

TÜİK verilerine göre daha uzun yaşamaları nedeniyle kadınlar yaşlılıkta nüfusun daha büyük bir bölümünü oluşturmakta (Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın, 2018) ve evde bakım hizmetinden yaşlı kadınların daha çok yararlandıkları görülmektedir (Subaşı ve Öztekin, 2006; Yörük ve ark., 2012). Çatak ve ark. (2012) çalışmalarında hastaların %67.6'sının kadın, Karaman ve ark. (2015) çalışmalarında bireylerin %61.4'ünün kadın ve %52.3'ünün evli ve Enginyurt ile Öngel'in (2012) çalışmalarında ise hastaların %41.6'sının kadın ve %52.0'sinin evli olduğu görülmüştür. Çatak ve ark., Karaman ve ark. ile Enginyurt ve Öngel'in yaptıkları çalışmaların bulguları çalışma bulgularımız ile örtüşmektedir. Yurt dışında yapılmış evde bakımla ilgili çalışmalarda da bakım alan bireylerin büyük bir kısmını kadınlar oluşturmaktadır (Nadarević-Štefanec ve ark., 2012; Dawani ve ark., 2014; Kouta ve ark., 2015). Çalışma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi ESH biriminden hizmet alan bireylerin çoğunluğu evli kadınlardır.

Literatüre bakıldığında ESH biriminden hizmet alan bireylerin çoğunluğunun bir sosyal güvenceye sahip olduğu görülmektedir ve bu çalışma sonuçları çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Subaşı ve Öztekin, 2006; Yörük ve ark., 2012; Çatak ve ark., 2012; Enginyurt ve Öngel, 2012). Sağlığın korunması ve hastalık halinde yapılan maddi harcamaların minimum değerlere indirilmesinde kişilerin sosyal güvenceye sahip

olmalarının önemli rolü olduğu söylenebilir. Ayrıca sosyal güvencesi olmayan başka bireylerin de bu birime başvuramadıkları da düşünülebilir.

Çalışmada hastaların %17.8'inin tanısı KOAH; %58.6'sının başka ek hastalığı bulunmakta ve ek hastalığı olanların da %37.1'inin ek hastalığı hipertansiyondur. Karaman ve ark. (2015) yaptığı çalışmada hastaların %51.6'sının yine Tuna ve ark. (2012) Kayseri ili genelinde yaptıkları çalışmada hastaların %33.2'sinin nörolojik hastalıklara sahip olduğunu belirtmişlerdir. Japonya'da yapılan bir çalışmada (Akiyama ve ark., 2011) EBH alan yaşlı bireylerin %29.6'sının hipertansiyon, %21.4'ünün serebrovasküler hastalıklara, Hırvatistan'da yapılmış çalışmada (Nadarević-Štefanec ve ark., 2011) %28.9'unun dolaşım hastalıklarına ve Ürdün'de yapılmış çalışmada (Dawani ve ark., 2014) ise hastaların %41.5'inin kalp hastalıklarına sahip oldukları belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımızın, yapılan çalışma sonuçlarıyla farklılıklar göstermesine, çalışma kapsamına alınan kişilerin fiziksel ve ruhsal durumları, yaşam koşulları ya da yaşadıkları yerlerin bölgesel özellikleri ve sağlık hizmeti almaya dair şartları neden olmuş olabilir.

Çalışma bulgularımızı da destekler nitelikte olarak Finlandiya'da yapılmış bir çalışmada bireylerin evde bakım alma nedenlerinin; paralizi, kardiyovasküler hastalıklar, romatizmal hastalıklar, kanser, Parkinson, DM ve mental rahatsızlıklar olduğu belirtilmiştir (Kuuppelomaki ve ark., 2004b). Taşdelen ve Ateş'in (2012) çalışmasında hastaların %74.6'sında en az başka bir kronik hastalık bulunduğu, Söylemezo'nun (2011) çalışmasında ise; hastaların %19.2'sinin en az bir kronik hastalığı olduğu görülmektedir. Hastaların ileri yaşlarda olmaları nedeniyle birden fazla hastalığa sahip olmalarının beklenen bir özellik olmasının da göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülebilir.

5.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

Çalışmada bakım veren hasta yakınları somatizasyon alt boyutundan 4.11 ± 5.19 , obsesif kompulsif bozukluk alt boyutundan 3.78 ± 4.54 , kişilerarası duyarlılık alt boyutundan 2.60 ± 3.14 , depresyon alt boyutundan 3.81 ± 4.53 , anksiyete bozukluğu alt boyutundan 3.63 ± 4.62 , hostile alt boyutundan 3.01 ± 3.64 , fobik anksiyete alt boyutundan 3.01 ± 3.73 , paranoid düşünce alt boyutundan 3.19 ± 3.55 , psikotizm alt boyutundan 2.70 ± 3.27 , ek maddeler 2.43 ± 2.98 , rahatsızlık ciddiyet indeksi 'den 0.53 ± 0.59 , belirti

toplam indeksi 'den 20.12 ± 15.76 ve semptom rahatsızlık indeksi 'den 1.42 ± 0.58 puan aldıkları görülmektedir. Önsöz'ün (2013) yaptığı çalışmasında somatizasyon puan ortalaması 0.55 ± 0.58 , obsesif kompulsif bozukluk puan ortalaması 0.96 ± 0.68 , kişilerarası duyarlılık puan ortalaması 0.68 ± 0.73 depresyon puan ortalaması 0.69 ± 0.68 , anksiyete bozukluğu puan ortalaması 0.70 ± 0.60 , hostilete puan ortalaması 0.80 ± 0.73 , fobik anksiyete puan ortalaması 0.35 ± 0.48 , paranoid düşünceler puan ortalaması 0.81 ± 0.69 , psikotizm puan ortalaması 0.50 ± 0.57 ve ek maddeler puan ortalaması 0.70 ± 0.66 olarak saptanmıştır. Çalışmada kısa semptom envanteri alt boyutlarından somatizasyon en yüksek, ek maddedeler en düşük puan ortalamasına; Önsöz'ün çalışmasında ise obsesif kompulsif bozukluk en yüksek, fobik anksiyete en düşük puan ortalamasına sahiptir. Önsöz'ün çalışmasının alt boyut puan ortalamalarının bu çalışmadan düşük olmasının nedeni yoğun bakımda sürekli bakıma ihtiyacı olan bireylere bakım veren hemşirelere uygulanmasından ve hemşirelerin bunu bir görev olarak algılamasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınları, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden toplam 71.63 ± 18.37 puan ve aile alt boyutundan 24.01 ± 6.07 puan, özel kişi alt boyutundan 24.11 ± 6.26 puan, arkadaş alt boyutundan 23.52 ± 6.82 puan almışlardır. Yapılan çalışmalara baktığımızda; bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamalarının istenen düzeyde olmadığı görülmektedir (Çiçek, 2012; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016; Kılıç, 2018). Bu çalışmaların aksine çalışma bulgularımızı destekler nitelikte, literatürde bakım verenler üzerinde yapılmış çalışmalarda bakım verenlerin algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir (Chiou ve ark., 2009; Dökmen, 2012; Tuncay Özkan ve ark., 2012; Yurtsever ve ark., 2013; Türkmen, 2016; Görüş ve ark., 2016; Pehlivan ve ark., 2018). Aile, özel insan ve arkadaş alt boyut puanlarının değerlendirildiği yapılmış çalışma sonuçlarının çalışma bulgularımıza göre düşük olduğu görülmektedir (Türkmen, 2016; Kılıç, 2018). Tuncay Özkan ve ark. (2012) çalışmasında sosyal destek alanlarından aile desteğinin daha çok önemsendiği, Uyan'ın (2019) yaptığı çalışmada arkadaş desteğinin önemsendiği, bu çalışmada ise özel insan desteğinin önemsendiği görülmektedir. Çalışmalar arasındaki bu farklılık, çalışmaların farklı illerde yapılmasından ve kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü ölçeğinden 25.0 ± 16.09 puan aldıkları görülmektedir. Literatürde bakım yükü ile ilgili yapılmış kimi çalışmalarda (Mollaoğlu ve ark., 2011; Salama ve El-Soud, 2012; Öksüz ve ark., 2013; Türkmen, 2016; Özdemir ve ark., 2017) bakım yükü ölçeği toplam puanı çalışma bulgumuzda olduğu gibi düşük düzeyde, kimi çalışmalarda (Esmeray, 2013; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016; Kılıç, 2018; Jafari ve ark., 2018; Kaya ve Öz, 2019) orta düzeyde, kimi çalışmalarda da (Işık, 2013; Özkan ve ark., 2013; Gürol ve Çapık, 2014; Goday-Ramirez ve ark., 2014; Karaağaç ve Çalık Var, 2019) yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu çalışmada bakım yükünün düşük olması, ESH biriminden hizmet alan ve her ihtiyaç duyulduğunda bu birim tarafından desteklenen hastaların yakınlarına uygulanmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada katılımcıların %45.1'in de bakım yükü olmadığı, %36.5'inin "hafif", %16.1'inin "orta" ve %2.3'ünün de "ağır" düzeyde bakım yükü olduğu bulunmuştur. Alpteker'in (2009) çalışmasında bakım verenlerin %50.8'inin bakım yükünün "hafif", %18.8'inin "orta düzeyde" ve %1.4'ünün ise "ağır" olduğu saptanmıştır. Esmeray'ın (2013) çalışmasında bakım verenlerin %4.8'inin bakım yükünün olmadığı, %52.3'ünün bakım yükünün "hafif", %29.8'inin "orta" ve %13.1'inin "ağır" olduğu belirtilmiştir. Salama ve ark. (2012) çalışmasında bakım verenlerin %10.1'inde "hafif" %26.0'sında "orta" ve %63.9'unda "ağır" düzeyde bakım yükü olduğu ifade edilmiştir. Alpteker'in çalışma sonuçları çalışma bulgularımızla benzerlik gösterirken, Salama ve ark. çalışmasında yüksek oranda "ağır" bakım yükü olduğu görülmektedir. Salama ve ark. çalışmasında bakımın yükünün yüksek oranda "ağır" düzeyde görülmesine çalışmanın kırsal alanda yapılmış olması sebep olmuş olabilir.

5.4. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmada bakım veren hasta yakınının yaşına göre; somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, hostilite, fobik anksiyete, ek maddeler ve rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 18-29 yaş grubunun kişilerarası duyarlılık ve fobik anksiyete puan ortalaması, 30-49 yaş grubunun puan ortalamasından daha yüksektir. Şengün'ün çalışmasında (2007) bakım veren bireylerin yaşları arttıkça ruhsal sağlık durumları bozulmakta ve ruhsal hastalık riski de

artmaktadır. Olgun Yazar ve ark. (2018) çalışmalarında bakım verenlerin yaşları arttıkça depresyon ve hostilite düzeylerinde azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Berber (2014) tarafından 2014 yılında yapılmış olan çalışmada 56 ve üzeri yaş grubundakilerin puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından yüksek, psikotizm alt boyutunda ise 31-42 yaş grubu puan ortalamasının diğer yaş gruplarından yüksek olduğu görülmektedir. Öksüz ve ark. (2013) ise bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, hostilite ve ek maddeler puan ortalamalarının azalmakta olduğunu belirtmişlerdir. Yapılmış çalışmalara bakıldığında yaşın artmasıyla ruhsal sorunların da yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durum bakım verme işi ve evin diğer işleri ile uğraşmanın yanı sıra bakım veren bireylerde, yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan fiziksel değişimler, sağlık problemleri gibi durumların ve bu tip ruhsal sorunların ortaya çıkmasına sebep olabiliyor şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınının cinsiyetine göre; kısa semptom envanteri alt boyutları ve global indeksleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmaya benzer olarak Berber'in (2014) çalışmasında da hastaya bakım verenlerin cinsiyetine göre kısa semptom envanteri ve tüm alt boyutları puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır. Olgun Yazar ve ark. (2018) çalışmalarında ise bakım verenlerin cinsiyetine göre, hostilite hariç tüm alt boyutlardan alınan puanlar açısından anlamlı farklılık olmadığını belirtmişler ve hostilite alt ölçek puanlarının kadın bakım verenlerde erkek bakım verenlerden daha düşük olduğu ifade etmişlerdir. Aydemir ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada kadın hasta yakınlarında: somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanlarının erkek hasta yakınlarından yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmişlerdir. Tel ve Ertekin Pınar'ın (2013) çalışmasında kadın bakım vericilerin depresyon puanı erkek bakım vericilere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu durum kadın bakım vericilerin toplumsal rollerinin daha fazla olmasından ve erkeklere göre daha duygusal yapıya sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınının medeni durumuna göre; kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünce puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bekâr bakım verenlerin kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünce puanları evlilerden

yüksektir. Dökmen (2012) çalışmasında bakım veren bireylerin medeni durumlarının olumsuz benlik algısı, belirti sayısı ve belirtilerin önemi üzerinde anlamlı katkıya sahip olduğunu belirtmiş; evli olmanın ruh sağlığına olumlu katkıda bulunduğunu ifade etmiştir. Tuna ve Olgun (2010) çalışmalarında bakım veren hasta yakınlarından bekâr olanlarda duygusal tükenme ve toplam tükenmişliğin daha fazla görüldüğünü belirtmişleridir. Bu çalışmanın aksine Berber (2014) çalışmasında evli olanların paranoid düşünce alt boyutu puan ortalamasının bekârlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde yüksek olduğunu belirtmiştir. Yine aynı şekilde Yaşar (2008) tarafından yapılmış bir çalışmada bakım verenlerden evli olanların bekârlara oranla daha fazla psikolojik sorun yaşadığı ifade edilmiştir. Bu sonuçlar evli bakım vericilerinin bakım verme rolleri yanısıra eş, anne-baba vb. rollerinin de olmasından dolayı beklenen bir durum olarak düşünülebilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınının eğitim durumuna göre; kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indeksleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Öksüz ve ark. (2013) çalışmalarında bakım verenlerin eğitim yılı ortalamaları arttıkça somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, anksiyete bozukluğu, hostilite ve psikotizm puan ortalamaları da artmakta olduğu görülmektedir. Aydemir ve ark. (2002) çalışmasında somatizasyon ve anksiyete bozukluğu puanları düşük eğitim grubunda (ortaokul ve daha alt eğitim düzeyini), yüksek eğitim grubuna (lise ve üstü eğitim düzeyini) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Berber (2014) çalışmasında bakım verenlerin öğrenim durumuna göre kısa semptom envanteri toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında okur yazar olmayan grubun puan ortalamalarının, diğer grupların puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Tel ve Ertekin Pınar'ın (2013) çalışmasında ilkokul mezunu olan bakım vericilerin depresyon ve duygusal tükenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Yusuf ve Nuhu'nun (2011) çalışmasında bakım verenlerde eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte ruhsal hastalık riskinin azaldığı ifade edilmiştir. Öksüz ve ark. (2013) çalışmasının aksine diğer çalışma sonuçlarında da görüldüğü gibi eğitim seviyesinin düşmesiyle karşılaşılan ruhsal problemler de artmaktadır. Eğitim seviyesinin artmasıyla; bireylerin ruhsal problemlerle baş edebilmek için farklı yöntemler geliştirebilmeleri, varolan başatma yöntemlerini etkin kullanabilmeleri ve sıkıntılı bir durum yaşanması halinde

bunu sağlık profesyonelleriyle daha rahat paylaşabilmeleri bu durumu olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınının sosyal güvencesine göre; somatizasyon, hostilite, paranoid düşünce ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Sosyal güvencesi SSK olan grubun somatizasyon puan ortalaması, sosyal güvencesi emekli sandığı olan grubun puan ortalamasından; sosyal güvencesi SSK olan grubun kişilerarası duyarlılık, ek maddeler ve belirti toplam indeksi puan ortalaması, sosyal güvencesi yeşil kart olan grubun puan ortalamasından; sosyal güvencesi bağkur olan grubun fobik anksiyete ve belirti toplam indeksi puan ortalaması, sosyal güvencesi emekli sandığı olan grubun puan ortalamasından daha yüksektir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınının çalışma durumuna göre; kişilerarası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tam gün çalışan grubun kişilerarası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete ve belirti toplam indeksi puan ortalaması, herhangi bir işte çalışmayan grubun puan ortalamasından daha düşüktür. Berber (2014) çalışmasında bakım verenlerin bir işte çalışmıyor olmasının kısa semptom envanteri alt boyut puanlarından somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite ve fobik anksiyete görülme oranında etkili olduğunu ifade etmiştir. Gutiérrez-Maldonado'nun (2005) çalışmasında ev dışı herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerin ruhsal sağlık durumunun daha kötü olduğu ifade edilmiştir. Şengün İnan ve Çetinkaya Duman'ın (2013) çalışmasında herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi herhangi bir işte çalışmıyor olma, bakım vermenin getirdiği maddi ve manevi yük ile birleşince ayrıca mesai yapmak üzere ortamdan uzaklaşmanın verdiği rahatlamaya fırsat bulunamadığı için bakım ortamının olumsuz etkilerinin sürekliliği yüzünden ruhsal problemlerin de artmasına neden olabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınının gelir durumuna göre; kısa semptom envanteri alt boyutları ve global indeksleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Olgun Yazar ve ark. (2018) çalışmalarında bakım verenlerden;

maddi yardım alanların hostilete, fobik anksiyete ve ek maddeler alt ölçek puanları maddi destek almayanlardan daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Berber'in (2014) çalışmasında ise bakım verenlerden gelir düzeyi düşük olanlarda somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete gibi ruhsal problemlerin görülme oranının oldukça yüksek olduğunu ifade edilmiştir. Literatür incelendiğinde çalışmalarda bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde gelir düzeyi düştükçe bakım verenlerin bakım ve diğer yaşantıları ile ilgili stresörlere uyum sağlayamadığı, kendisine ve diğer bireylere karşı yıkıcı davranışları olduğu, çevresinden kendini izole ettiği ve yüksek seviyede anksiyete yaşadığı ifade edilmiştir (White ve Grenyer, 1999; Boyle ve ark., 2000).

Bu çalışmada bakım veren hasta yakınının hasta ile yakınlık derecesine göre; kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indeksleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Berber'in (2014) çalışmasında bakım verenlerin yakınlık derecesinin göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir. Tel ve Ertekin Pınar'ın (2013) çalışmalarında hastanın eşi olan bakım vericilerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bir çalışmada (Pochard ve ark., 2005) hasta yakınlarının eşlerinde anksiyete (%80.3) ve depresyon (%39.0) semptomlarının görülme oranlarının diğer hasta yakınlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Day ve ark. (2014) çalışmasında kız çocuklarının ebeveynleri için endişe duyduklarını, yoğun ve uzun süreli bakım vermenin merhamet yorgunluğuna yol açtığını ifade etmişlerdir. Çalışmalar arasında toplumsal ve kültürel faktörler nedeniyle kadın erkek davranışlarındaki farklılıklar belirleyici olmuş olabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınının bakım verme süresine göre; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bakım verme süresi 49 ay ve üstü olan grubun somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması, bakım verme süresi 3-12 ay, 13-24 ay ve 25-48 ay olan grubun puan ortalamasından; obsesif kompulsif bozukluk ve ek

maddeler puan ortalaması, bakım verme süresi 3-12 ay ve 13-24 ay olan grubun puan ortalamasından daha yüksektir. Sugihara'nın (2004) çalışmasında bakım verme süresi ile depresyon ve duygusal tükenme arasında pozitif yönde anlamlı derecede bir ilişki olduğu ifade edilmiş olup, bakım verme süresi arttıkça, bakım verenlerde depresyon ve duygusal tükenme riskinin de arttığı belirtilmiştir. Berber'in (2014) çalışmasında bakım verme süresi ile kısa semptom envanteri alt boyutlarından kişilerarası duyarlılık alt boyut puanı arasında anlamlı fark bulunduğu, diğer alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir. Dökmen (2012) ve Roick ve ark. (2006) çalışmalarında bakım süresinin düşmanca tutumları ve belirti sayısını açıklayabildiğini ve bakım süresi arttıkça düşmanca tavır ve belirti sayısında azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım verme süresinin uzun olması, bakım veren bireylerde tüm sorumlulukları aksatarak, daha çok yorulmalarına sebep olarak ve tüm yaşantılarını olumsuz etkileyerek yaşanabilecek ruhsal problemlerin boyutlarını da arttırabilmektedir. Bu çalışma sonuçları da literatürdeki örneklerle uyum göstermektedir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınının bakım konusunda başkalarından destek alma durumuna göre; somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bakım veren hasta yakınlarından bakım konusunda yardım almayan grubun somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyet, paranoid düşünce, psikotizm, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puanları bakım konusunda yardım alan gruptan yüksektir. Berber'in (2014) çalışmasında bakım verme sürecinde destek almayan kişilerin obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve psikotizmin görülme sıklığı diğer alt boyutlardan fazladır. Literatürde, bireylere sosyal desteğin, stresli yaşam olaylarını azaltmada olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (McCorkle ve ark., 1998; Tolle ve ark., 2000). Burada bakım verirken alınan desteğin algılanan yükün ağırlığı ve beraberinde getirdiği olumsuzlukları azaltmaya etkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada bakım veren hasta yakınının bakım konusunda yardım aldığı kişiye göre; paranoid düşünce ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bakım konusunda anne- babadan yardım alan grubun paranoid düşünce puan ortalaması, çocuk ve bakıcıdan yardım alan grubun puan ortalamasından; bakım konusunda kardeşten yardım alan grubun paranoid düşünce

puan ortalaması, çocuktan yardım alan grubun puan ortalamasından daha yüksektir. Babaoğlu ve Öz'ün (2003) çalışmasında duygusal sorunlar ile destek veren kişi sayısı arasında ümitsizlik ve depresif duygulanıma sahip olmaları açısından ilişki anlamlıdır ve destek veren kişi sayısı arttıkça ümitsizlik ve depresif duygulanımın azalmaktadır. Dökmen'in (2012) çalışmasında hastanın bakımının hastanede yapılmasının kısa semptom envanterinin bazı puanları (depresyon, olumsuz benlik, semptom sayısı) üzerinde anlamlı olumlu etkisi olduğu ifade edilmiştir. Bu durumda bakım veren bireye hastanede sürekli bakım konusunda yardım edebilecek ve her acil durumda müdahalede bulunabilecek sağlık personellerinin varlığı bakım verenlerin psikolojik durumlarına iyi gelebilir şeklinde yorumlanabilir.

5.5. Bakım Verilen Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmada hastanın yaşına ve eğitim durumuna göre; bakım veren hasta yakınının semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 29 yaş ve altı yaş grubuna bakım veren hasta yakınının semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması, 65 yaş ve üstü grubuna bakım veren hasta yakınının puan ortalamasından ve ilkokul mezunu grubuna bakım veren hasta yakınının semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması, okuryazar olan gruba bakım veren hasta yakınının puan ortalamasından daha yüksektir. Dökmen (2012) çalışmasında bakım verilen aile üyesinin genç yaşta olmasının ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini; genç yaştaki yakına bakım vermenin depresyon ve bedensel şikâyetleri arttırdığı, benliği olumsuz etkilediği, psikopatolojik belirtilerin daha ciddi düzeyde yaşandığını belirtmiştir. Bakım verilen hastanın yaşı ile ruh sağlığı arasındaki anlamlı olumsuz ilişki, literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Ergh ve ark., 2003; Ivarsson ve ark., 2004; Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado, 2006).

Çalışmada hastanın cinsiyetine ve sosyal güvencesine göre; bakım veren hasta yakınının kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indeksleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızken; hastanın medeni durumuna göre; bakım veren hasta yakınının depresyon, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bekâr hastaya bakım veren hasta yakınının psikotizm puan ortalaması,

boşanmış/dul hastaya bakım veren hasta yakınının puan ortalamasından daha yüksektir. Tuna ve Olgun da (2010) çalışmalarında bizim bulgumuza benzer şekilde hastanın cinsiyetine, yaşına, medeni durumuna, öğrenim durumuna, çalışma durumuna, gelir durumuna göre bakım verenlerin “Duygusal Tükenme”, “Duyarsızlaşma” ve “Düşük Kişisel Başarı” alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ifade etmişlerdir.

Hastanın hastalık tanısına göre; bakım veren hasta yakınlarının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki farkı, ek hastalık dağılımına göre; somatizasyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır; hastanın ek hastalık varlığına göre; kısa semptom envanteri ölçeği alt boyutları ve global indeksleri puan ortalamaları arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bel fitiği tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması, diğer hastalıklara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından; Ek hastalık tanısı kalp hastalığı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının somatizasyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması, ek hastalık tanısı DM, hipertansiyon, KOAH ve astım tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha yüksektir. Esmek (2006) çalışmasında hasta yakınlarının %81.6'sının hastaların hastalığından etkilendiği ve %31.9'unun bir ruhsal hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Altın'ın (2006) çalışmasında Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerde “Duygusal Tükenme” alt ölçeği, depresyon hastalarına bakım verenlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Olgun Yazar ve ark. (2018) çalışmalarında hastanın tanısına (demans, SVH vb.) göre bakım verenin somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon ve anksiyete alt ölçeği boyutlarından aldıkları puanlar açısından anlamlı farklılık saptadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılmış çalışmalarda (Willette-Murphy ve ark., 2006; Cifu ve ark., 2006; Peren ve ark., 2006;

Papastavrou ve ark., 2007; Ulstein ve ark., 2007) parkinsonlu, alzheimerli ve demanslı hasta yakınlarının depresyon ve kaygı düzeylerinin genel nüfusa oranla daha yüksek olduğu, diğer çalışmalarda da (Saunders, 2003; Stetz ve Brown, 2004; Nehra ve ark., 2005; Brehaut ve ark., 2009) felçlilerin, kronik hastalığı ve ağır ruh sağlığı problemleri (şizofreni vb.) olan hastaların bakımlarını üstlenen bireylerde korku, stres, umutsuzluk, depresyon ve kaygı bozukluklarının yaygın olduğu ifade edilmiştir. Magana ve ark. (2007) ve Perlick ve ark.'nın (2007) çalışmalarında kronik ruhsal hastalığı olan kişilere bakım veren bireylerde yaşadıkları stresin sonucu olarak depresif belirtiler ve anksiyete görülme oranı yüksektir. Grov ve ark. (2005) çalışmasında kanser hastalarına bakım verenlerde anksiyetenin sık görüldüğü ifade edilmiştir. Literatürde parkinson, alzheimer ve inme gibi nörolojik hastalık tanısı olan bireylere bakım verenlerde fiziksel ve ruhsal sağlığın kötüleştiği ve tükenmişliğin arttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Morimoto ve ark., 2003; McCullagh ve ark., 2005). Cocco ve ark. (2003) çalışmalarında farklı fiziksel problemleri olan yaşlı bireylerin artma olasılığının yanısıra birden fazla ek hastalık durumunun ve bilişsel bozuklukların da bakım veren bireylerde tükenme ve duyarsızlaşma boyutuna katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir. Bakım verilen bireylerde var olan hastalığa göre bağımlılık oranı arttıkça bakım verenin yükü de artmaktadır. Bu durum bakım verenlerin bedensel ve ruhsal yönden yıpranmasına sebep olabilmekte ve sonuç olarakta hastalık semptomlarının ortaya çıkmasına yol açabilmektedir.

Çalışmada hastanın gelir düzeyine göre; bakım veren hasta yakınının hostilete ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. geliri giderinden az olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması, geliri giderinden fazla olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha yüksektir. Upkong (2012) çalışmasında hastanın işsizliğinin bakım veren bireylerin psikolojik sıkıntılarıyla ilişkili olduğunu ve hastanın istihdamının bakım verenlerin daha az yük ve sıkıntı hissetmesini sağladığını belirtmiştir. Upkong'un çalışma sonuçları bu çalışma sonuçları ile benzerdir. Bakıma ihtiyacı olan bireyin bakım sürecindeki ihtiyaçlarını karşılamada bakım vermenin finansal boyutu da önemlidir. Gelir düzeyi düşük olduğunda bakım verilen bireyin ihtiyaçları yeterli düzeyde karşılanamayabileceğinden dolayı bakım veren bireyler

bakım konusunda kendilerini yetersiz hissedebilirler. Bu durum da bakım veren bireylerde ruhsal sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına yol açabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım konusunda yardım alıma ve bakım konusunda yardım alınan kişilere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmaya benzer olarak Karaaslan'ın (2013) yaptığı çalışmada bakım verenin yaşı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak literatüre bakıldığında bakım veren bireylerin yaşına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Tuna ve Olgun, 2010; Kılıç, 2018). Tuna ve Olgun'un (2010) çalışmasında hasta yakınının yaşı arttıkça aldığı sosyal desteğin azaldığı, Nordtug ve ark. çalışmasında da bakım veren bireylerin yaşı arttıkça, algıladıkları sosyal desteğin de arttığı ifade edilmiştir. Yurtsever ve ark. (2013) ve Görüş ve ark. (2016) yaptıkları çalışmalarda ise genç bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar arasındaki farklılıklar, genç bakım vericilerin, bedenen ve ruhen daha sağlıklı bireyler olmalarının, sosyal çevrelerinin daha geniş olmasının, olaylara daha pozitif yaklaşabilmelerinin bir sonucu olabilir.

Bu çalışmaya benzer şekilde literatürde erkeklerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Karaaslan, 2013; Kılıç, 2018). Bu sonuçlar bakım verme işinin kadınlara bir rol/bir görev olarak yüklenmesinden ve bu durumun sosyal destek algılarını yetersiz hissetmelerine yol açmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmaya benzer olarak Karaaslan'ın (2013) çalışmasında da bekâr olanların, sosyal destek düzeyleri daha düşük çıkmıştır. Bu çalışmadan farklı olarak Kılıç'ın (2018) çalışmasında bekâr bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bekâr bakım verenlerin evli bireylere göre sorumluluklarının daha az olması ve sosyal hayata daha çok zaman ayırabilmeleri bekâr olan bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin yüksek olmasını destekler niteliktedir.

Bu çalışmanın aksine Kılıç'ın (2018) ve Uyan'ın (2019) yaptıkları çalışmalarda bakım veren bireylerin eğitim durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve lise ve üzeri eğitim almış grubun puan ortalamalarının, diğer grupların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Kılıç'ın ve Uyan'ın çalışmalarında görüldüğü gibi eğitim seviyesi arttıkça algılanan sosyal destek düzeyide artmaktadır. Eğitim seviyesinin artması meslek hayatına geçişi sağlayıcı faktörlerden biridir. Bu durum bireyin çalışma hayatına geçişi ile birlikte bakım vermesini güçleştirebileceğinden dolayı sosyal desteğe olan ihtiyacını arttırabilir.

Çalışmada yarım gün çalışan bakım veren hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek, diğer gruplardan yüksektir. Literatürde bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda da çalışan bakım verici bireylerin algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmektedir (Karaaslan, 2013; Kılıç, 2018; Uyan, 2019). Çalışma bulgularımız ile literatür bulguları benzerlik göstermektedir. Bir işte çalışıyor olma, bakım veren birey için bakım verme ortamından uzaklaşarak farklı sosyal ortamlara girme ve iş yerindeki diğer bireyler ile iletişim kurabilme gibi nedenlerden dolayı algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi ve bakım konusunda yardım alma durumuna göre; aile puan ortalaması arasındaki fark farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kılıç'ın (2018) çalışmasında yaşa göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyut puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 20-39 yaş grubunun puan ortalaması 40-59 yaş ve 60 ve üzeri yaş gruplarının puan ortalamasından daha yüksektir. Tuna ve Olgun'un (2010) çalışmasında hasta yakınının yaşı ile "aile" alt boyut puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş ve hasta yakınının yaşı arttıkça aile desteğinin azaldığı ifade edilmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Kılıç ile Tuna ve Olgun'un çalışmasında yaşın artmasıyla birlikte aile desteğine olan ihtiyacın azaldığı görülmektedir. Bu da genç yaş grubundaki bakım verenlerin aktif çalışma hayatları, sosyal aktiviteler için zaman ayırma isteği ve evli ise ebeveynlik fonksiyonlarını yerine getirme gibi nedenlerden dolayı bakım için ayırabilecekleri zamanın az olması aile desteğine ihtiyacı arttırabilir şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının bakım konusunda yardım alınan kişilere göre; aile puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bakıcıdan yardım alan grubun aile puan ortalaması, kardeşten yardım alan grubun puan ortalamasından daha yüksektir. Geleneksel aile yapısında bakıma ihtiyacı olana aile bireyleri bakar beklentisi ve bakım yükünün aile bireyleri arasında paylaşılması gerektiği düşüncesi bu sonucu destekler niteliktedir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, bakım verme süresi, bakım konusunda yardım alma ve bakım konusunda yardım alınan kişilere göre özel kişi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesine göre özel kişi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Hasta birey bakım veren hasta yakınlarının eşi olduğu grubun özel kişi puan ortalaması, bakım veren hasta yakınlarının anne- babası ve eşinin anne- babası olduğu grubun puan ortalamasından daha düşüktür. Kılıç'ın (2018) çalışmasında medeni durumuna göre özel insan alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve bekâr bakım verenlerin puan ortalamalarının evli olanlardan yüksek olduğu ifade edilmiştir. Tuna ve Olgun'un (2010) çalışmasında hasta yakınlarının yaşı ile "özel insan" alt boyut puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş ve hasta yakınlarının yaşı arttıkça özel insan desteğinin azaldığı ifade edilmiştir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım konusunda yardım alma ve bakım konusunda yardım alınan kişilere göre arkadaş puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bakım veren hasta yakınlarının yaşa göre arkadaş puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 30-49 yaş grubunda olanların arkadaş puan ortalaması, 50-64 yaş grubunun puan ortalamasından daha yüksektir. Kılıç'ın (2018) çalışmasında yaşa, cinsiyete ve bakım verme durumuna göre bakım veren bireylerin arkadaş alt boyut puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, 20-39 yaş grubunun puan ortalaması 40-59 yaş ve 60 ve üzeri yaş gruplarının puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Tuna ve Olgun'un (2010) çalışmasında hasta yakınlarının yaşı ile "arkadaş" alt boyut puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş ve hasta yakınlarının yaşı arttıkça arkadaş desteğinin azaldığı ifade edilmiştir. Bakım veren

bireylerde olgunlaşma süreciyle birlikte olaylara bakış açıları değişmekte, yeni başetme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Ayrıca aile yapısının genişlemesi ile paylaşımda bulunduğu kişilerin sayısının artması arkadaş grubu ile etkileşimini azalmaktadır. Bu nedenlerden dolayı bakım veren bireylerde arkadaş desteğine olan ihtiyacın yaşın artmasıyla birlikte azaldığı söylenebilir.

Çalışmada hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, ek hastalıkların dağılımı ve gelir düzeyine göre; bakım veren hasta yakınlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastanın hastalık tanısı ve ek hastalık göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tanısı bel fitiği olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puan ortalaması, DM, hipertansiyon, SVH, KOAH, kalp hastalığı, astım, alzheimer, kanser ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşüktür. Ek hastalığı olanlara bakım veren hasta yakınlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği-toplam puan ortalaması daha yüksektir. Uyan'ın (2019) çalışmasında KOAH dışında ek hastalığı olmayanlarda algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek bulunmuştur. Kılıç'ın (2018) çalışmasında yaşlı hastaların yaşına göre bakım veren bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken; cinsiyete, eğitim durumuna, medeni duruma ve sosyal güvenceye göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. 65-68 yaş grubunun puan ortalamasının 73-76 yaş ile 77 ve üzeri yaş gruplarının puan ortalamasından daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Yaşın artmasıyla birlikte yaşlılık döneminde fiziksel sağlık sorunlarından dolayı bireyler bağımlı hale gelerek bakıma ihtiyaç hissetmekte, bu durumda bakım veren bireylerde de sosyal destek ihtiyacının artmış olabileceği düşünülebilir.

Çalışmada hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir düzeyine göre; bakım veren hasta yakınlarının aile puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastanın hastalık tanısı, ek hastalık ve ek hastalıkların dağılımına göre bakım verenlerin aile puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tanısı bel fitiği olan hastalara bakım veren hasta

yakınlarının aile puan ortalaması, DM, SVH, KOAH, kalp hastalığı, astım, alzheimer, kanser ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından; KBYolan hastalara bakım veren hasta yakınlarının aile puan ortalaması, SVH, kalp hastalığı ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşüktür. Ek hastalığı olanlara bakım veren hasta yakınlarının aile puan ortalaması daha yüksektir. Kılıç'ın (2018) çalışmasında hastaların yaşına göre bakım veren bireylerin aile alt boyutu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken; cinsiyete, eğitim durumuna, medeni duruma ve sosyal güvenceye göre aile alt boyut puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Çalışmada hasta bireylerin yaşı arttıkça bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir.

Bu çalışmada hastanın cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, ek hastalık, ek hastalıkların dağılımı ve gelir düzeyine göre; bakım veren hasta yakınlarının özel kişi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastanın yaş ve hastalık tanısına göre; bakım veren hasta yakınlarının özel kişi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tanısı bel fitiği olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının özel kişi puan ortalaması, SVH, kalp hastalığı, astım ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşük yüksektir. Bu çalışmaya benzer şekilde Kılıç'ın (2018) çalışmasında hastaların yaşına, cinsiyetine, eğitim durumuna, medeni durumuna ve sosyal güvencesine göre bakım veren bireylerin özel insan alt boyutu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Çalışmada hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir düzeyine ve ek hastalık dağılımına göre; bakım veren hasta yakınlarının arkadaş puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastanın hastalık tanısı, ve ek hastalık varlığına göre; bakım veren hasta yakınlarının arkadaş puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tanısı bel fitiği olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının arkadaş puan ortalaması, DM, hipertansiyon, SVH, KOAH, kalp hastalığı, astım, alzheimer, kanser ve kırık tanısı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından; engelli hastalara bakım veren hasta yakınlarının arkadaş puan ortalaması, kalp hastalığı ve kırık tanısı olan hastalara

bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşüktür. Ek hastalığı olanlara bakım veren hasta yakınlarının arkadaş puan ortalaması daha yüksektir. Kuzulu ve ark. (2017) çalışmasında hastanın tanısının sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkilendiği, arkadaş desteğinin azaldığı ifade edilmiştir. Kılıç'ın (2018) çalışmasında hastaların medeni durumuna göre bakım veren bireylerin arkadaş alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken yaşa, cinsiyete, eğitim durumuna ve sosyal günceye göre bakım veren bireylerin arkadaş alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Bekâr bakım verenlerin puan ortalamaları evli bakım verenlerden yüksek çıkmıştır. Uyan'ın (2019) çalışmasında 5 yıl ve altında KOAH tanısı olan hastaların, arkadaş alt boyutundan algıladıkları sosyal desteğin, 5 yıldan fazla KOAH tanısı olan hastalardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım konusunda yardım alıma ve bakım konusunda yardım alınan kişilere göre bakım yükü puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bakım verme yükünün bakım süresi ile ilişkili olduğu, bakım vermenin erken dönemlerinde yük algısında artış görülürken, ilerleyen dönemlerle birlikte bu yükün düşme eğiliminde olduğu görülmektedir (Olgun Yazar ve ark., 2018). Berber'in (2014) çalışmasında hastaya bakım veren kişilerde gelir durumu kötü olanların bakım yükü puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Tel ve ark. (2012) çalışmalarında bakım verenlerden ekonomik durumu kötü olanların, ekonomik durumu orta ve iyi olanlara göre daha fazla bakım yükü olduğunu ifade etmişlerdir. Selen ve Kav'ın (2014) çalışmasında ise bakım vericilerden gelir durumunu kötü olanların bakım yüklerinin arttığı bulunmuştur. Düşük gelir düzeyi tedavi giderlerinin karşılanamaması ve bakım gereksinimlerinin temin edilememesi nedeniyle bakım yükünü arttırabilmektedir. Bakım verenin yaşına göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında yapılmış çalışmalar incelendiğinde bu çalışmaya benzer şekilde istatistiksel olarak aradaki farkın anlamlı olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Işık, 2013; Kılıç, 2018). Bu çalışmada 30-49 yaş ve 50- 64 yaş grubunun bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması diğer gruplardan düşüktür. Literatürde bakım veren bireyin yaşının bakım verme yükünü etkilediğini gösteren çalışmalar vardır (Morimoto ve ark., 2003; McCullagh ve ark., 2005). Bakım verme yükünün yaş arttıkça daha yüksek olduğu

görülmektedir. Bu durum yaşın artmasıyla birlikte bakım veren bireylerde bedenen, ruhen ve sosyal yönden sorunların ortaya çıkmasından ve bakım veren için bu sorunların bakım verme durumunu bir yük haline dönüştürmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bakım verenlerin cinsiyetleri ile bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar değerlendirildiğinde bu çalışmaya benzer olarak, kadınların bakım verme yüklerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar (Bhattacharjee ve ark., 2012; Işık, 2013; Jaracz ve ark., 2014) olmasının yanı sıra bakım verme yükünün cinsiyete göre değişmediğini gösteren çalışmalar da (Muller ve ark., 2002; Malak ve Dicle, 2008; Sögüt ve Erbay Dünder, 2017) bulunmaktadır. Kadın bakım verenlerde bakım yükünün yüksek çıkmasına, hasta bireye bakım verme dışında kadınların diğer aile üyelerinin bakımı ve ev işleriyle de (temizlik, yemek, alışveriş vb.) ilgileniyor olması sebep olmuş olabilir.

Bu çalışmaya benzer olarak yapılmış çalışmalarda bakım veren bireylerin medeni durumuna göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir. Çalışmada bekâr bakım verenlerde bakım verme yükü evlilere göre yüksek çıkmasına rağmen yapılmış çalışmalar incelendiğinde bakım verme yükünün evlilerde daha yüksek olduğu görülmektedir (Işık, 2013; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016; Kılıç, 2018). Evli bireylerde bakım verme yükünün yüksek çıkmasına evlilerin bakım verme görevi dışında başka sorumluluklarının da olması sebep olmuş olabilir.

Tarı Selçuk ve Avcı (2016) çalışmalarında sosyal güvencesi olmayan yaşlılara bakım verenlerde bakım yükünün yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Yıldırım ve ark. (2013) çalışmalarında sosyal güvencesi olmayan bakım verenlerin duygusal yük alt ölçek ve toplam yük puan ortalamalarının sosyal güvencesi olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum hastalığın tedavisinin getirdiği ekonomik yükün yanı sıra sağlık güvencesi olmayan yaşlılara bakım verenlerin bakım gereksinimlerini karşılamak için daha fazla ekonomik sıkıntı yaşaması ile açıklanabilir.

Bakım verilen hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, ek hastalıkların dağılımı ve gelir düzeyine göre; bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızken, hastalık tanısı ve ek hastalık durumuna göre; bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. KOAH'ı olan hastalara bakım veren hasta

yakınlarının bakım yükü puan ortalaması, SVH, KBY, kanser, bel fıtığı ve engelli olanlara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşüktür. Ek hastalığı olanlara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü puan ortalaması, ek hastalığı olmayanlara bakım veren hasta yakınlarının puan ortalamasından daha düşüktür. Gülseren ve ark. (2010) çalışmalarında hastanın cinsiyetinin erkek, bakım veren aile üyesinin kadın olmasının, akrabalarından ve sağlık personelinin yeterince destek almamanın, ailenin ekonomik durumunun kötü olmasının, hastanın bir sağlık kurumunda düzenli olarak izlenmemesinin aile yükünü artırdığını bulmuşlardır. Tarı Selçuk ve Avcı (2016) kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenler üzerinde yaptıkları çalışmada 85 ve üzeri yaş grubunda yer alan, okuryazar olmayan, tanısı inme olan, sağlık güvencesi olmayan, tam bağımlı olan yaşlıya bakım veren bireylerde bakım yükü ölçeği puan ortalaması belirtilen özelliklerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Kılıç (2018) çalışmasında hastaların yaşına göre bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamış ve bireyin yaşı arttıkça bakım verme yükünün de arttığını ifade etmiştir. Bu çalışmaların aksine Çetinkaya ve Karadakovan (2012) yaptığı çalışmada hastanın yaşı azaldıkça bakım verme yükünün arttığı görülmektedir. Bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde literatürde de hastaların cinsiyetine göre bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmektedir (Kumamoto ve ark., 2006, Kim ve ark., 2006; Kılıç, 2018).

5.6. Bakım Yükü, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışmada bakım yükü puanı ile; somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Bakım yükü puanı arttıkça somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları da artmaktadır. Öksüz ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan

ortalamaları ile somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arttıkça somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları da artmaktadır. Berber'in (2014) çalışmasında bakım verenlerin bakım yükü ve somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir. Yapılmış çalışmalarda hastalık ve tedavi sürecinde aile bireylerinin en sık yaşadığı ruhsal problemler arasında depresyon, anksiyete, öfke, suçluluk duygularının olduğu görülmektedir (Şahin ve ark., 2009; Atagün ve ark., 2011; Çivi ve ark., 2011; Vrettos ve ark., 2012). Bu çalışmanın sonuçları konuyla ilgili yapılmış çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bakım verenlerde bakım yükü arttıkça ruhsal sorunlar da artmaktadır.

Çalışmada bakım yükü puanı ile; aile, özel kişi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki; arkadaş puanı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım yükü puanı arttıkça aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları düşmektedir. Bu çalışmaya benzer olarak literatürdeki çalışmalarda, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile bakım yükü arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanının artmasının bakım yükünü azaltan bir faktör olduğu ifade edilmiştir (McCullagh ve ark., 2005; Chiou ve ark., 2009; Dökmen, 2012; Tuncay Özkan ve ark., 2012; Rodakowski ve ark., 2012; Shieh ve ark., 2012; Görüş ve ark., 2016; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016; Pehlivan ve ark., 2018; Kılıç, 2018). Beklenen bir sonuç olarak çalışmalarda da görüldüğü gibi çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanının ve alt boyut puanlarının artması bakım yükü seviyesinin düşmesi ile ilişkilidir.

Çalışmada kısa semptom envanteri alt boyut puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının korelasyonları anlamlı bulunmuştur. Kısa semptom envanteri alt boyutlarından somatizasyon, obsesif

kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları ile; aile, özel kişi, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu; kişilerarası duyarlılık puanı ile de aile, arkadaş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile özel kişi puanı arasında negatif yönde orta düzeyde, özel kişi puanı arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki bir ilişki olduğu görülmektedir. Somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arttıkça aile puanı düşmektedir. Dökmen (2012) yaptığı çalışmada sosyal destek toplam puanı ve aile alt boyut puanı ile kısa semptom envanteri alt boyutları puanlarının arasındaki korelasyonların anlamlı olduğunu belirtmiş ve özellikle aile desteğini yüksek olarak algılayan bakım vericilerde olumsuz ruh sağlığı belirtilerinde azalma gözlemlendiğini ifade etmiştir. Algılanan arkadaş desteği alt boyut puanı ile hostilete alt boyut puanı ve rahatsızlık ciddiyet indeksi puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve özel kişi alt boyut puanı ile kısa semptom envanteri alt boyut puanları arasındaki ilişkinin ise anlamlı olmadığını belirtmiştir. Sosyal destek ile ruhsal sağlık durumu arasındaki ilişkinin olumluluğunu belirten çalışma sonuçlarının (Waite ve ark., 2004; Kaner, 2004; Wells ve ark., 2005; Gölalmiş Erhan, 2005; Papastavrou ve ark., 2007; Shaffer ve ark., 2007; Dökmen, 2012) bu çalışmayı destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak;

- Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının çoğunluğunu evli, çalışmayan kadınlar bakım verilen hastaların çoğunluğunu 65 yaş üstü evli ve kadınlar oluşturmaktadır.
- Çalışmada bakım veren hasta yakınlarının kısa semptom envanteri alt boyutlarından en yüksek puanı somatizasyon (4.11 ± 5.19), en düşük puanı ek maddeler alt boyutundan (2.43 ± 2.98); çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı özel kişi alt boyutundan (24.11 ± 6.26) aldıkları

ve düşük düzeyde bakım verme yüküne sahip oldukları (25.0 ± 16.09) saptanmıştır.

- Katılımcıların yarısına yakınında (%45.1) bakım yükü bulunmamakta, bakım yükü bulunanlarında %4.2'sinde ağır düzeyde bakım yükü bulunmaktadır.
- Bakım veren hasta yakınlarında algılan sosyal destek düzeyi arttıkça bakım yükü ve ruhsal sağlık problemleri azalmaktadır.

Bakım veren hasta yakınlarının demografik özelliklerine göre;

- Kısa semptom envanteri somatizasyon alt boyutunun yaş, sosyal güvence, bakım verme süresi ve bakım konusunda yardım alma durumundan etkilendiği; obsesif kompulsif bozukluk alt boyutunun bakım verme süresinden etkilendiği; kişilerarası duyarlılık alt boyutunun yaş, medeni durum, çalışma durumu ve bakım konusunda yardım alma durumundan etkilendiği; depresyon alt boyutunun çalışma durumu ve bakım verme süresinden etkilendiği; anksiyete bozukluğu alt boyutunun bakım verme süresinden etkilendiği; hostilete alt boyutunun yaş, sosyal güvence ve bakım verme süresinden etkilendiği; fobik anksiyete alt boyutunun yaş, çalışma durumu, bakım verme süresi ve bakım konusunda yardım alma durumundan etkilendiği; paranoid düşünce alt boyutunun medeni durum, sosyal güvence, bakım verme süresi, bakım konusunda yardım alma durumu ve bakım konusunda yardım alınan kişiden etkilendiği; psikotizm alt boyutunun bakım verme süresi ve bakım konusunda yardım alma durumundan etkilendiği; ek maddeler alt boyutunun yaş ve bakım verme süresinden etkilendiği görülmektedir.
- Kısa semptom envanteri global indekslerinden rahatsızlık ciddiyet indeksinin yaş, bakım verme süresi ve bakım konusunda yardım alma durumundan etkilendiği; belirti toplam indeksinin sosyal güvence, çalışma durumu, bakım verme süresi ve bakım konusunda yardım alma durumundan etkilendiği; semptom rahatsızlık indeksinin bakım verme süresi ve bakım konusunda yardım alınan kişiden etkilendiği görülmektedir.
- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutunun bakım konusunda yardım alınan kişiden etkilendiği; özel kişi alt boyutunun hasta ile yakınlık

derecesinden etkilendiği; arkadaş alt boyutunun yaştan etkilendiği görülmektedir.

Bakım verilen hastaların demografik özelliklerine göre bakım veren hasta yakınlarının;

- Kısa semptom envanteri alt boyutlarından somatizasyon ve anksiyete bozukluğu alt boyutlarının hastalık tanısı ve ek hastalık dağılımından etkilendiği; obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık ve ek maddeler alt boyutlarının hastalık tanısından etkilendiği; depresyon, paranoid düşünce ve psikotizm alt boyutlarının medeni durum ve hastalık tanısından etkilendiği; hostilete alt boyutunun gelir düzeyi ve hastalık tanısından etkilendiği; fobik anksiyete alt boyutunun medeni durum, hastalık tanısı ve ek hastalık dağılımından etkilendiği görülmektedir.
- Kısa semptom envanteri global indekslerinden rahatsızlık ciddiyet indeksinin medeni durum ve hastalık tanısından etkilendiği; belirti toplam indeksinin hastalık tanısı ve ek hastalık dağılımından etkilendiği; semptom rahatsızlık indeksinin yaş, eğitim durumu, hastalık tanısı, ek hastalık dağılımı ve gelir düzeyinden etkilendiği görülmektedir.
- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile ve arkadaş alt boyutlarının hastalık tanısı ve ek hastalık varlığından etkilendiği; özel kişi alt boyutunun yaş ve hastalık tanısından etkilendiği; arkadaş alt boyutunun yaştan etkilendiği görülmektedir.
- Bakım verme yükünün hastalık tanısı ve ek hastalık durumuna etkilendiği görülmektedir.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- ESH biriminden hizmet alan hastalara bakım veren kişilerin ruhsal sağlıkları, bakım verme yükleri ve algıladıkları sosyal desteğin birçok faktörden etkilendiği düşünüldüğünde, bütün bu faktörler göz önüne alınarak bakım veren bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik programların geliştirilmesi gerektiği,

- Bakım verenlerin evde bakım döneminde değerlendirilmesi ve bakım verenlerin güçlendirilmesine yönelik girişimlerin ve destek programlarının organize edilmesi, bu programlar içerisinde iletişim teknikleri, rahatlama teknikleri, stres yönetimi, öfke kontrolü vb. konulara yer verilmesi,
- Algılanan sosyal desteği, bakım verme yükünün ve ruhsal sağlık durumlarının etkilediği düşünüldüğünde, bakım veren bireylerin bu konulardaki farkındalıklarını arttıracak eğitim programların planlanması,
- Ayrıca ülkemizde ESH biriminden hizmet alan hastalara bakım verenlerin ruhsal sağlıklarına, bakım verme yüklerine ve sosyal destek ihtiyaçlarına yönelik yapılmış çalışmaların az sayıda olması nedeni ile yeni çalışmaların planlanarak konu ile ilgili kısa semptom envanteri sonuçlarına göre destek verecek birimlerin oluşturulması önerilebilir.

6.KAYNAKLAR

- Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 2009; 374: 491-499
- Afşar F. Sandalye masajı kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesine katkı verebilir mi? 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, 25-27 Mart 2010, Ege Üniversitesi, İzmir, 38-39.
- Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2012; 25: 330-337.
- Akdemir N. Sağlık hizmetlerinde süreklilik, evde bakım hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, 2001; 39: 926-934.
- Akiskal HS. Mood Disorders. Introduction and Overview. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Edition*. Sadock BJ, Sadock VA (Eds). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 1284-1298.
- Akiyama A, Hanabusa H, Mikami H. Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2011; 52: e85-e88.
- Aksayan S, Cimete G. Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul: M.Ü. Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi; 1998.
- Aktaş A. İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin, Hasta ve Yakınının Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2010: 57-61.

- Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2009; 32-49.
- Al-Jauissy M. Health Care Needs of Jordanian Caregivers of Patients with Cancer Receiving Chemotherapy on An Outpatient Basis. Eastern Mediterranean Health Journal, 2010; 16: 1091-1097.
- Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. Kitap: Psikiyatri Temel Kitabı Köroğlu E, Güleç C, Şenol S (Yazarlar). Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara 2007: 296-303.
- Almborg A H, Ulander K, Thulin A, Berg S. Discharge planning of stroke patients: The relatives perceptions of participation. Journal of Clinical Nursing, 2009; 18: 857-865.
- Alpteker H. 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2009: 29-50.
- Altın M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi. T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2006: 60-80.
- Amerikan Psikiyatri Birliği [American Psychiatric Association] (US). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı DSM-5 [Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5]. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014: 396.
- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi, 2006; 9: 68-75.
- Arslanoğlu K. Psikiyatrik Hastalıklar, Bozukluklar, Psikiyatriyi İlgilendiren Sorunlar. Kitap: Psikiyatri El Kitabı. İthaki Yayınları, İstanbul, 2007: 79-137.
- Arsantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011; 3: 251-277.
- Aşiret GD, Kapucu S. Burden of caregivers of stroke patients. Turkish Journal of Neurology, 2013; 19: 5-10.

- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3: 513-552.
- Australian Government Department of Health and Ageing; Community Care For Older People and People with Disabilities: Explaining the Home and Community Care Program, 17.04.2005. http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/hacc-pub_commcare.htm (Erişim Tarihi: 10.07.2018).
- Ayaz S, Efe Yaman Ş, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2008; 28: 880-885.
- Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi*, 2002; 10: 29-39.
- Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyo-demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009; 46: 10-14.
- Aydın A, Hiçdurmaz D. Kişilerarası duyarlılık ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2016; 7: 45-49.
- Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003; 5: 24-33.
- Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007; 2: 32-9.
- Baran M, Küçükakça G, Ayran G. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyinin sigara kullanımı üzerine etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2014; 15: 9-15.
- Barlow DH. *Anxiety and Its Disorders-The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. The Guilford Press, New York 2002: 704.
- Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. *Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik*. Ankara, 10.03.2005; Resmi Gazete: Sayı 25751.

- Başer Z. Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, 2006: 8- 61.
- Beeson RA. Loneliness and depression in spousal caregivers of those with alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2003; 17: 135-143.
- Berber K. Akciğer Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2014: 28-39.
- Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal PM. Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Annals Indian Academy Neurology*, 2012; 15: 113-119.
- Bostancı N, Duruhan Ö, Eyüboğlu Ö, Sezgin Ö, Güvenir Ö. Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2007; 15: 165-172.
- Boyle D, Blodgett L, Gnesdiloff S, White J, Bamford AM, Sheridan M, Beveridge R. Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*, 2000; 23: 193-203.
- Brehaut JC, Kohen DE, Garner RE, Miller AR, Lach LM, Klassen AF, Rosenbaum PL. Health among caregivers of children with health problems: Findings from a Canadian Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, 2009; 99: 1254-1262.
- Brodsky J, Habib J, Mizrahi I. Long-Term Care Laws in five developed countries, A Review. JDC Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, Jerusalem, World Health Organization, 2000.
- Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients informal caregivers: Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke*, 1999; 30: 1517-1523.
- Cannuscio CC, Colditz GA, Rimm EB, Berkman LF, Jones CP, Kawachi I. Employment status, social ties, and caregivers' mental health. *Social Science & Medicine*, 2004; 58: 1247-1256.

- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Palma-Faúndez C. Caregivers of patients with Schizophrenia: How Much They Know and Learn After A Psychoeducational Intervention?, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2011; 30: 2468-2476.
- Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research* 2006; 15: 719-724.
- Cassel J. An Epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health* ,1974; 64: 1040-1043.
- Ceylan Gür S. Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, 2018: 17-27.
- Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiver burden and coping a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007; 42: 923-930.
- Chan SWC. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2011; 25: 339- 349.
- Chang EW, Tsai YY, Chang TW, Tsao CJ. Quality of sleep and quality of life in caregivers of Breast Cancer patient. *Pschooncology*, 2007; 16: 950-955.
- Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2009; 48: 419-424.
- Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among chinese family caregivers of people with Schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16: 1151-1161.
- Chou KR. Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 2000; 15: 398-407.
- Chumbler NR, Grimm JW, Cody M, Beck C. Gender, kinship and caregiver burden: the case of community-dwelling memory impaired seniors. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2003; 18: 722-732.

- Cifu DX, Carne W, Brown R, Pegg P, Ong J, Qutubuddin A, Baron MS. Caregiver distress in parkinsonism. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 2006; 43: 499-508.
- Cimilli C. Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygu Durum Dizisi*, 2001; 1: 157-168.
- Cocco E, Gatti M, de Mendonça Lima CA, Camus V. A Comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2003; 18: 78-85.
- Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985; 98: 310-357.
- Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist*, 2004; 59: 673-684.
- Collins CE, Given BA, Given CW. Interventions with family caregivers of persons with alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America*, 1994; 29: 195-207.
- Cora A, Partinico M, Munafo M, Palomba D. Health risk factors in caregivers of terminal cancer patients: A pilot study. *Cancer Nursing*, 2012; 35: 38-47.
- Cotelo Verez N, Radriguez Andres FN, Perez Fornos JA, Iglesias Andres J.C, Lago Rios M. Burden and associated pathologies in family caregivers of alzheimer's disease patients in Spain. *Pharm Practice*, 2015; 13: 521.
- Cowden P. Communication and conflict: Anxiety and learning. *Research in Higher Education Journal*, 2010; 1-9.
- Crespo M, Lopez J, Zarit SH. Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2005; 20: 591-592.
- Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012; 10: 13-21.
- Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışı vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013; 14: 19-26.

- Çetin N. Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2011: 4-11.
- Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Turkish J Geriatr*, 2012; 15: 171-178.
- Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2008: 46-50.
- Çıtlık Sarıtaş S, Işık K. Determining the care burden and anxiety levels of caregivers of elderly patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017; 8: 55-62.
- Çiçek Z. Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2012: 46-59.
- Çivi S. Kutlu R. Çelik HH. Kanserli Hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2011; 53: 248-253.
- Çoban M, Esatoğlu AE. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 2004; 12: 109-120.
- Çoban Sıkılmaz D. Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2018: 16-20.
- Damla A. Obez Hastaların Obsesif-Kompulsif Belirtileri İle Yeme Tutumları ve Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 2013: 8-30
- Danış MZ. “Toplum Temelli Bakım Anlayışı” 2006. <http://dezavantaj.org/index.php/araştırmalar/8-engelli/297-toplum-temelli-bakm-anlay> (Erişim: 25.02.2019).
- Dawani HA, Hamdan-Mansour AM, Ajlouni AT. Users' perception and satisfaction of current situation of home health care services in Jordan. *Health*, 2014; 6: 549-558.
- Day JR, Ruth AA, Davis LL. Compassion fatigue in adult daughter caregivers of a parent with Dementia. *Issues in Mental Health Nursing*, 2014; 35: 796-804.

- Delgado PL. Pathogenesis of Mood Disorders. In: Mood Disorders Text Book. Stein DJ, Kuffer DJ, Schatzberg AF (Eds). American Psychiatric Publishing, Washington, 2006: 100-116.
- Demirlek Ş. Yatağa Bağımlı Olan Hastalara Bakım Veren Kişilerin Depresyon Düzeyi, Bakım Yüğü ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015: 21-25.
- Dericioğulları Ergun A. Evde Bakımın Kapsamı. Kitap: Sosyal Ruhsal ve Medikal Yönleriyle Evde Bakım, Konak Ş (Yazar), Kongre Kitapevi, Ankara, 2016: 3-22.
- Dew MA, Myaskovsky L, Dimartini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Kormos RL. Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. *Psychol Med*, 2004; 34: 1065-1082.
- Dilbaz N. Sosyal anksiyete bozukluğu: tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *J Clin Psy*, 2000; 3: 3-21.
- Diñç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010; 74-82.
- Doğın T, Sapmaz S. Psychometric analysis of the interpersonal sensitivity measure (IPSM) among Turkish undergraduate students. *Journal of Theoretical Educational Science*, 2012; 5: 143-155
- Doress-Worters PB. Adding elder care to women's multiple roles: a critical review of the caregiver stress and multiple roles literatures. *Sex Roles: A Journal of Research*, 1994; 31: 597-616.
- Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012; 3: 3-38.
- Durmaz H. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz etkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2011: 14-17.
- Duru Aşiret G, Kapucu S. Burden of caregivers of Stroke patients. *Turkish Journal of Neurology*, 2013; 19: 5-10.

- Duru E. Yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın rolü. *Türk Psikoloji Dergisi* 2008; 23: 15-24.
- Edmondson JC. Chronic Pain and The Placebo Effect. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7. Baskı), Sadock B. (Ed), Lippincott Williams and Wilkins, 2001: 1981-2001.
- Eğilli CS, Sunal N. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *JAREN*, 2017; 3: 83-91.
- Ekemen N. 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Kısa Semptom Envanteri İle Ruhsal Durumun Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri, 2006: 13-21
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 12: 17-25.
- Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2012; 2: 45- 48.
- Engster D. Rethinking care theory: the practice of caring and the obligation to care. *Hypatia*, 2005; 20: 50-74.
- Erdoğan Z, Yavuz DE. Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2014; 23: 726-736.
- Ergħ TC, Hanks RA, Rapport LJ, Coleman RD. Social support moderates caregiver life satisfaction following traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2003; 25: 1090-1101.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiyitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları. Kitap: Türkiye ruh sağlığı profili. Eksen Tanıtım Ltd. Şti, Ankara, 1998: 77-95.
- Erözkan A. Investigation of social anxiety with regards to anxiety sensitivity, self esteem and interpersonal sensitivity. *Elementary Education Online*, 2011; 10: 338-347.

- Esmek M. Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2006: 30-44.
- Esmeray N. Yaşlı Bireylere Bakıverenlerin Bakım Verme Yükü, Aldıkları Sosyal Destek ve Stres Durumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2013: 75-126.
- Eşel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2003; 13: 78-87.
- Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. Journal of The American Academy of Nurse Practitioners, 2008; 20: 423-428.
- Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu. Evde Bakım Tanımı, Kapsamı, Temel Kavramlar ve Ülkemizde Mevcut Durum. İstanbul, 2010.
- Fadıloğlu Ç. Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Önemi. Kitap: Evde Sağlık ve Bakım, Fadıloğlu Ç, Ertem G ve Şenuzun Aykar F (Yazarlar), Göktaş Yayın, Ankara, 2013: 3-12.
- Ferrara M, Langiano E, Di Brango T, De Vito E, Di Cioccio L, Bauco C. Prevalence of stress, anxiety, and depression in with alzheimer caregiver. Health and Quality of Life Outcomes, 2008; 6: 93.
- Freeman D. Suspicious Mind: The Psychology of Persecutory Delusions. Clinical Psychology Review, 2007; 27: 425-457.
- Fridriksdóttir N, Saevarsdóttir T, Halfdánardóttir SÍ, et all. Family members of cancer patients: needs, quality of life and symptoms of Anxiety and Depression. Acta Oncologica, 2011; 50: 252-258.
- Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 7 th ed. PA: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 1464-1476.
- Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. Metis Yayınları, İstanbul, 2006.

- Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin*, 2001; 51: 213-231.
- Goday- Ramirez AM, Perez-Verdun MA, Domenech-Del Rio A, Prunera-Paerdell MJ. Caregiver burden and social support perceived by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Calid Asist*, 2014; 29: 320-324.
- Goodin R. *Utilitarianism as A Public Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995: 352.
- Göralmış Erhan G. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Kararsızlık, Sosyal Destek Algılarının ve Gelecek Planlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005: 72-85.
- Göriş S, Kılıç Z, Elmalı F, Tutar N, Takcı Ö. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hasta bakıcılarının bakım yükü ve sosyal destek düzeyleri. *Holist Nurs Pract*, 2016; 30: 227-235.
- Grant J S, Weaver M, Elliott TR, Bartolucci AA, Giger JN. Family caregivers of stroke survivors: characteristics of caregivers at risk for depression. *Rehabilitation Psychology*, 2004; 49: 172-179.
- Green CEL, Freeman D, Kuipers E, Bebbington P, Fowler D, Dunn G, Garety P A. Measuring ideas of persecution and social reference: the green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 2007; 38: 101-111.
- Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD. Anxiety, depression and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol*, 2005; 16: 1185-91.
- Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40: 899- 904.
- Güldem Ökem Z, Can M. *Avrupa Birliği Ülkelerinde Yaşlılara Yönelik Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Uygulamaları*, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd Şti, Aralık 2014.

- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A.E, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren İ, Mete L. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21: 203-212.
- Gültekin KB, Dereboy Fİ. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011; 22: 150-58.
- Gürol A, Çapık C. Yaşlıya evde bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirildiği bir araştırma. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2014; 23: 65-72.
- Hanyok LA, Finucane T, Carrese J, Mullaney J. Potential caregivers for homebound elderly: more numerous than supposed? *Journal of Family Practice*, 2009; 58: E1-E6.
- Harb GC, Heimberg RG, Fresco DM, Schneier FR, et al. The psychometric properties of the interpersonal sensitivity measure in social anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 2002; 40: 961-79.
- Helvacı Çelik F, Hocoğlu Ç. "Major Depresif Bozukluk" tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Journal Of Contemporary Medicine*, 2016; 6: 51-66.
- Hoefman RJ, Van Exel NJ, Looren de Jong SL, Redekop WK, Brouwer WB. A new test of the construct validity of the carerqol instrument: measuring the impact of informal care giving. *Quality of Life Research*, 2011; 20: 875-887.
- Honea NJ, Brntnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, Northouse NL. Putting evidence into practice: Nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology*, 2008; 12: 507-516.
- Hu X, Huang W, Su Y, Qu M, Peng X. Depressive symptoms in Chinese family caregivers of patients with heart failure: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 2017; 96: e6480.
- Iconomou G, Vagenakis AG, Kalofonos HP. The informational needs, satisfaction with communication, and psychological status of primary caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*, 2001; 9: 591-596.

- Igberase OO, Morakinyo O, Lawani AO, James BO, Omoaregba JO. Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in Midwestern Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*, 2012; 58:131-137.
- Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar, Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara, 2013.
- Işık K. Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2013: 16-32.
- Ivarsson AB, Sidenvall B, Carlsson M. The factor structure of the burden assessment scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004; 18: 396-401.
- İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11: 85-95.
- İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, 2006: 4-32.
- Jacopzone S. Coping With Aging: International Challenges. *Health Affairs*, 2000; pp 213-225.
- Jafari H, Ebrahimi A, Aghaei A, Khatony A. The relationship between care burden and quality of life in caregivers of hemodialysis patients. *BMC Nephrol*, 2018; 19: 321-326.
- Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Kozubski W. Caregiving burden and its determinants in polish caregivers of stroke survivors. *Arch Med Sci*, 2014; 10: 941-50.
- Kaner S. Engelli çocukları olan ana babaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi. AÜ Bilimsel Araştırma Projesi Kesin raporu. Ankara Üniversitesi, 2004. Açık arşiv (www.ankara.edu.tr/acikarsiv).
- Karaağaç H, Çalık Var E. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatr*, 2019; 22: 16-26.

- Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013: 38-58.
- Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007: 33-73.
- Karabuğa H. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009: 5-17.
- Karabuğa Yakar H, Pınar R. Reliability and validity of Turkish version of The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2013; 14: 4415-4419.
- Karabulut S. Evde Bakım Hizmeti Sunulan Hastalarda Stresin Ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015: 13-25.
- Karabulutlu EL, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2013; 28: 1-9.
- Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2002; 5: 155-159.
- Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *MÜSBED*, 2013; 3: 1-7.
- Karaman D, Kara D, Yalçın Atar N. Evde Sağlık Hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 4: 347-359.
- Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 2013; 6: 380-388.

- Kaya Y, Öz F. Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *J Psychiatric Nurs*, 2019; 10: 28-38.
- Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013: 41-73.
- Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*, 2013; 34: 119-138.
- Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R Major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 1998; 7: 3-14.
- Kılıç G. Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, 2018: 31-52.
- Kızılırmak B. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükü ve Ruhsal Sağlık Durumu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014: 9-18.
- Kim SW, Kim JM, Stewart R, Bae KL, Yang SJ, Shin IS, Shin HY, Yoon JS. Correlates of caregiver burden for korean elders according to cognitive and functional status. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2006; 21: 853-861.
- Kisa A, Ersoy K. Physicians' concerns about home health care in Turkey: How supportive are they? *Home Health Care Management & Practice*, 2005; 17: 448-455.
- Kitrungroter L, Cohen MZ. Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncology Nursing Forum*, 2006; 33: 625-632.
- Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives Of Women's Mental Health*, 2004; 7: 133-148.
- Koç Z, Sağlam Z, Çınarlı T. Kanser tanısı almış olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 1: 99-116.

- Kouta C, Kaite CP, Papadopoulos I, Phellas CN. Evaluation of home care nursing for elderly people in Cyprus. *International Journal of Caring Sciences*, 2015; 8: 376-384.
- Köknel Ö. Ruhsal Çöküntü: Depresyon. *Altın Kitaplar*, İstanbul 2005.
- Köroğlu E. Ruhsal belirtiler, bulgular ve tanımları. *Kitap: Klinik Psikiyatri*. HYB yayıncılık (2. Baskı), Ankara, 2015: 37
- Kumamoto K, Arai Y, Zarit SH. Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: Preliminary Results. *Int. J. Geriatr Psychiatry*, 2006; 21: 163-170.
- Kuuppelomaki M, Sasaki A, Yamada K, Asakawa N, Shimanouchi S. Family carers for older relatives: Sources of satisfaction and related factors in Finland. *International Journal of Nursing Studies*, 2004a; 41: 497-505.
- Kuuppelomaki M, Sasaki A, Yamada K, Asakawa N, Shimanouchi S. Coping strategies of family carers for older relatives in Finland. *Journal Of Clinical Nursing*, 2004b; 13: 697-706.
- Kuzulu A, Bilgin G, Arslan İ, Öznur H, Kızıldaş Ö, Tekin O, Demir N, Albayrak Z. KOAH hastalarında sosyal ilişkilerin değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 2017; 17: 204-215.
- Küçükgülü Ö, Esen A, Yener G. Bakımverenlerin yükü envanterinin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *J Neurol Sci (Turkish)*, 2009; 26: 60-73.
- Küçükgülü Ö, Şentürk Gönen S, Akpınar Söylemez B. Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. *DEUHFED*, 2017; 10: 68-78.
- Lai DWL, Thomson C. The impact of perceived adequacy of social support on caregiving burden of family caregivers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 2011; 92: 99-106.
- Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 1998; 36: 26-32.
- Lee JA, Walker M, Shoup R. Balancing elder care responsibilities and work: the impact on emotional health. *Journal of Business and Psychology*, 2001; 16: 277-289.

- Lee JE, Shin DW, Cho J, et al. Caregiver burden, patients' self-perceived burden, an preference for palliative care among cancer patients and caregivers. *Psychooncology*, 2015; 24: 1545-1551.
- Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994; 377: 7-10.
- Lewis MA, Rook KS. Social control in personal relationships: impact on health behaviors and psychological distress. *Health Psychology*, 1999; 18: 63-71.
- Li J, Lambert CE, Lambert VA. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's Republic of China. *Nurs Health Sci*, 2007; 9: 192-198.
- Lopez J, Lopez-Arrieta J, Crespo M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2005; 41: 81-94.
- Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv*, 2007; 58: 378-384.
- Malak AT, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 2008; 18: 118-121.
- Mancini J, Baumstarck Barrau K, Simeoni MC, Grob JJ, Michel G. Quality of life in a heterogeneous sample of caregivers of cancer patients: an in depth interview study. *European Journal of Cancer Care*, 2011; 20: 483-492.
- Mann JJ. Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*, 1999; 21: 99-105.
- McCorkle R, Robinson L, Nuamah I, Lev E, Benoliel JQ. The effects of home nursing care for patients during terminal illness on the bereaved's psychological distress. *Nursing Research*, 1998; 47: 2-10.
- McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 2005; 36: 2181-2186.
- Mitrani VB, Czaja SJ. Family-based therapy for dementia caregivers: clinical observations. *Aging & Mental Health*, 2000; 4: 200-209.

- Mollaoğlu M, Tuncay Özkan F, Kars Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, 2011; 4; 125-130.
- Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Care giver burden and healthrelated quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 2003; 32: 218-223.
- Muller MJ, Klein M, Taphoorn MJ, Van der Ploeg HM, Aaronson NK. The quality of life of the partners of patients ith low-grade glioma. *International Society for Quality of Life Research Conference*, 2002; pp 636-60.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients. *Cancer Nursing*, 2007; 30: 412-418.
- Nadarević-Štefanec V, Malatestinić Đ, Mataija-Redžović A, Nadarević T. Patient satisfaction and quality in home health care of elderly Islanders. *Collegium Antropologicum*, 2011; 35: 213-216.
- Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers. *Am J Public Health*, 2002; 92: 409-413.
- Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. Caregiver-Coping in Bipolar Disorder and Schizophrenia. A re-examination. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40: 329-336.
- Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996; 71: 498-511.
- O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Gilbert P. Guilt, fear, submission and empathy in depression. *J Affect Disord*, 2002; 71: 19-27.
- Ockerby C, Livingston P, O'Connell B, Gaskin CJ. The role of informal caregivers during cancer patients' recovery from chemotherapy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2013; 27: 147-155.
- Oğlak S. Uzun süreli Evde Bakım Hizmetleri ve bakım sigortası. *Turk J Geriatrics*, 2007; 10: 100-108.

- Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, Howland RH. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical Therapeutics*, 2013; 35: 512-522.
- Olgun Yazar H, Yazar T, Günday A, Yancar Demir E, Çankaya S, Enginyurt Ö, Altunkaynak Y. Sağlık kurulunda nörolojik hastalıkları nedeniyle ağır özürli olarak değerlendirilen hastaların bakım verenlerinin ruh sağlığı durumlarının değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2018; 1: 1-10.
- Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2015; 6: 33-39.
- Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anatol J Clin Investig*, 2013; 7: 24-30.
- Öner Altıok H, Şengün F, Üstün B. Bakım: Kavram analizi. *DEUHYO ED*, 2011; 4: 137-140.
- Önsöz SB. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2013: 44-60.
- Özdemir Ü, Taşcı S, Kartın P, Çürük GN, Nemli A, Karaca H. Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017; 4: 49-61.
- Özdevecioğlu M. Sosyal destek ve yaşam tatmininin mesleki stres üzerindeki etkileri: Kayseri'de faaliyet gösteren işletme sahipleri ile bir araştırma. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2004; 22: 209-233.
- Özer S. Kalp Yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2010; 1: 3-7.
- Özkan B, Erdem E, Ozsoy SD, Zararsız G. Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Pak J Med Sci*, 2013; 29: 1122-1127.

- Özlu A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni hastalarının bakımıyla ilgilenenlerde yük ve ilişkili özellikler. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2015; 28: 147-153.
- Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Tuna Matbaacılık, Ankara, 2008: 342-539.
- Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014; 15: 39-44.
- Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. Caring or A relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 58: 446-57.
- Pehlivan S, Özgür YF, Yıldız H, Dalkılıç HE, Pehlivan Y. Romatolojik hastalıklarda sosyal destek ve bakım veren yükü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2018; 44: 19-25.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, et al. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2007; 9: 262-73.
- Perren S, Schmid R, Wettstein A. Caregivers' adaptation to change: the impact of increasing impairment of persons suffering from dementia on their caregivers' subjective well-being. *Aging & Mental Health*, 2006; 10: 539-548.
- Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*, 2005; 20: 90-6.
- Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R, et al. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2005; 20: 168-74.
- Rodakowski J, Skidmore ER, Rogers JC, Schulz R. Role of social support in predicting caregiver burden. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2012; 93: 2229-2236.

- Rodríguez-Pérez M, Abreu-Sánchez A, Rojas-Ocaña M. J, del-Pino-Casado R. Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health Qual Life Outcomes*, 2017; 15: 71.
- Roick C, Heider D, Toumi M, Angermeyer MC. The impact of caregivers characteristics, patients conditions and regional differences on family burden in Schizophrenia: A longitudinal analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006; 114: 363- 374.
- Rosenthal CJ, Hayward L, Martin-Matthew A, Denton MA. Help to older parents and parents-in-law: Does paid employment constrain women's helping behavior? *Can J Aging*, 2004; 23: 115-30.
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A. (Eds) (8. Baskı), Güneş Kitabevleri, İstanbul, 2007: 1559-1800.
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Yönergesi. Tarih: 01.02.2010, Sayı: 3895 [http://www.saglik.gov.tr /TR/dosya/1-71581/h/yonerge.docx](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71581/h/yonerge.docx) (Erişim tarihi 02.05.2019).
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. T.C. Resmi Gazete, 12 Ocak 1961, sayı: 224.
- Sakallı AK. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Afektif Mizaç, Kronobiyoloji ve Dürtüsellik Açısından İncelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 2014: 3-27.
- Salama RAA, El-Soud FAA. Caregiver burden from caring for impaired elderly: A cross-sectional study in rural lower Egypt. *IJPH*, 2012; 9: 1-10.
- Sales E. Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 2003; 12: 33-41.
- Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 2003; 24: 175-198.
- Schulmerich SC. Home Healty Care Administration. Delmar Pub, Rilegato, May 1996: 24-27.

- Selçuk Tosun A, Doğan S, Tekinsoy Kartın P, Zincir H. Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 18: 9-16.
- Selen F, Kav S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2014; 16: 12-22.
- Shaffer DR, Dooley WK, Williamson GM. Endorsement of proactively aggressive caregiving strategies moderates the relation between caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior. *Psychology and Aging*, 2007; 22: 494-504.
- Shieh SC, Tung HS, Liang SY. Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 2012; 44: 223-231.
- Shirai Y, Silverberg Koerner S, Baete Kenyon D. Reaping caregiver feelings of gain: the roles of socio-emotional support and mastery. *Aging and Mental Health*, 2009; 13: 106-117.
- Shumaker SA, Brownell A. Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 1984; 40: 11-36.
- Silver HJ, Wellman NS. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *J Am Diet Assoc*, 2002; 102: 831-836.
- Snyder MC, Fauth E, Wanzek J, et al. Dementia caregivers' coping strategies and their relationship to health and well-being: The cache county study. *Aging Ment Health*, 2015; 19: 390-399.
- Sögüt Ç, Erbay Dünder P. Manisa'da bir Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde Evde Sağlık Hizmeti alan kişilere bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Türk J Public Health*, 2017; 15: 37-46.
- Sönmezsoy N. Akademisyenlerin Algıladıkları Sosyal Destek ve İş Doyumu Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2018: 3-9.

- Söylemezo MN. Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, 2011: 32-70.
- Spratt SJ, Hawley LR, Kolf J. Home Health Care: A Physician's Perspective, Spratt SJ, Hawley L R, Hoye E. (Eds), Home Health Care, Gr/ St. Luice Press, Florida, 1997: 1-16.
- Stetz K, Brown M. Taking Care: Caregiving to persons with cancer and AIDS. Cancer Nursing, 1997; 20: 12-22.
- Stetz KM, Brown MA. Physical and psychosocial health in family caregiving: a comparison of AIDS and cancer caregivers. Public Health Nursing, 2004; 21: 533-540.
- Stoltz P, Uden G, Willman A. Support for family carers who care for an elderly person at home a systematic literature review. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2004; 18: 111-119.
- Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim: Evde Bakım Hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006; 5: 19-31.
- Subaşı N. Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2001: 57-112.
- Sugihara Y. Longitudinal changes in the well-being of Japanese caregivers: variations across kin relationship. Psychological Science and Social Sciences, 2004; 59: 177-184.
- Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. Kitap: Psikiyatri Temel Kitabı. Güleç C, Köroğlu E (Yazarlar). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997: 449-526.
- Şahin AR, Böke Ö. Obsesif kompulsif bozukluk. Kitap: Psikiyatri Temel Kitabı, Köroğlu E, Güleç C (Yazarlar), HYB Basım Yayın, Ankara, 2007: 493-504.
- Şahin Hisli N. Batıgün Durak A. Kısa Semptom Envanteri (KSE): ergenler için kullanımının geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13: 125-135.

- Şahin ZA, Ergüney E. Determining reactions and anger expressions of family members giving care for receiving chemotherapy. *Chemotherapy: Open Access*, 2015; 4: 1-6.
- Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009; 12: 1-9.
- Şengün F. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007: 40-48
- Şengün İnan F, Çetinkaya Duman Z. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 16: 205-211.
- Şirzai H, Ünsal Delialioğlu S, Sarı İF, Özel S. İnme ve bakım verme yükü. *FTR Bil Der*, 2015; 18: 162-169.
- Tamayo GJ, Broxson A, Munsell M, Cohen MZ. Caring for the caregiver. *Oncol Nurs Forum*, 2010; 37: E50-E57.
- Tarı Selçuk K, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016; 7: 1-9.
- Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012; 9: 22-29.
- Tayaz E, Koç A. Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2018; 14: 44-52.
- Taylor SE, Sherman DK, Kim HS, Jarcho J, Takagi K, Dunagan MS. Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 2004; 87: 354-62.

- TDK. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&view=gts. Erişim tarihi: 31.10.2019.
- Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*, 2012;13: 87-92.
- Tel H, Ertekin Pınar Ş. Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013; 4: 145-152.
- Thoits PA. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1982; 23: 145-159.
- Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: Systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 2003; 12: 860- 872.
- Toker Tekin G. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü İle Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2018: 30-42
- Tolle SW, Tilden VP, Rosenfeld AG, Hickman SE. Family reports of barriers to optimal care of the dying. *Nursing Research*, 2000; 49: 310-317.
- Toseland R.W, Smith G, McCallion P. Family caregivers of the frail elderly, handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations. Gitterman A. (Ed). Columbia University Press, New York, 2001: 548-581.
- Tronto JC. *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*. Routledge, New York and London, 1993: 226.
- Tuna M, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010; 17: 41-52.
- Tuna RY, Özdemir Ü, Güden E, Demirel İ, Öksüzükaya A. Evde Sağlık Hizmetleri Kayseri Örneği. *Halk Sağlığı Etkinlikleri- HASUDER 2012*. (<http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/870>). (Erişim Tarihi: 29.04.2019).

- Tuncay Özkan F, Mollaoğlu M, Kars Fertelli T. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi. *Psikiyatri ve Nöroloji Dergisi*, 2012; 8: 5-10.
- Tutar H. İşyerinde psikolojik şiddet sarmalı: nedenleri ve sonuçları. *Journal of Administration Sciences*, 2004; 2: 101-128.
- Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın, 2018. (https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacesse/haber_detay.php?id=165) (Erişim Tarihi: 31.05.2019).
- Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. (www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=30567) (Erişim Tarihi: 31.06.2019).
- Türkmen SN. Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 2016; 5: 55-75.
- Uğur Ö, Fadıloğlu ZÇ. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2012; 1: 53-58.
- Uğur Ö. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006: 37-150.
- Ukpong D. Burden and psychological distress among Nigerian family caregivers of schizophrenic patients: the role of positive and negative symptoms. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012; 23: 40-5.
- Ulstein I, Wyller TB, Engedal K. High score on the relative stress scale, a marker of possible psychiatric disorder in family carers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007; 22: 195-202.
- Uyan B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2019: 36-50.
- Varona R, Saito T, Takahashi M, Kai I. Caregiving in The Philippines: A quantitative survey on adult-child caregivers' perceptions of burden, stressors, and social support. *Arch Gerontol Geriatr*, 2007; 45: 27-41.

- Vrettos I, Kamposioras K, Kontodimopoulos N, Pappa E, Georgiadou E, Haritos D, Papadopoulos AA, Niakas D. Comparing health-related quality of life of cancer patients under chemotherapy and of their caregivers. *Scientific World Journal*, 2012; 135283: 1-9.
- Waite A, Bebington P, Skelton-Robinson M, Orrell M. Social factors and depression in carers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004; 19: 582-587.
- Waliser MN, Feldman FH, , Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the caregivers needs care: the plight of vulnerable caregivers. *Am J Public Health*, 2002; 92: 409-413.
- Wells R, Dywan J, Dumas J. Life satisfaction and distress in family caregivers as related to specific behavioural changes after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 2005; 19: 1105-1115.
- White Y, Grenyer BF. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 30: 1312-1320.
- Wieland D, Hirth V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control*, 2003; 10: 454-462.
- Wilhelm K, Boyce P, Brownhill S. The Relationship between interpersonal sensitivity, anxiety disorders and major depression. *J Affect Disord*, 2004; 79: 33-41.
- Willette-Murphy K, Todero C, Yeaworth R. Mental health and sleep of older wife caregiver for spouse with alzheimer's disease and related disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 2006; 27: 837-852.
- Williams PA, Peckham A, Kuluski K, Montgomery R, Morton F, Watkins J. Formal and informal care for older persons: assessing the balance in Ontario, Toronto, University Of Toronto, 2010: 1-26.
- World Health Organisation. Key Policy Issues in Long Term Care, J.Brodsky, J.Habib and M. Hirschfeld(Eds), World Health Organiz 2003.
- Yaşar F. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin

- Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008: 42-59.
- Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; 5: 54-66.
- Yıldırım A. Pareidolia: Obsesif Kompulsif Yatkınlığı Olan Bireylerle Otistik Yatkınlığı Olan Bireylerin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2016: 17-19.
- Yıldırım FG. Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Ruhsal Durumları ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014: 22-42.
- Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve yükü etkileyen faktörler. Nöropsikiyatri Arşivi, 2013; 50: 169-174.
- Yıldırım Sarı H. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 11: 1-7.
- Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2016; 13: 216-225.
- Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Genel Tıp Dergisi, 2008; 18: 71-79.
- Yılmaz M, Çifçi ES. Açık Kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: fonksiyonel sağlık örüntüleri. Türk Göğüs Damar Cerrahisi Dergisi, 2010; 18: 183-189.
- Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 1: 12-15.
- Yu H, Wong, X, He R, Liang R, Zhou L. Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with alzheimer's disease. Plos One, 2015; 10: 1-13.

- Yurtsever S, Özge A, Kara A, Yandım A, Kalav S, Aydın D. The relationship between care burden and social support in Turkish alzheimer patients' family caregivers: Cross-Sectional Study. *J Nurs Educ Pract*, 2013; 3: 1-12.
- Yusuf AJ, Nuhu FT. Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2011; 46: 11-16.
- Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson hastalığında bakıcı yükü. *Parkinson Hastalıkları Hareket Bozukluğu Dergisi*, 2007; 10: 26-34.
- Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B. Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 9: 54-62.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 1980; 20: 649-655.
- Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center, 1990.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 1988; 52: 30-41.

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Niğde il'inde uzun süreli bakım hizmeti veren hasta yakınlarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi
-----------------------	---

VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
----------------------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Malikgazi/KAYSERİ
	TELEFON	0 382 437 49 10 - 11
	FAKS	0 382 437 62 86
	E-POSTA	byancer@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Doç.Dr.Elçin Balcı			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz			Doktora		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:



ASLI GİBİDİR

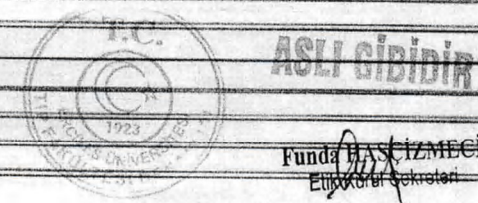
Funda HASÇİZMECİ
Etik Kurul Sekreteri

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Niğde il'inde uzun süreli bakım hizmeti veren hasta yakınlarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLEN DİRLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Veriyon Numarası	DİLİ			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama					
	SIGORTA						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ						
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU						
	ILAN						
	YILLIK BİLDİRİM						
	SONUÇ RAPORU						
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ						
DİĞER							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2016/535	Tarih : 07.10.2016					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						




KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma ile İlişki		Katılım (*)		İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Kayseri Eğitim Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Dis ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Cihan BİÇER	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yard. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Av. Serhat ÜSTÜNEL	Avukat	Hukuk Müşaviri	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Sevtaç Koçer	Sivil Üye	Serbest	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		

* Toplantıda Bulunma

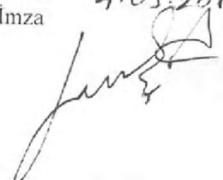
Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

 T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Kaliteli ve Etkin Hastaneler Kurumu	NİĞDE KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU ÖMER HALİSDEMİR
ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad *Mehmet ŞAHİN* 652
TARHTA.
Tarih 14.03.2016
İmza 

Araştırmanın;

Adı:	Uzun süreli bakım hizmeti veren hasta yakınlarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi
Amacı:	<p>Nüfusun yaşlanması, engelli bireylerin ve kronik hastalıkların dünyada ve ülkemizde giderek artması evde bakım hizmetlerine olan gereksinimi artırmaktadır. Evde bakım; özürlü, yaşlı, kronik hastalığı olan veya nekahat dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (1). Aynı zamanda Evde bakım hizmetleri bireyin sağlığını korumak, geliştirmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel bir şekilde veya aile bireyleri tarafından yaşadığı ortamda sunulması şeklinde de ifade edilebilir (2).</p> <p>Aile, üyelerinin her tür ihtiyaçlarını karşılaması, hasta, yaşlı, engelli yakınına bakım, ilgi ve destek sağlaması beklenen en önemli 'bakım veren' kurumdur (3). Ailede bakım hastasının olması günlük işleri ve rutinleri farklılaştırmakta, kişileri bu yeni duruma uyum sağlamaya zorlamaktadır. Aileyi etkileyen hastalığın uzun sürmesi, yaşamı tehdit eder nitelikte olması, hastanın işine ve sosyal yaşamına dönememesi gibi nedenler hastanın bakımını üstlenen kişinin</p>



NİĞDE KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

	<p>Problems Checklist And The Burden Interview. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center, 1990</p> <p>30. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11: 85-95</p> <p>31. Şahin Hisli N. Batıgün Durak A. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(2):125-135</p> <p>32. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12: 17-25</p>
Uygulanacağı Yerler:	Niğde ilindeki T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden hizmet alan hastalara bakım veren hasta yakınlarına uygulanacaktır.
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	Yok
Başlama Tarihi ve Süresi:	01.04.2017-31.07.2017 tarihleri arasında yapılacaktır.
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç. Dr. Elçin BALCI

Klinik / Birim Eğitim Sorumlusu*
İmza
.../ .../ 2016

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği
Ömer Halisdemir Üniversitesi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Evde Sağlık Hizmetleri Birimi
Bakım Hizmetleri Müdürlüğü
14/06/2017

Klinik / Birim İdari Sorumlusu*
İmza
.../ .../ 2016

Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu

Başhekim Yardımcısı
T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği
Ömer Halisdemir Üniversitesi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Yavuz YAVAŞOĞLU
Başhekim Yardımcısı



Y. Sağlık Bakanlığı
T.C. Sağlık Bakanlığı
HASTANELER BİRLİĞİ

NİĞDE KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

14.03.2018

HASTANE YÖNETİCİSİ

İmza

14.3.2018

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği
Ömer Halisdemir Üniversitesi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üzm. Dr. Necati SARI
Yönetici V. / Başhekim

Not: *Eğitim Araştırma Hastaneleri dışındaki Devlet Hastanelerinde Bakım Hizmetleri Müdürü ve Hastane Yöneticisinin onaylaması yeterlidir.

**Sadece Hemşirelik araştırmalarında ayrıca Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

BİLGİLENDİRME:

Sayın katılımcı;

Katılmanızı istediğimiz bu araştırma, “Niğde İlinde Uzun süreli bakım hizmeti veren hasta yakınlarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi ” başlıklı bir araştırmadır.

Çalışmanın amacı, Niğde ilindeki evde bakım hizmeti sunulan bireylere bakım verenlerin bakım verme yükleri ve ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkileri belirlemektir. Çalışmada yaklaşık 15-20 dakikada doldurulabilecek bir anket formundaki soruları yüz yüze görüşmede yanıtlamanız istenecektir. Bu anket kayıtlardaki yaklaşık 800 kişinin bakım verenlerine uygulanacaktır. Sorular yöneltilirken kişisel kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Sorulara verilen yanıtlar topluca değerlendirilecek ve bu araştırma sonuçları bilimsel platformlar dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır.

Çalışmaya katılıp katılmamanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmaya katılmayabilir veya istediğiniz aşamada vazgeçebilirsiniz.

Araştırma süresince 24 saat ulaşılabilecek kişi

Adı Soyadı: Mehtap ŞAHİNGÖZ

Telefonu: 0 546 561 80 71

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı Soyadı: Mehtap ŞAHİNGÖZ

Tarih:

İmzası

BİREY TANITIM FORMU

1. Bölüm

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz? Erkek Kadın

3. Hasta ile olan yakınlık dereceniz?

Anne-Baba Çocuklar Eşi Eşinin Anne-Babası Akrabası:.... Diğer:.....

4. Medeni Durumunuz nedir? Evli Bekar Boşanmış/Dul

5. Eğitim durumunuz nedir? Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise

Üniversite Diğer:.....

6. Bağlı bulunduğunuz "Sosyal Güvenlik " kuruluşu aşağıdakilerden hangisidir?

Emekli sandığı SSK Bağ-kur Yeşil kart Sosyal güvence yok

7. Çalışma durumunuz nedir? Tam gün Yarım gün Çalışmıyor diğer.....

8. Gelir düzeyiniz ne kadardır?

Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla

9. Bakım konusunda yardım aldığınız kişi/kişiler var mı?

Evet Hayır

10. Bakım konusunda yardım aldığınız kişi/kişiler kimler?

Eş Anne-Baba Çocuk Bakıcı Diğer.....

11. Hastaya bakım verme süreniz ne kadar?

2. Bölüm

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: Erkek Kadın

3. Medeni Durumu: Evli Bekar Boşanmış/Dul

4. Eğitim durumu: Okur-yazar değil Okur Yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Diğer:.....

5. Sosyal güvencesi:

Yeşil Kart SSK Bağ-kur Emekli Sandığı Diğer.....

6. Hastanın Tanısı:.....

7. Ek bir hastalığı var mı?

Evet

Hayır

8. Gelir düzeyiniz ne kadardır?

Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

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

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınıza harcadığımız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığımızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve is sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınımla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğimiz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğimiz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarımızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınımız hastalandığı zaman yaşamımızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınımız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınımız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğimiz işin en iyisini yaptığımızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölççeğe göre değerlendirin: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0:Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Epey var 4.Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

Hiç Çok fazla

	0	1	2	3	4
1.İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali	0	1	2	3	4
2.Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu korkusu	0	1	2	3	4
5.Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11.İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12.Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16.Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17.Hüzünlü,kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19.Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20.Kolayca incinebilme,kırılmak	0	1	2	3	4
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23.Mide bozukluğu,bulantı	0	1	2	3	4
24.Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25.Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27.Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28.Otobüs,tren,metro gibi umumî vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29.Nefes darlığı,nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30.Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya,yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32.Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar,karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık,güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4

40.Birini dövme,ona zarar verme,yaralama isteği	0	1	2	3	4
41.Birşeyleri kırma,dökme isteği	0	1	2	3	4
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45.Deşset ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46.Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47.Yalnız bırakıldığında / kaldığında yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
48.Başarılarımız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50.Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52.Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarımızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarımızı veriniz.

	Kesinlikle hayır(1)			Kesinlikle evet(7)		
	1	2	3	4	5	6
1-İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.						
2-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var						
3-Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.						
4-İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım						
5-Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.						
6-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olamaya çalışırlar.						
7-İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.						
8-Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.						
9-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.						
10-Yaşamımda duygularına önem veren özel bir insan var.						
11-Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.						
12-Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.						

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme kondu: 05-Kas-2019 16:13 +03
 NUMARA: 1207469072
 Kelime Sayısı: 39425
 Gönderildi: 1

Sınav öncesi tez Mehtap Şahingöz tarafından

Benzerlik Endeksi

%13

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources: %11
 Yayınlar: %6
 Öğrenci Ödevleri: %12

[alintıları dahil et](#)

[bibliyografyayı dahil et](#)

[1% > eşleşmeleri çıkar](#)

mod:

raporu hızlı görüntüle (klasik)

Change mode

[yazdır](#)

[venile](#)

[İndir](#)

2% match (09-May-2016 tarihli internet)

<http://earsiv.atauni.edu.tr>



2% match (21-May-2019 tarihli öğrenci ödevleri)

[Submitted to Gaziantep Aniversitesi on 2019-05-21](#)



2% match (30-Kas-2015 tarihli internet)

<http://www.researchgate.net>



1% match (11-Nis-2016 tarihli internet)

<http://docplayer.biz.tr>



1% match (15-May-2018 tarihli internet)

<http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080>



1% match (03-Mar-2019 tarihli internet)

<http://www.selcuk.edu.tr>



1% match (05-Şub-2019 tarihli internet)

<http://www.ichastaliklarihemsireligi.com>



1% match (05-Kas-2014 tarihli internet)

<http://www.saglikcalisanisagligi.org>



1% match (20-Ağ-2013 tarihli internet)

<http://hemsirelik.ege.edu.tr>



1% match (08-Ağ-2012 tarihli internet)

<http://mersin.mitosweb.com>



1% match (31-Oca-2019 tarihli internet)

https://www.phderneji.org/wp-content/uploads/2019/01/UPHK_Kongre-Kitabi-2018-pdf.pdf



ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Mehtap ŞAHİNGÖZ

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 19 Nisan 1981, Yozgat

Medeni Durumu: Evli

Tel: +90 388 211 28 46

email: mehtapsahingoz@ohu.edu.tr

Yazışma Adresi: Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu NİĞDE

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora	EÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2019
Yüksek Lisans	EÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2012
Lisans	EÜ Yozgat Sağlık Yüksekokulu	2004
Lise	Atatürk Lisesi, Yozgat	1999

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2012- Halen	Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi	Öğretim Görevlisi
2007- 2012	Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Hemşire
2006-2007	Çimento Fabrikası	Revir Hemşiresi

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR

1. Şahingöz M, Balcı E. Rational Drug Use of Nurses. TAF Prev Med Bull. 2013; 12(1): 57-64
2. Balcı E, Şahingöz M. Hemşirelerin Organ Bağışına Bakışları. Cumhuriyet Tıp Derg. 2014; 36: 503-511
3. Doğan M,Şahin T,Bayraktar M, Şahingöz Tahta M,Aykut M. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Durumu. e-SAĞLIK Hemşirelik Dergisi, 2018; 8(30) ISSN:2149-0139
4. Balcı E, Şahingöz Tahta M, Günay O. Approaches Of The Nurses To Euthanasia and Suicide: A Cross-Sectional Study from Turkey. Journal Of International Social Research. 2019; 12(63): P587-594