



**MALATYA'DA EVDE BAKIM VERENLERİN BAKIM
YÜKÜ İLE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Neşe KARAKAŞ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN**

Doktora Tezi – 2017

**T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA'DA EVDE BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ İLE YAŞAM
KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Neşe KARAKAŞ

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN**

**MALATYA
2017**

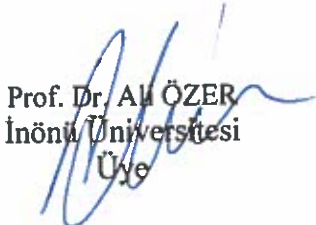
KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Açılabım Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütölmüş olan; Neşe KARAKAŞ'ın "Malatya'da Evde Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu bu çalışması, aşğıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/11/2017



Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Ali ÖZER
İnönü Üniversitesi
Üye



Prof. Dr. Süleyman Erhan DEVECİ
Fırat Üniversitesi
Üye



Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tefik OZAN
Fırat Üniversitesi
Üye



Yrd. Doç. Dr. Harika Gözde GÖZÜKARA BAĞ
İnönü Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2017 tarih ve 2017/..... sayılı Kararıyla da uygun görölmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Evde Bakım Hizmeti	3
2.1.1. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı.....	3
2.1.2. Evde Bakım Hizmetinde Tarihsel Süreç	4
2.2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	6
2.2.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Yapılanması ve Mevcut Durum	7
2.2. Bakıma Muhtaçlık	10
2.2.1. Bakıma Muhtaçlığın Tespit Edilmesinde Kullanılan Yöntemler	11
2.3. Bakım Verme	12
2.3.1. Bakım Verme Türleri	12
2.4. Bakım Vermenin Olumlu ve Olumsuz Etkileri.....	13
2.4.1. Bakım Yüğü	14
2.5. Yaşam Kalitesi	15
3. MATERYAL VE METOT	17
3.1. Araştırmanın Türü	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	17
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.4.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	18
3.4.2. Barthel İndeksi	18
3.4.3. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu	19
3.4.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	19

3.4.5. WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği:	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.7. Araştırma Etiği	22
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımları	23
4.2. Araştırma Kapsamındaki Hastalara Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri	28
4.3. Araştırma Kapsamındaki Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yükü	32
4.3.1. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	32
4.3.2. Barthel İndeksi Alt Boyutlarının Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Analizi	33
4.3.4. Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39
4.3.5. Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları İle Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	41
4.3.6. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
4.3.7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
4.3.8. Bakım Verenlerin Yaş Gruplarına Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
4.3.9. Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46

4.3.10. Bakım Verenlerin Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
4.3.11. Bakım Verenlerin Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişiler Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
4.3.12. Bakım verenlerin Hastaya Bakım Süresi Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
4.3.13. Bakım Verenlerin Bakım Konusunda Yardım Alma Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
4.3.14. Bakım Verenlerin Günlük Yaşantı Değişiklik Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
4.3.15. Bakım Verenlerin Finansal Sorun Yaşama Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
4.3.16. Bakım Verenlerin Ev Yaşantısında Değişiklik Olma Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
4.3.17. Bakım Verenlerin Hastaya Ayrılan Günlük Saat Süresine Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
5. TARTIŞMA	59
5.1. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışması	59
5.2. Araştırma Kapsamındaki Hastalara Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması.....	60

5.3. Araştırma Kapsamındaki Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Ve Bakım Verme Yüku Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışması.....	62
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	68
KAYNAKLAR	70
EKLER.....	78
EK.1. ÖZGEÇMİŞ	78
EK.2. ETİK KURUL BELGESİ	79
EK.3. ANKET FORMU	80
EK.4. BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ PUAN MADDE KORELASYON KATSAYILARI VE CRONBACH ALPHA	92
EK.5. WHOQOL-BREF(TR) ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN MADDE KORELASYON KATSAYILARI ve CRONBACH ALPHA DEĞERİ.....	93
EK.6. KURUM İZİN YAZISI	94

TEŞEKKÜR

Araştırmanın süresince tez danışmanlığımı üstlenerek bana yol gösteren çalışmamın planlanması yürütülmesi ve sonuçlandırılmasında her türlü katkı ve desteğini benden esirgemeyen danışmanım Sayın Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a, tez izleme jüri üyeleri Sayın Prof. Dr. Gülsen Güneş ve Sayın Yrd.Doç. Dr. Harika G. GÖZÜKARA BAĞ'a, doktora eğitimim boyunca desteklerini benden esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Metin GENÇ ve sayın Prof. Dr. Ali ÖZER'e,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Malatya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne, araştırmaya katılımları ile destek veren tüm hastalara ve bakım verenlere,

Tüm hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, zor zamanlarımda sabırla yanımda olan aileme, tez çalışmam boyunca gösterdiği sabrı ve desteği için sevgili eşim Kadir Karakaş'a,

Teşekkür ederim.

NEŞE KARAKAŞ

ÖZET

Malatya’da Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma; Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği’ne bağlı evde sağlık birimlerine kayıtlı, evde sağlık hizmeti alan hastaların genel özellikleri ve bakım gereksinimleri ile bu hastalara primer bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi düzeylerini saptamak ve bunlar üzerinde etkili olan faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel olarak planlanan araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadı. 26 Mayıs – 26 Temmuz tarihleri arasında kayıtlı tüm hasta ve bakım verenlere ulaşılması hedeflendi. Araştırmanın örneklemini bu tarihler arasında evde sağlık birimlerine kayıtlı 383 hasta ve 383 bakım veren birey oluşturdu. Araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlere Hasta ve Bakım Veren Tanıtım Formu, WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakım Yükü Ölçeğinden oluşan veri toplama formu uygulandı. Veriler ANOVA, ilişkisiz t-testi, korelasyon analizleriyle değerlendirildi. Anova analizi sonucunda gruplar arasındaki anlamlı farklılığı tespit etmek için post hoc analizlerinden Tukey kullanıldı . $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

Bulgular: Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin çoğunluğu kadın ve informal bakım verendi. Hastalar en fazla inme tanısıyla evde bakım hizmeti alıyorlardı. Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları 42.82 ± 16.29 olduğu tespit edildi. Kadın bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları erkek bakım verenlere göre daha yüksekti ($p<0.05$). Aylık gelirle ilgili sorun yaşadıklarını ifade eden bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları, gelir sorunu olmayanlara göre daha düşüktü ($p<0.05$). Bu araştırmada bakım verenlerin bakım verme yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($r=-0.312$, $p<0.001$).

Sonuç: Sonuç olarak bu araştırmanın bulgularına göre bakım verme yükü arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitesinin azaldığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Bakım Verme Yükü, Evde Bakım, Bakım Veren, Bakım Verme

ABSTRACT

Examining the Relation Between the Caregiving Burden and Life Quality of the Caregivers who Provide Home Care in Malatya

Purpose: This study was conducted to determine the general characteristics and caretaking needs of the patients registered at Home Care Health Units of Malatya Public Hospitals Union receiving home care; and also, to uncover the caregiving burden and life quality levels of the staff providing primary home care for these patients; and to investigate the factors that are influential on these.

Material and Method: The study was designed in the Cross Sectional Model, and no sampling method was used in it. It was aimed to contact all the registered patients and the staff providing home care between May 26 and July 26. The sampling of the study consisted of the 383 patients who were registered at Home Care Health Services Units and 383 care taking individuals between the abovementioned dates. The data collection form consisting of the Patient and Caregiver Introduction Form, WHOQOL-BREF (TR) Life Quality Scale, and Zarit Caregiving Burden Scale were applied to the caregivers and the patients who participated in the study. The data were analyzed with ANOVA, Irrelevant t-test, and correlation analyses. After the ANOVA analysis was made, the Tukey Test, which is one of the Post Hoc Analysis methods, was applied to detect the significant difference between the groups. The $p < 0.05$ value was taken to be statistically significant.

Findings: Most of the caregivers included in the study consisted of women and informal caregivers. The patients were mostly diagnosed with stroke and were receiving treatment at home. It was determined that the average of the Caregiving Burden Scale points of the caregivers was 42.82 ± 16.29 . The Caregiving Burden Scale points of the female caregivers were higher than those of the male caregivers ($p < 0.05$). The averages of the Life Quality scores of the caregivers who stated that they had problems about their monthly income were lower than those who stated that they did not have any income problems ($p < 0.05$). It was determined in the present study that there is a moderate and negative relation between the caregiving burden and life quality of the caregivers ($r = -0.312$, $p < 0.001$).

Result: In the light of the findings of the study, it was determined that as the burden of caregiving increases, the life quality of the caregivers decreases.

Keywords: Life Quality, Burden of Caregiving, Home Care, Caregiver, Caregiving

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TKHK	: Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
ADSM	: Ağız Diş Sağlığı Merkezi
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADL	: Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli
AEDL	: 13 Aktivite ve Hayati Önem Arz Eden Tecrübeler Modeli
WHOQOL-BREF (TR)	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
GSD	: Genel Sağlık Durumu
A/B	: Anne / Baba
K/O	: Kızı / Oğlu
H. Y. Drc	: Hastaya Yakınlık Derecesi
ANOVA	: Varyans Analizi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 2. 1. Türkiye’de kamu kurumlarının verdikleri hizmetleri..... 10



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 2.1. Türkiye’de yıllara göre evde sağlık hizmeti verileri	9
Tablo 2.2. Bakıma muhtaçlığın derecesini saptamak için kullanılan bakım modelleri ve kullandıkları kriterler	11
Tablo 2.3. Formal ve informal bakım arasındaki farklılıklar.....	13
Tablo 4.1. Araştırma kapsamındaki hastaların sosyo-demografik özelliklerin dağılımı	24
Tablo 4.2. Araştırma kapsamındaki hastaların araştırma kapsamındaki hastaların evde bakım hizmeti almalarına neden olan tanıları	25
Tablo 4.3. Araştırma kapsamındaki hastaların Barthel İndeksi’ne göre tanımlayıcı özellikleri	26
Tablo 4.4. Barthel İndeksi ortalama puanları.....	27
Tablo 4.5. Barthel İndeksi yüzdellik dağılımı.....	28
Tablo 4.6. Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin sosyo demografik özellikleri	29
Tablo 4.7. Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin tanımlayıcı özellikleri	31
Tablo 4.8. Bakım Verme Yüğü Ölçeği, WHOQOL Bref-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının ortalama puanları	33
Tablo 4.9. Barthel İndeksi alt boyutlarının bakım verme yüğü puan ortalamaları ve Yaşam Kalitesi puan ortalamaları arasındaki korelasyon tablosu	34
Tablo 4.10. Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.11. Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon tablosu.....	41
Tablo 4.12. Hastaların yaş gruplarına göre bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	42
Tablo 4.13. Hastaların cinsiyete göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	43

Tablo 4.14. Bakım verenlerin yaş gruplarına göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.15. Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.16. Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.17. Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğı başka kişiler durumuna göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.18. Bakım verenlerin hastaya bakım süresi durumuna göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	50
Tablo 4.19. Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	51
Tablo 4.20. Bakım verenlerin günlük yaşantı değışiklik durumuna göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	54
Tablo 4.21. Bakım verenlerin finansal sorun yaşama durumuna göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	54
Tablo 4.22. Bakım verenlerin ev yaşantısında değışiklik olma durumuna göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.23. Bakım verenlerin hastaya ayrılan günlük saat süresine göre Bakım Verme Yüğü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	58

1. GİRİŞ

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren birçok ülkede, doğum oranındaki azalmaya paralel olarak nüfus artış hızı düşmüştür. Bu durum demografik yaşlanma olarak tanımlanan nüfus içindeki çocukların ve gençlerin paylarının azalmasına ve yaşlı nüfus oranının ise göreceli olarak artmasına neden olmuştur (1).

Demografik yaşlanma sürecinin en önemli toplumsal yansıması toplum içinde sağlık ve sosyal bakım ihtiyacındaki artıştır. Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlardaki gerilemeler ve yetersizlikler kronik sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Artan yaşlı nüfus oranına paralel olarak toplum içindeki engelli nüfus oranı artmıştır. Bu durum özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayacak gelecek planlamaları yapmaya ve yeni bakım modelleri geliştirmeye itmiştir. Tüm bu arayışın sonucunda uzun dönem bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında en etkin model evde bakım hizmeti olarak karşımıza çıkmaktadır (2,3).

Evde bakım hizmeti; bireylerin sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının yaşadıkları ortamda formal veya informal bakıcılar aracılığıyla gerekli hallerde teknolojiden faydalanarak bakım süreci içerisinde karşılanması olarak tanımlanır (4). Evde bakım hizmeti ister formal ister informal bireyler tarafında sunulsun sonuç olarak emek yoğunluklu bir hizmettir. Formal bakım verme bir sağlık kuruluşunda veya evde sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakımdır. İnfomal bakım verme hastalık, acizlik veya engellilik durumunda hastanın ailesi, eşi, arkadaşları veya komşuları tarafından ücretsiz olarak verilen bakımdır (5). Hem ülkemizde hem Dünya’da evde bakım hizmetinin en büyük kaynağını informal bakım verenler oluşturmaktadır. Bunun en önemli nedeni ise ekonomik nedenlerin yanı sıra sosyal ve kültürel nedenlerden kaynaklanan evde bakımın ailenin sorumluluğu olarak kabul görmesidir (6).

Evde hasta bakımı hastanın ve bakım verenin yaşamını doğrudan etkileyen bir süreçtir. Hasta ve bakım verenin sağlığının korunması ve geliştirilmesi ancak formal veya infomal bakıcıların niteliğinin artırılmasıyla sağlanabilir. Bu ise formal bakım verenlerde nitelikli eğitim ve akreditasyon programlarıyla sağlanabileceği gibi infomal bakım verenlerde karşılaştıkları güçlüklerle yardımcı olacak doğrudan destek hizmetlerinin varlığı ile mümkün olabilir.

Literatürde özellikle profesyonel olmayan bakım verme süreci sonrasında bakım verme yükünün fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon, depresyon, tükenmişlik, anksiyete ve bunun gibi durumlara yol açabildiğini, bu durumun ise hem bakım verenin hem de bakıma muhtaç bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bildirmektedir (7, 9). Bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştıkları güçlüklerin ve yaşam kalitelerinin tanımlanması, bakım verenlere gerekli desteğin sağlanması ve bakıma muhtaç bireyin daha iyi bakım alması açısından önemlidir.

Literatürde evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların fonksiyonel durumlarını belirleyerek bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Evde bakım sürecinde hasta ve bakım verenin bütüncül olarak ele alınıp, bakım verenlerin yaşam kalitesi ve bakım yükünü etkileyen faktörleri değerlendirilerek bu doğrultuda hizmet planlanması, bakım verenlerin iyilik hallerini sürdürmelerinin yanı sıra hasta bakımının niteliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırma, Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı evde sağlık birimlerine kayıtlı evde sağlık hizmeti verilen hastaların genel özelliklerini, bakım gereksinimlerini tespit etmek ve bu hastalara primer bakım verenlerin bakım yükü, yaşam kaliteleri düzeylerini belirleyip karşılaştırmak ve bunlar üzerinde etkili olan faktörleri incelenmek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmada şu sorulara cevap aranmıştır.

- Hastaların bakıma muhtaçlıkları hangi düzeydedir?
- Hastaların bakıma muhtaçlık düzeyleri ile bakım verme yükü arasında ilişki var mıdır?
- Bakım verenlerin bakım verme yükleri ne düzeydedir?
- Bakım veren ve hastaya ait sosyo demografik özellikler ile bakım verme yükü arasında ilişki var mıdır?
- Bakıma ilişkin özellikler bakım verme yükünü nasıl etkiler?
- Bakım verenlerin yaşam kaliteleri hangi düzeydedir?
- Hastaların bakıma muhtaçlık düzeyleri ile bakım verenin yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
- Bakıma ilişkin özellikler bakım verenin yaşam kalitesini etkiler mi?
- Bakım verme yükü ile bakım verenin yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

1. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Bakım Hizmeti

2.1.1. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı

Günümüzde üzerinde uzlaşılan net bir evde bakım hizmeti tanımı bulunmamaktadır. Fakat çeşitli kaynaklarda farklı anlamları da taşıyan farklı terminolojiler kullanılmaktadır. Sürekli bakım (continuing care), evde uzun süreli bakım (home based long term care), topluma dayalı uzun süreli bakım (community based long term care) bunlar arasında sık karşılaşılanlardandır (10).

Evde bakım hizmeti hasta kişilerin bağımsız yaşamalarını sağlayan maliyet etkili bir yöntemdir. Önceleri sadece hastanın sağlık bakımı olarak algılanan evde bakım kavramı günümüzde çok farklı boyutlarıyla ele alınmaktadır. Modern yaklaşımda evde bakım hizmeti sadece evde sağlık hizmetlerinin sunum şekli değil kişisel bakım, evsel hizmetlerinde dâhil olduğu çok geniş bir yelpazeye sahiptir (11).

2005 yılında yürürlüğe giren Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik'te "Evde bakım hizmeti, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır" şeklinde tanımlanmıştır (12). 2011 yılında yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge' de ise "Evde sağlık hizmeti, çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri" olarak tanımlanmıştır (13).

Evde Bakım hizmetleri; hizmetin süresine, sunulan hizmetin içeriğine, hizmeti sunan kişiye ve sunulan hizmetin sosyal ya da medikal oluşuna göre sınıflandırılır.

Verilen hizmetin süresine göre bakım hizmeti; evde kısa süreli bakım ve evde uzun süreli bakım olmak üzere ikiye ayrılır. Eğer verilen hizmetin süresi otuz gün ile sınırlıysa bu kısa süreli evde bakım hizmetidir. Bu hizmet daha çok tıbbi ağırlıklı bir hizmet olup

hastalık sonrası nekahet dönemini kapsamaktadır. Eğer evde bakım hizmeti hem tıbbi hem sosyal bakımı içeriyorsa ve verilen hizmet 6 aydan uzun sürecekse uzun süreli evde bakım hizmeti olarak tanımlanır (14).

Evde bakım hizmeti verilen hizmetin içeriğine göre koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olarak sınıflandırılmaktadır. Evde rehabilite edici hizmetin en temel amacı ise hasta bireyin yaşadığı toplum içinde bağımsız yaşama olanağının artırılmasıdır (14).

Evde bakım hizmeti sunan kişiye diğer bir ifadeyle bakım veren kişiye göre formal bakım ve informal bakım olmak üzere ikiye ayrılır. Formal bakım, profesyonel meslek grubu tarafından verilen bakımı ifade eder. İnformal bakım, bakıma gereksinimi olan kişiye anne, eş, akraba gibi profesyonel olmayan kişiler tarafından verilen bakımı kapsamaktadır (14).

2.1.2. Evde Bakım Hizmetinde Tarihsel Süreç

Evde bakım hizmetleri demografik dönüşüm ve modernizasyonun bir sonucu olarak görünmesine rağmen hizmetin ilk örneğine Roma İmparatorluğu'nda rastlanmaktadır. Ortaçağ Avrupa'sına baktığımız zaman ise daha çok bu hizmetin bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlamak amacıyla yapıldığı görülmektedir. Yine bu dönemde verilen hizmetler yemek, giyinme, barınma gibi sosyal hizmetler ağırlıklı olup, daha çok dini gruplar tarafından verilmekteydi. Bu hizmetlerde kilisenin hâkimiyeti ancak 1856 yılında İngiliz antropolog William Rathbone tarafından ilk ziyaretçi hemşirelik hizmeti servisinin kurmasıyla son bulmuştur. Akabinde ünlü hemşire Florence Nightingale'in önerileri doğrultusunda Liverpool'da evde bakım hizmeti verecek ziyaretçi hemşireleri yetiştiren ilkokul açılmıştır (15).

19. yüzyıl ile birlikte tıbbın ilerlemesi ve araştırma olanaklarının artması sağlı bakım hizmetlerinde kurumsallaşmayı gerektirmiştir. Hastalar, hastanelere başvurmaya, hastanelerde ameliyat olmaya, yatarak tedavi altına alınmaya başlamıştır. Ancak bir süre sonra artan hasta sayısının kurumların kapasitesini aşmasıyla toplum yeni hizmet modelleri aramaya başlamıştır. Bu doğrultuda ise ABD'deki Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı, 1947'de tıbbi hemşirelik hizmetleri ile sosyal hizmetlerin birlikte sunulduğu ilk hastane destekli evde bakım programı olarak tarih sahnesinde yer aldığı

görüyoruz. ABD’de 1965’te Medicare ve Medicaid sigorta sistemlerinin hayata geçmesi ile yagınlaşması hız kazanmıştır (16).

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin gelişim sürecine baktığımızda ilk kez 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi, evde anne-çocuk izlemi ve evde hasta muayenesi hükümlerini getirmiştir. Evde bakım hizmetlerinde atılan önemli bir adım olarak kabul edebileceğimiz ikinci adım ise 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunda yer alan ‘Süreğen hastalıklı bireylerin, evde izlemlerinin halk sağlığı hemşirelerince sürdürülmesi’ hükmüdür. 1963 yılına geldiğimizde ise 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 vurgulanmaktadır.

1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce, İstanbul, İzmir, Adana ve Ankara illerinde evde bakımla ilgili ilk proje uygulanmıştır. Türkiye’de ilk evde bakım hizmeti 2001 yılı Ocak ayında Eczacıbaşı Topluluğu ile ABD’li The Corridor Group ortaklığıyla başlamıştır. 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerceevde bakım hizmeti vermeye başlamıştır.2005 yılının Mart ayında “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında” ilk yönetmelik çıktı (12).Ekim 2007’de ise “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik”, yayınlandı. Bu yönetmelikte özürlü sağlık kurulu raporu ile özürlülüğü tespit edilmiş olan ve başkasının yardımı olmadan hayatını idame ettiremeyecek düzeyde bakıma ihtiyacı olan özürünün bakımı ile ilgili esasları düzenlemektedir. Bu yönetmelikle beraber akrabaları tarafından 24 saat bakılan özürülere bir aylık net asgari ücret tutarında ödeme yapılabilmeye başlanmıştır. “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 1 Şubat 2010’da Sağlık Bakanlığı’nce yürürlüğe konulmuş, 27 Şubat 2015’te ise “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Bu son yönetmelik evde sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttırabilmek için diğer kamu kuruluşlarınca sunulan evde bakım, sosyal destek ve benzeri hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla iş birliği içinde verelebilmesine imkan sağladı (17).

2.2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Evde bakım hizmeti hasta bireyin yaşam kalitesini arttırmak için hastaya bütüncül yaklaşmayı gerekli kılar. Bu nedenle evde bakım hizmeti farklı meslek mensuplarının ve aile bireylerinin iş birliği ile yürüttüğü organize edilmiş bir hizmettir. Verilen hizmet kapsamında evde bakım hizmeti ekibinde hekim, fizyoterapist, beslenme ve diyet uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, konuşma terapisti, hemşire, uğraşı terapisti, yer almaktadır (18). Dünya Sağlık Örgütü tarafından evde bakım hizmetleri kapsamında yaygın olarak verilen hizmetler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (19).

- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması, ikincil hastalıkların ve özür lülüğün önlenmesi
- Beslenme, banyo yapma, giyinme gibi öz bakım ihtiyaçlarının karşılanması
- Hemşirelik ve tıbbi bakım
- Alışveriş, temizlik, yemek yapma gibi ev işleri hizmetleri
- Engelli bireyin gereksinimleri doğrultusunda ev ortamının düzenlenmesi
- Kamu hizmetlerinden faydalanma imkânının sağlanması
- Rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması
- İlaç, destekleyici alet ve ekipmanların sağlanması
- İnkontinans, demans gibi durumlar için özelleşmiş destek hizmetlerin sunulması
- Hasta bireylerin dönemlik kurumsal bakım hizmeti almaları sağlanarak bakım verenlerin dinlendirilmesine yönelik hizmetlerin sunulması
- Bakım öncesi, bakım sırasında ve sonrasında bakım verenlerin daha iyi hizmet vermelerini sağlayacak danışmanlık ve destek hizmetlerin sunulması
- Palyatif bakım hizmetlerinin sunulması
- İhtiyaç durumunda duygusal destek ve danışmanlık hizmetinin sunulması
- Sosyal etkileşimlerin artırılması ve informal ilişkilerin geliştirilmesi
- Toplumun bakım verme rolünü üstlenme konusunda hazırlanıp ve harekete geçmesinin sağlanması

2.2.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Yapılanması ve Mevcut Durum

Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri 25.04.2017 tarihine kadar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine bağlı Toplum Sağlığı Daire Başkanlığına bağlı olarak verilmekteyken ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilebilmesi için ilgili sayılı Bakan Onayı ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna devredilmiştir.

Hizmetin sunumunda esas alınan mevzuat aşağıda belirtilmiştir (12, 13, 17).

- 10.03.2005 tarihli 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” ,
- 18.01.2010 tarihli ve 2620 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”,
- 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik

Ülkemizde Sağlık Bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetinin Kapsamı ise aşağıda yer aldığı gibidir (13).

- ‘Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi.
- İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması
- Hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi
- Hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesi

- Evde sağlık hizmetleri kapsamında verilebilecek diş hekimliği hizmetleri, klinik ortama taşınması m¼mk¼n ve gerekli olmayan hastalarda, hastalığın tipi ve derecesine g¼re ilgili uzman kons¼ltasyonu sağlandıktan sonra; oral muayene, diş ve diş eti enfeksiyonları i¼in medikasyon
- Çocuk hastalarda topikal flor¼r uygulaması gibi koruyucu uygulamalar, hasta ve hasta yakınlarına oral hijyen eğitimi verilmesi, aspirasyon riski olan, mobil diş çekimleri, detertraj, sabit restorasyon gerektirmeyen total/parsiyel protez, daha önceden yapılmış olan protez ve tedavilerin kontrollerinin yapılması, protez vuruğunun alınması, kırık tamiri ve benzeri işlemleri kapsar. Ancak hastanın genel durumu ve hastalık sınıflaması ev ortamında tedavi olmasına imk¼n tanımıyor ise diş tabibince değerlendirilerek mutlaka ilgili Ağız Diş Sağlığı Merkezine nakli sağlanır ve gerekli tedavisi burada yapılır.
- Birim sorumlusu tabibin evde sağlık hizmeti verilen kişi ile ilgili kons¼ltasyon ve tıbbi değerlendirme talebinin sağlık kurumunda g¼revli ilgili uzman tabiplerce zamanında karşılanması zorunludur. Zorunlu hallerde uzman tabibin hastayı evinde kons¼lte etmesi sağlanır. Bu konudaki uygulamalar uzman tabipler arasında d¼n¼ř¼ml¼ olarak sağlık kurumu amirinin belirleyeceği bir d¼zen i¼erisinde y¼r¼t¼l¼r.
- Gerektiğinde, stoma ve yara bakımı, diyabet eğitimi hemşiresi gibi, konularında eğitim almış hemşirelerin hizmete katılması sağlanır. ‘

27 şubat 2015’te ise ‘‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Y¼netmelik’’ kapsamında evde bakım, sosyal destek ve benzeri hizmetleri b¼t¼nc¼l bir yaklaşımla iş birliği i¼inde verilebilmesi i¼in bakanlık ve bağlı kuruluşlar tarafından verilecek evde sağlık hizmetinin koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esaslar belirlendi. Bu y¼netmeliđe g¼re evde sağlık birimleri ¼¼ gruba ayrıldı (17).

- ‘‘T’’ tipi evde sağlık hizmet birimi: Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlıdır. G¼nl¼k hasta sayısı en az on ve ¼zerinde olan yerlerde en az bir tane olmak ¼zere kurulur. Ekipte hekim, yaşlı/evde bakım teknikeri, yardımcı sağlık personelinden oluşur. İhtiyaç halinde sosyal ¼alıřmacı, psikolog gibi diğer meslek mensupları ekibe d¼hil olur.
- ‘‘H’’ tipi evde sağlık hizmet birimi: T¼rkiye Kamu Hastaneler Kurumu b¼nyesinde kurulmuştur. Uzman hekim kons¼ltasyonu, fizyoterapi hizmetleri gibi

T tipi birimlerde verilemeyen hizmetlerin verilmesi gerektiği durumlarda koordinasyon merkezinin planlamasıyla hizmet verirler. Hastane rollerinin belirlendiği A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde en az bir tane bulunmak sorundadır.

- ‘D’ tipi evde sağlık hizmet birimi: Ağız Diş Sağlığı Merkezlerine bağlı olarak kurulur. Ekipte bir diş hekimi ve ağız diş sağlığı teknikeri veya diş protez teknikeri yer alır.

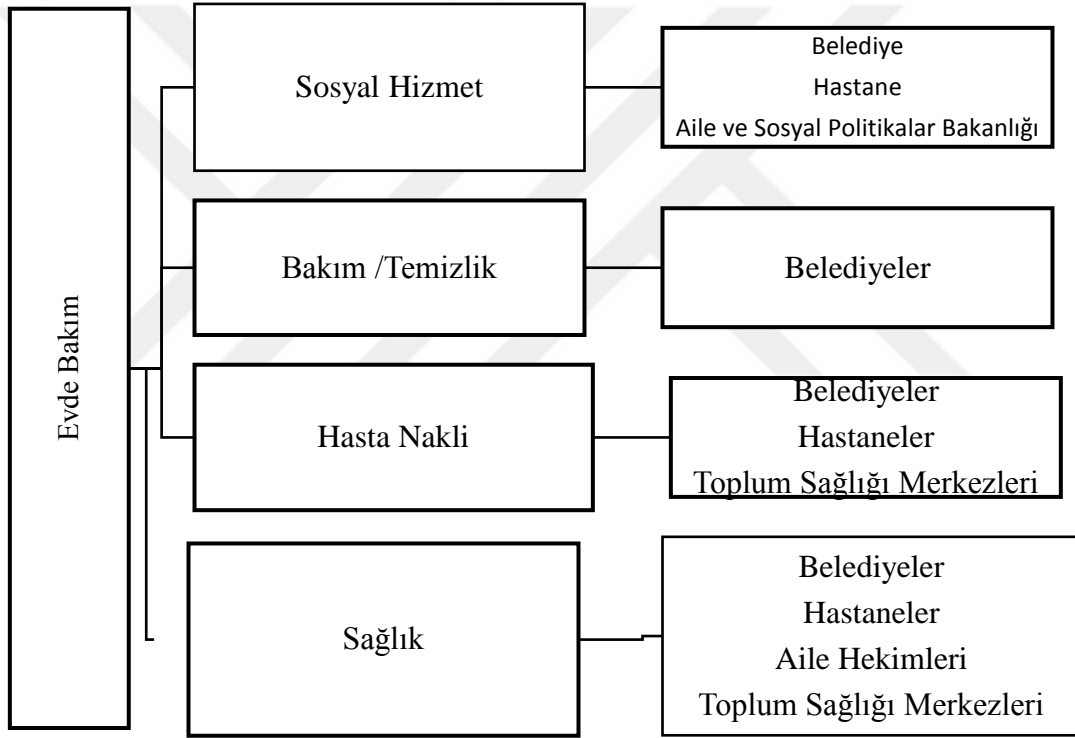
Tablo 2. 1. Türkiye’de yıllara göre evde sağlık hizmeti verileri (20).

	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Ulaşılan Toplam Hasta	16.651	124.085	244.961	380.814	510.352	639.359
Aktif Kayıtlı Hasta	16.651	80.388	139.214	186.666	218.353	257.484
Birim Sayısı	407	642	715	817	915	947
Araç Sayısı	78	793	956	1.128	1.111	1.199
Personel Sayısı	478	3.512	4.143	4.248	4.605	4.823

2015 Aralık ayı itibariyle Türkiye’de 545 H tipi, 295 T tipi, 107 D tipi olmak üzere toplam 947 birim ve aile hekimlikleri hizmet vermektedir. Yıllara evde sağlık hizmeti verileri Tablo 2.1’de görüldüğü gibidir.

Yine aynı yönetmeliğe göre ‘‘Evde Sağlık, Bakım ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokol’’ 31.03.2015 tarihinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, Sağlık Bakanı, İçişleri Bakanı, ve Türkiye Belediyeler Birliği Başkanı tarafından imzalanmıştır. Bu protokol doğrultusunda evde bakım sağlık hizmetlerinin koordinasyon görevi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’na verildi. Hizmetin tek elden yönetimi ile birimler arasındaki iletişim ve koordinasyonu sağlama görevi de halk sağlığı müdürlüğü bünyesinde bulunan Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi ‘ne verildi. Ancak Nisan 2017 tarihinde Evde Sağlık birimlerinin koordinasyonu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine devrildi. İl düzeyinde evde sağlık, bakım ve sosyal hizmetlerin koordinasyonunun sağlama görevi vali ya da görevlendirilen vali yardımcısı

başkanlığında toplanacak olan Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Değerlendirme Komisyonuna verildi. Merkezi düzeyde koordinasyonu sağlama görevi ise sağlık bakanlığı müsteşarı ya da yardımcısı başkanlığında toplanacak olan Merkez Koordinasyon Komisyonuna verildi (17). Türkiye’de kamu kurumlarının verdikleri evde bakım hizmetleri Şekil 2.1’ de özetlenmiştir. Evde bakım hizmetlerinin beş temel bileşeni vardır. Bunlar sosyal hizmet, bakım hizmeti, temizlik hizmeti, hasta nakil hizmeti ve sağlık hizmetidir. Belediyeler bu hizmetlerin tamamında aktif rol alırken hastaneler sosyal hizmet, hasta nakli ve sağlık hizmetleri ayağında yer almaktadırlar. Toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimlikleri de yine evde sağlık hizmeti vermektedirler.



Şekil 2. 1. Türkiye’de kamu kurumlarının verdikleri hizmetleri

2.2. Bakıma Muhtaçlık

Bakıma muhtaçlık, bireyin fiziksel olarak hareket edebilmesinin engellenmesi ya da kısıtlanması neticesinde kişisel bakım, ev idaresi, beslenme gibi günlük yaşam aktivitelerinde değişik sıklık ve yoğunlukta evde ya da kurumda düzenli ve sürekli

bakıma ihtiyaç duymasındır (21). Bakıma muhtaçlık sadece ileri yaş için değil özürllükte olduğu gibi her yaş grubu için risktir. Bakıma muhtaçlık kişilerin özelliklerine göre bakıma muhtaç özürllü, bakıma muhtaç hasta ve bakıma muhtaç yaşlı olmak üzere üç gruba ayrılır (22).

2.2.1. Bakıma Muhtaçlığın Tespit Edilmesinde Kullanılan Yöntemler

Bakım ihtiyacı düzeyinin belirlenmesi, özellikle evde bakım hizmetlerinin var olduğu ülkelerde kaynakların doğru kullanılması açısından çok önemlidir. Bakıma muhtaçlığın derecesinin saptanmasında bakım modellerinden faydalanılır. Bakım modelleri; kişinin bakıma muhtaçlık durumunun olup olmadığını olası durumda bakıma muhtaçlığın derecesinin saptanmasında kullanılır. OECD ülkeleri tarafından genellikle tercih edilen dört model vardır. Bunlar ADL-modeli, AEDL modeli, Gordon modeli ve Nanda-Reaksiyon modelidir.

Bu modellerde bakıma muhtaçlık derecesini tespit etmek kullanılan kriterler Tablo 2.2' de görüldüğü gibidir. ADL-modeli (Günlük Yaşam Aktiviteleri) hemşirelik bakım süreci için baz oluşturması nedeniyle tüm bakım modelleri içinde en çok kabul görendir (23).

Tablo 2.2. Bakıma muhtaçlığın derecesini saptamak için kullanılan bakım modelleri ve kullandıkları kriterler

ADL-Modeli	AEDL- Modeli	Gordon Modeli	Nanda-Reaksiyon Modeli
Uyuma-uyanma	İletişim	Beslenme	İletişim
Hareket kabiliyeti	Hareket	Tuvalet alışkanlığı	Hareket kabiliyeti
Beden temizliği	Beslenme	Hareket kabiliyeti	İdrak-şuur
Beslenme	Solunum, dolaşım gibi	Algılama	Bilmek- tanıyabilmek
Tuvalet ihtiyacını karşılama	hayati fonksiyonları sürdürme	Kendini idrak-tanıma	gücü
Vücut sıcaklığını koruma	Tuvalet ihtiyacını karşılama	Sosyal ilişkiler	Hissetmek
Solunum düzeni	Beden temizliği	Cinsel ilişkide denge	Sosyal ilişkiler
Güvence altında yaşayabilmek	Giyinme	Uyuma-uyanma-dinlenme	Ayırt edebilme yeteneği
Çevre ilişkileri	Meşguliyet	Strese karşı dayanıklılık	Değer verme bilinci
İnsani ilişkiler	Cinsel davranışlar		
Cinsel ilişkilerde denge	Manevi güçler-değerler-inançlar		
Hayatın anlamını bilmek	Sosyal ilişkiler		
	Güvenli yaşama		
	Uyuma-uyanma dinleneme		

Günlük yaşam aktivitelerinin derecelendirilmesinde ise farklı ölçeklerden yararlanılır. Bunlar arasında ise en sık tercih edilen ölçekler Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'dir (24, 25). Tamura ve arkadaşları Medicare hastalarının bakım maliyetlerini değerlendirmek için kullanılan en iyi araca Katz indeksinin olduğunu bildirmişlerdir. Fakat Katz indeksinin toplumun önemli bir yüzdesini oluşturan minör yetersizliklere sahip hastaların bağımlılık düzeyini değerlendirme gücünün yetersiz olduğuna yönelik eleştirilerde literatürde yer almaktadır (26). Evde bakım hizmeti alan hastaların bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesinde Barthel İndeksinin iyi bir araç olduğu bildirilmektedir (24, 27).

2.3. Bakım Verme

Türk dil kurumunun hemşirelik sözlüğüne göre bakım, ‘‘bir şeyin iyi gelişmesi ve iyi durumda kalması için verilen emek, bireyin beslenme, giyinme, hijyen gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir’’ (28). İngilizce bakım (care) kavramı ise daha geniş bir anlam içermekte olup nursing, responsibility, supervision, attendance gibi anlamlarla karşılaşılmaktadır. Nursing: Bakım, beslemek, bakıp büyütme. Responsibility: Sorumluluk, yükümlülük, mesuliyet, bakım. Supervision: Denetim, uyarı, ihtimam, üzerine titreme, nezaket, bakım. Attendance: Refakat, huzur ve bakım anlamına gelmektedir (29).

2.3.1. Bakım Verme Türleri

Profesyonel (formal) ve profesyonel olmayan (informal) bakım olmak üzere iki çeşit bakım vardır (30, 31). Formal bakım verme bir sağlık kuruluşunda veya evde sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakımdır (5). İnfomal bakım verme ise bakım gereksinimi olan bireye profesyonel olmayan aile üyesi veya bir yakını tarafından verilen bakım olup genellikle ücret almazlar (32). Formal ve informal bakım arasındaki farklar Tablo 2.3' te özetlemiştir (33).

Tablo 2. 3. Formal ve informal bakım arasındaki farklılıklar

İnformel Bakım	Formal Bakım
Duygusal bağlar ile şekillenir	Davranış kuralları ile şekillenen profesyonel ilişki
Tanımsız ödüller için büyük görev ve sorumluluklar	Parasal karşılıklı görevler
Emosyonel destek, doğrudan hizmet, formal hizmetler, iletişim ve mali yardımı kapsar. Bunlar bakım alan bireyin ihtiyaçlarına göre geliştirilir.	Sınırlı uzmanlık görevleri
Genellikle yalnız bir kişinin bakımı	Bakım alanları sayısına göre bakım verme görevleri vardır
Ekonomik olarak görülmez Bakımın verilmesi için tanımlı saatler yoktur	Ekonomik olarak görülür Tanımlı saatler
Hasta olduğunda veya başka nedenden dolayı izin alamaz	Hastalık izni ve normal izin alabilir

Formal ve informal bakım vermeye eşlik eden diğer kavram ise primer bakım vermedir. Primer bakım veren hastanın bakımını yapmak veya izlemekten birinci derece sorumlu olan kişidir. Primer bakım verenler dört gruba ayrılmaktadır (34).

- Birinci tip bakım verenler; bakımın planlanması, uygulanması ve izleminden sorumlu olan kişilerdir.
- İkinci tip bakım verenler; tüm bakımdan sorumlu kişilerdir; fakat aynı zamanda informal destek kaynaklarından destek almaktadırlar.
- Üçüncü tip bakım verenler; formal ve informal kaynaklardan destek alarak bakım veren kişilerdir.
- Dördüncü tip bakım verenler; hasta bakımından tamamen sorumlu olmayan kişilerdir.

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda primer bakım verenlerin büyük çoğunluğunun informal bakım veren olup, kadın, evli, ilköğretim mezunu, ev hanımı olduğu ve büyük bir kısmının ücretli bir işte çalışmadığı bildirilmektedir (35, 37).

1.4. Bakım Vermenin Olumlu ve Olumsuz Etkileri

Bakım verme pozitif ve negatif yönleriyle bakım veren birey tarafından algılanan çok boyutlu bir süreçtir. Bakım verme bakım verende doyum sağlama, yaşamının anlam bulması, kendine olan saygısının, sevgi ve samimiyetinin artması gibi pozitif etkilerin yanı sıra bakım verenin emosyonel, duygusal ve sıkıntılar yaşamasına neden olabilir (38,

39). Schulz ve Sherwood çalışmalarında bakım vermenin bakıcıların kendilerini iyi hissetmesi, yeni beceriler öğrenmesi ve aile ilişkilerini güçlendirmeyi sağlaması gibi faydaları olduğunu bildirirken Akyar ve Akdemir çalışmalarında bakım verenlerin bakım aktivitelerini yürütürken psikolojik, ekonomik ve aile içi ilişkilerde güçlük yaşadığını ve bu durumun ekonomik durumlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (40, 41).

1.4.1. Bakım Yükü

Bakım yükü kavramını ilk kez 1960'ların başında Grad ve Sainburg mental rahatsızlığı olan bireylere evde bakım verenlerin yaşadığı problemleri ortaya koymak için kullanmışlardır (42). Yaşlı, çocuk, kronik hastalığı ve ya yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin bakım verme ile ilgili fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal problemler olmak üzere çok boyutlu bir tepkisine bakım yükü denir (44).

Litaretürde bakım yükü subjektif ve objektif bakım yükü olarak tanımlanır. Subjektif bakım yükü bakım verenin bakımı nasıl algıladığı diğer bir ifadeyle bakım verme durumuna karşı tutumu ve duygusal tepkileri ile ilişkili bir kavramdır. Objektif bakım yükü ise hastanın hastalık ve aktivite kısıtlılıklarına bağlı olarak yapılan bakımın niteliği bunun için harcanan zaman ve sarf edilen finansal kaynakların neden olduğu aksaklıklarla alakalıdır (39, 44).

Chou'ya göre bakım veren yükünün özellikleri aşağıdaki gibidir (42).

- Subjektiftir; bakım verennin hasta bireyin isteklerini nasıl yorumladığına bağlıdır.
- Çok boyutludur; fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları vardır.
- Dinamiktir; gereksinimlerle birlikte bakım verme kapsamı değiştikçe yük de değişir.

Nijboer ve arkadaşları bakım yükünü etkileyen faktörleri hastaya ait, (hastalıkla ilişkili özellikler, depresyon...) bakım vereneye ait (cinsiyet, yaş, kişilik özellikleri...), ve bakımın niteliği (bakım verme süresi, yoğunluğu, bakım verme görevleri...) olmak üzere üç gruba ayırmıştır (45).

Litaretürde yer alan çalışmalarda bakım yükünü arttıran faktörler aşağıdaki gibidir (8, 41, 46- 48).

- Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık düzeyi

- Hastanın yaşı olması
- Bakım verilen hastanın tuvalet problemleri, düşme öyküsünün olması
- Bakım verenin eğitim ve bilgi düzeyinin düşük olması
- Bakımın uzun süredir veriliyor olması
- Bakım verenin yalnız yaşaması, bekar olması ve sosyal destek azlığı
- Hastanın tedavisin karmaşık olması
- Bakım verenin yaşı ve/veya kadın olması

Artmış bakım yükünün bakım verenlerde ağrı, bağışıklık düzeyinin değişmesi, hiperinsülinemi, uyku problemi, hipertansiyon, iştahın değişmesi, kilo değişikliği, kronik yorgunluk gibi fiziksel problemler yaşamalarına neden olabilmektedir. Bakım veren yaşadığı fiziksel problemlere ek olarak emosyonel yönde (benlik saygısında azalma, huzursuzluk, depresyon, uykusuzluk, sosyal izolasyon vs.), sosyal yönde (eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktivitelerinin kısıtlanması, kendine bakma rolünde azalma vs.) ve ekonomik yönde (sosyal güvencenin karşılamadığı masrafların oluşturduğu ek yük, işten ayrılma vs.) etkilenebilmektedir. Artmış bakım veren yükünün bir sonucu olarak karşılaşılan tüm olumsuz deneyimler bakım verenin ' iyi olma durumu'' olarak tanımlanan yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebildiği bildirilmektedir (44, 50, 51).

1.5.Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini " bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri içinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerine bağlantılı bir şekilde yaşamındaki yerini algılaması'' olarak tanımlamaktadır (52, 53).

Yaşam kalitesi kavramı tıbbi teknikler ve laboratuvar işlemleriyle ölçülebilen nicel bir veri değildir. Ancak birey tarafından öznel olarak yaşanan niteliktir. Yaşam kalitesinin ölçülmesindeki temel amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun ya da rahatsız olduklarını tespit etmektir.

Yaşam kalitesi kavramının dört temel alanı vardır. Bu alanlar ve bu kapsamda değerlendirilen konular aşağıdaki gibidir (54, 55).

- Psikolojik Esenlik: Yaşamdan doyum alma, otokontrol, beden imajı, anksiyete, yararlılık, meşguliyet, mutluluk, sosyal izolasyon, duygusal reaksiyonlar
- Fiziksel Esenlik: Hastalık-sağlık algısı, iştah, seks, yorgunluk, uyku, ağrı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumu
- Sosyal ve Bireysel Esenlik: Bireysel fonksiyon, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlar
- Parasal ve Maddi Esenlik: Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi

Litretürde yer alan bazı kaynaklar yaşam kalitesini sağlıkla doğrudan ilgili yaşam kalitesi ve doğrudan ilgili olmayan yaşam kalitesi olarak ayırmaktadır. Fakat bazıları yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ('health-related quality of life, 'HRQoL) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olduğunu ve bunları birbirlerinden ayırmanın imkânsız olduğunu savunmaktadır (56).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet ve sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı da içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Doğrudan sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi ise bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde kendi amaçları, endişeleri, beklentileri ve standartları açısından yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısıdır (57).

2. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı evde sağlık birimlerine kayıtlı evde bakım hizmeti verilen hastaların genel özelliklerini, bakım gereksinimlerinin belirlenmek ve bu hastalara primer bakım veren kişilerin bakım yükü, yaşam kaliteleri düzeylerini belirleyip bunlar üzerinde etkili olan faktörleri incelenmek amacıyla kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 26.05.2017-26.07.2017 tarihleri arasında Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Evde Sağlık Birimlerine kayıtlı hasta ve bu hastalara primer bakım verenlerle gerçekleştirildi. Soru formları araştırmacı tarafından hastaların evlerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 26.05.2017-26.07.2017 tarihleri arasında Malatya İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı evde sağlık birimlerine kayıtlı 430 aktif hasta ve bu hastalara primer bakım veren kişiler oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmayıp; araştırmaya dâhil edilme kriterleri tutan tüm hasta ve primer bakım verenlere ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya dâhil olma kriterleri olarak;

- Bakım verenin en az 1 ay süre ile hastanın bakımından sorumlu olması,
- Bakım verenin fiziksel ve bilişsel sağlık durumunun araştırmaya katılmaya uygun olması,
- Hasta ve bakım verenin araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Bakım verenin Türkçe konuşuyor ve anlıyor olması
- Bakım verenin okuma yazma biliyor olması olarak belirlenmiştir.

26.05.2017-26.07.2017 tarihleri arasında Malatya İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı evde sağlık birimlerine kayıtlı 430 aktif hasta ve bu hastalara primer bakım veren kişilerden oluşan 383 hasta ve 383 bakım veren (%95) belirlenen kriterleri karşıladı ve araştırmaya dâhil edildi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından litaretür taranak oluşturulan veri toplama formu kullanılmıştır (EK-3). Form iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım hasta ikinci kısım bakım verenye uygulanmıştır.

Veri toplama formunun birinci kısmı evde bakım hizmeti alan hastaların sosyo demografik ve tıbbi özelliklerini tanımlamak için kullanılan Hasta Tanıtım Formu ve hastaların fonksiyonel bağımsızlık durumlarının belirlenmesi için Barthel İndeksi'nden oluşmaktadır.

Formun ikinci kısmı ise üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm bakım veren tanıtım formu, ikinci bölüm Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ), üçüncü bölüm WHOQOL-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeğı'nden oluşmaktadır.

3.4.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu formda, bakım verilen hastanın tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, yaş, sosyal güvence, meslek) ve hastalıklarıyla ilgili sorular yer almaktadır (EK-3).

3.4.2. Barthel İndeksi

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımsızlık düzeylerini saptamak amacıyla kullanılan ölçek 1965 yılında Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilmiş olup Küçükdeveci tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek yemek yeme, banyo, günlük bakım, defekasyon, miksiyon, tualete gidiş, yataktan kalkma, merdiven çıkma, dolaşma gibi günlük yaşam aktivitelerini içeren 10 maddeden oluşmaktadır. Puanlama 0 ile 100 arasında yapılmakta olup 100 puan tam bağımsızlığı, 0 puan tam bağımlılığı ifade eder. Ölçekten 0-20 puan arası puan alanlar tam bağımlı, 21-61 puan alanlar ileri derece bağımlı, 62-90 puan alanlar orta derece

bağımlı, 91-99 puan alanlar hafif derece bağımlı, 100 puan alanlar tam bağımsız olarak kabul edilir (58, 59).

3.4.3. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu formda, bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri, hasta ile olan ilişkileri ve bakım verirken zorlandıkları alanlar ile ilgili sorular yer almaktadır (EK-3).

3.4.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Bakım gereksinimi olan bireylere bakım verenlerin yaşadıkları stresi değerlendirmek amacıyla 1980 yılında Zarit ve ark. tarafından geliştirilmiştir (60). 2006 yılında İnci tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (61). Ölçek bakım vermenin bakım verenin yaşamı üzerine olan etkisini saptayan 22 ifadeden oluşmaktadır. 0 dan 4'e kadar değişen ve asla, nadiren, bazen, sık sık ve her zaman şeklinde ifadeler içeren Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten alınacak en fazla puan 88 en az 0'dır. (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) hafif/orta derecede yük, (41-60) orta/ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan maddeler sosyal ve duygusal alanı yansıtmaktadır ve ölçekten alınan puan arttıkça bakım verme yükünün diğer bir ifadeyle yaşanan güçlüğü arttığını gösterir (61). Bu çalışmada Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin genel Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayısı $r = 0.38-0.77$ arasında değişmektedir (EK-4).

3.4.5. WHOQOL-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, bireyin yaşam kalitesini nasıl algıladığını değerlendirmek için hazırlanmıştır. Ölçek 100 soruluk World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) ölçeğinin 26 soruya kısaltılmasıyla oluşturulmuş olup, Eser ve ark. tarafından geçerlilik güvenilirliği yapılmış ve Türkçe geçerlilik çalışmaları esnasında bir ulusal soru eklenerek soru sayısı 27'ye çıkarılmıştır ve WHOQOL-Bref-TR versiyonu oluşturulmuştur. Kapalı uçlu sorular içeren ölçek genel

sağlık durumu, fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik alt alanlarından oluşmaktadır. Genel sağlık durumu alan 1.,2., fiziksel alan, 3., 4., 10., 15., 16., 17., ve 18. sorulardan; psikolojik alan, 5., 6., 7., 11., 19. ve 26. sorulardan; sosyal alan, 20., 21., 22., sorulardan; çevresel alan, 8., 9., 12., 13., 14., 23., 24., 25.,27. sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin tam bir puanı yoktur ve puan artışı yaşam kalitesinin iyileştiğini ifade etmektedir (62).

Bu çalışmada WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel Cronbach Alfa değeri 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarında Cronbach Alfa değerleri Fiziksel Alan için 0.73, Psikolojik Alan için 0.76, Sosyal Alan için 0.75, Çevre Alanı için 0.78 ve Genel sağlık durumu için 0.73 olarak bulunmuştur. Alt boyut madde-toplam puan korelasyon katsayıları ise Fizikel Alan'da $r_s = 0.34-0.64$ ($p < 0.05$), Psikolojik Alan'da $r_s = 0.41-0.54$ ($p < 0.05$), Sosyal Alan'da $r_s = 0.51-0.63$ ($p < 0.05$), Çevre Alanı'nda $r_s = 0.48-0.62$ ($p < 0.05$), Genel Sağlık Durumu Alanı'nda $r_s = 0.59-0.59$ ($p < 0.05$) arasında değişmektedir (EK-5).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri:

- Bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamaları
- Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları

Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri:

- Hastaların fonksiyonel bağımlılık düzeyi,
- Hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaşı, cinsiyeti, öğrenim, medeni durum, meslek, sosyal güvence, gelir ve çocuk sahibi olma durumu)
- Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri (yaşı, cinsiyeti, medeni durum, meslek, sosyal güvence ve gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu ve hasta ile yakınlık derecesi)
- Bakım verenlerin bakıma ilişkin özellikleri (bakım süresi, gün içinde bakıma ayrılan süre, sosyal destek ve bakım dışındaki sorumluluk durumu ve verilen bakımın türü)

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında ölçme araçları ile elde edilen veriler, amaçlara uygun istatistiksel tekniklerle analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara yüklenmiştir. Elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik programı kullanılmıştır.

Hastaların genel özellikleri, Barthel İndeksi, Bakım veren tanıtım formu ile ilgili frekans ve % değerleri olarak tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır. Bakım Verme Yüğü Ölçeği, WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarına ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve yüzde değerler tanımlayıcı istatistik olarak kullanılmıştır. Bakım Verme Yüğü Ölçeği, WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarına ilişkin madde toplam korelasyon puanları için spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Araştırma verilerinin çözümlenmesinde seçilecek analiz yöntemi için veriler üzerinde varyans analizleri yapılmıştır. Yapılan Kolmogrov-Smirnov normallik testine göre verilerin normal dağılım gösterdiği, Levene testi sonucuna göre varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu bağlamda parametrik istatistiksel yöntemler seçilmiştir. Barthel İndeksi ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği, WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları arasındaki ilişkiler uygun korelasyon analizleri ile araştırılmıştır. Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki ya da daha çok değişken ile olan ilişkisini test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Korelasyon katsayısının mutlak değeri olarak (0.70-1.00) arasında olması yüksek; (0.70-0.30) arasında olması orta; (0.30-0.00) arasında olması ise düşük düzeyde bir ilişki olarak yorumlanmaktadır. Tüm deneysel ve tarama araştırmalarında iki sürekli değişken arasındaki ilişki inceleniyorsa Pearson korelasyon katsayısından yararlanır (63).

Hastalara ait demografik değişkenlerden yaş ve cinsiyet; bakım verenlere ait demografik özelliklerden yaş, hastaya yakınlık derecesi, bakmakla yükümlü olduğu başka birey olma durumu, hastaya bakma süresi, bakım konusunda yardım alma durumu, günlük yaşantıda değişiklik meydana gelme, finansal sorun yaşama, ev yaşantısında değişim olma, hastanın işlerini yapmak için ayrılan günlük saat değişkenlerine ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği, WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları arasında anlamlı farklılığı bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizleri ile

değerlendirilmiştir. İki bağımsız örneklemden elde edilen puanların birbirlerinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için bağımsız gruplarda t-testinden yararlanılır. (63). Bağımsız ikiden çok örneklem ortalamasının birbirinden anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tercih edilen analiz yöntemi varyans analizi yapıldı (63). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu belirlemek için varyan analizlerinin tamamında Tukey testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırma Etiği

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alındı (Ek 2). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Malatya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alındı (Ek 6). Araştırma Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı hasta ve bakım verenlerden araştırmaya katılmayı kabul edenler ile gerçekleştirildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Malatya ili sınırları içinde yer alan evde bakım hizmeti alan hasta ve bakım verenleri kapsamaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları tüm topluma genellenemez.

4. BULGULAR

Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı evde sağlık birimlerine kayıtlı evde sağlık hizmetinden yararlanan hastaların genel özelliklerini, bakım gereksinimlerinin tespit edilmesi ve bu hastalara primer bakım verenlerin bakım yükü, yaşam kalitesi düzeylerini belirleyip bunlar üzerinde etkili olan faktörleri incelenmek amacıyla planlanan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda yer alan başlıklar altında ele alınmıştır.

- 1- Araştırma kapsamındaki hastaların tanıtıcı özellikleri ve Barthel İndeksi puan ortalamalarının dağılımları
- 2- Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri
- 3- Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesi ve bakım verme yükü

4.1. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımları

Bu bölümde araştırma kapsamındaki hastaların tanıtıcı özellikleri ile Barthel indeksi puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.1'de araştırma kapsamındaki hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımları gösterilmiştir. Tablo 4.1'deki bulgulara göre hastaların yaş ortalaması $69,14 \pm 18,54$ yıl (1-100 yaş) olduğu belirlenmiştir. Hastaların %70.5'i (270 kişi) 65 yaş üstü bireydir. Araştırma kapsamındaki hastaların % 57.4'ü (220 kişi) kadın ve % 42.6'sı (163 kişi) erkektir.

Hastaların % 51.7'si evli (198 kişi), % 12.0'si bekar (46 kişi), % 0.5'i (2 kişi) boşanmış ve % 35.8'i (137 kişi) dul olduğu belirlenmiştir. Hastaların % 73.9'u (283 kişi) iki ve üstü çocuğa, % 12.0'si (46 kişi) bir çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların % 14.1'nin (54 kişi) hiç çocuğu olmadığı belirlenmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğunun (% 43.3) okur yazar olmadığı belirlenmiş, üniversite mezunu ve üzeri öğrenime sahip bireylerinde (% 7.6) araştırmada az bir sayıda olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların yarıya yakınının (% 49.6) ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Bu bağlamda araştırma kapsamında emekli (% 19.1), esnaf (% 3.9), çiftçi (% 3.1) meslek gruplarından bireylerin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma kapsamındaki hastaların sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	f	%
Yaş (69.14 ± 18.54)		
2 Yaş Altı	4	1.0
3-18 Yaş	7	1.8
19-45 Yaş	38	9.9
46-65 Yaş	64	16.7
66-85 Yaş	221	57.7
86 ve Üstü	49	12.8
Cinsiyet		
Kadın	220	57.4
Erkek	163	42.6
Medeni Durum		
Evli	198	51.7
Bekar	46	12.0
Boşanmış	2	.5
Dul	137	35.8
Sahip Olunan Çocuk Sayısı		
0	54	14.1
1-2	46	12.0
2'nin üstü	283	73.9
Öğrenim Durumu		
Okur-Yazar Değil	166	43.3
Okur-Yazar	91	23.8
İlkokul Mezunu	41	10.7
Ortaokul Mezunu	29	7.6
Lise Mezunu	27	7.0
Üniversite Mezunu Ve Üzeri	29	7.6
Meslek		
Ev Hanımı	190	49.6
Emekli	73	19.1
Esnaf	15	3.9
Çiftçi	12	3.1
Diğer	183	24.3
Toplam	383	100.0

Tablo 4.2. Araştırma kapsamındaki hastaların evde bakım hizmeti almalarına neden olan tanıları

Tanı	f	%
İnme	94	24.5
Diabetes Mellitus	63	16.4
Kardiyovasküler Hastalıklar	43	11.2
Kanser	38	9.9
Alzheimer	38	9.9
Ortopedik Hastalıklar	35	9.1
Demans	21	5.5
Astım	16	4.2
KOAH	13	3.4
Multiple Skleroz	12	3.1
Görme Engelli	4	1.0
Obezite	2	.5
Serebral Palsi	2	.5
Gut	2	.5
Toplam	383	100.0

Tablo 4.2’de hastalara konulan en fazla tanı inme (% 24.5) olarak ön plana çıkmıştır. Bu hastalıktan başka araştırma kapsamındaki hastalarda diabet (% 16.4), kardiyovasküler hastalıklar (% 11.2), kanser(% 9.9), alzheimer (%9.9), ortopedik hastalıklar(%9.1) ve demans (% 5.5) tanılarının en yüksek düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.3’te Araştırma kapsamındaki hastaların Barthel İndeksi’ne göre betimsel istatistikleri verilmiştir. Hastaların her bir değişkene göre değerlendirme frekans ve % değerleri yer almaktadır.Bu verilere göre hastaların % 46.2’sinin fekal , % 47.2’sinin üriner inkontinansı vardır. Araştırma kapsamındaki hastaların % 58.5’i kişisel bakım ihtiyaçlarını kendileri karşılayamamaktadır. %43.1’i kendi beslenme ihtiyacını karşılayamamaktadır. %38.1’i tamamen yatağa bağımlıdır.

Tablo 4.3. Araştırma kapsamındaki hastaların Barthel İndeksi'ne göre tanımlayıcı özellikleri

Değişkenler	Hastanın Değerlendirmesi	f	%
Barsak Bakımı	İnkontinans	177	46.2
	Bazen kaçırma veya suppozituar koymak gibi yardıma ihtiyaç duyar	96	25.1
	Kontinans	110	28.7
Mesane Bakımı	İnkontinans/kateterli veya kontrol edemez	183	47.8
	Bazen tuvalete yetişemez altına kaçıır	90	23.5
	Kontinans	110	28.7
Kendine Bakım	Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar	224	58.5
	Yüzünü yıkar, saçını tarar, dişlerini fırçalar	159	41.5
Tuvalet Bakımı	Bağımlı	158	41.3
	Yardıma ihtiyaç duyar ancak bazı hareketleri kendi yapar	149	38.9
	Bağımsız (Oturup Kalkma, Giyinme, Tuvalet Kağıdı Kullanma)	76	19.8
Beslenme	Yapamaz	165	43.1
	Kesme ve yağ sürmede yardıma ihtiyaç duyar	69	18.0
	Eğer yemek sağlanırsa bağımsız	149	38.9
Tekerlekli sandalye/ Yatak transferi	Tamamen yatağa bağımlı	146	38.1
	Oturabilir, ancak transfer için fazla yardım gerekir	101	26.4
	Transfer için çok az yardım	58	15.1
	Bağımsız	77	20.1
Mobilite	Tekerlekli sandalyeye oturur fakat kullanamaz	161	42.0
	Tekerlekli sandalyede köşeler dahil bağımsız	48	12.5
	Bir kişinin yardımıyla yürür	93	24.3
	Bağımsız ancak destek kullanır	81	21.1
Toplam		383	100.0

Tablo 4.3. Araştırma kapsamındaki hastaların Barthel İndeksi'ne göre tanımlayıcı özellikleri (Devamı)

Değişkenler	Hastanın Değerlendirmesi	f	%
Merdiven inip çıkma	Yapamaz	208	54.3
	Yardıma İhtiyaç Duyar	113	29.5
	Bağımsız Ancak Destek Kullanır	62	16.2
Yıkanma	Yardıma İhtiyaç Var	300	78.3
	Bağımsız	83	21.6
Giyinme	Bağımlı	186	48.6
	Yardıma İhtiyaç Var Yarıdan Fazlasını Yapar	126	32.9
	Bağımsız	71	18.5
Toplam		383	100.0

Tablo 4.4'te hasta bireylerden toplanan verilere göre Barthel İndeksi Ortalama Puanları yer almaktadır. Tablo 4.4'te yer alan verilere göre Barthel İndeksi'nden alınabilecek minimum puan sıfır ve maksimum puan 100 puandır. Araştırma kapsamında Barthel İndeksi genel ortalaması 38.74 ± 35.27 bulunmuştur

Tablo 4.4. Barthel İndeksi ortalama puanları

	f	Min.	Maks.	Ortalama	Standart Sapma
Barthel İndeksi	383	0.00	100.00	38.7467	35.2700
Toplam Puan					

Tablo 4.5’de Barthel İndeksi Yüzdellik Dağılımı yer almaktadır Tablo 4.5’teki verilere göre 152 kişinin (% 39.6) tam bağımlı, 137 (% 35.7) kişinin ileri derecede bağımlı, 45 kişinin (% 11.7) orta derecede bağımlı, 44(% 11.3) kişinin tam bağımsız olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Barthel İndeksi yüzdellik dağılımları

Düzyey	f	%
Tam Bağımlı	152	39.6
İleri Derecede Bağımlı	137	35.7
Orta Derecede Bağımlı	45	11.7
Hafif derecede Bağımlı	5	1.3
Tam Bağımsız	44	11.3
Toplam	383	100.0

4.2. Araştırma Kapsamındaki Hastalara Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde bakım veren bireylere ait tanıtıcı özelliklere yer verilmiştir. Bakım veren bireylere ait sosyo-demografik özellikler Tablo 4.6’da gösterildiği gibidir. Çalışma kapsamına alınan hasta bireye bakım veren bireylerin yaş ortalaması 49.26 ± 14.23 olarak belirlenmiş ve büyük çoğunluğunu (% 72.1) kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma kapsamındaki bakım veren bireylerin hastaya yakınlık yönü bakımından en yüksek (% 53.0) kızı/oğlu olduğu ve bu bireylerin % 77.3’nün evli olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamında hastalara bakım veren bireylerin farklı meslek gruplarından olduğu, bu kişilerin büyük bir çoğunluğunun ev hanımı (% 59.8) olduğu, bu bireylerden sosyal güvencesi olanlar toplam bakım verenlerin % 95.8’ni oluşturduğu belirlenmiştir. Bakım veren bireylerin gelir durumu 0-1500 tl arasında olan bireylerin çoğunlukta olduğu (% 58.7) belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri

	f	%
Yaş (49.26 ± 14.23)		
20-39 Yaş	109	28.5
40-59 Yaş	185	48.3
60 Ve Üstü Yaş	89	23.2
Cinsiyet		
Erkek	107	27.9
Kadın	276	72.1
Hasta İle Yakınlık Derecesi		
Anne/Baba	24	6.3
Kızı/Oğlu	203	53.0
Eşi	100	26.1
Kardeş	16	4.2
Diğer	40	10.4
Medeni Hal		
Evli	296	77.3
Bekâr	59	15.4
Dul	11	2.9
Boşanmış	14	3.7
Ayrı Yaşıyor	3	0.8
Sahip Olunan Çocuk Sayısı		
0	83	21.7
1-2	104	27.2
2 ve üzeri	196	51.2
Meslek		
Bakıcı	7	1.8
Emekli	37	9.7
Ev Hanımı	229	59.8
Hemşire	5	1.3
Öğretmen	23	6.0
Diğer	82	22.0
Toplam	383	100.0

Tablo 4.6. Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri (devamı)

	f	%
Sosyal Güvence		
Ssk	215	56.1
Bağ-Kur	23	6.0
Emekli Sandığı	63	16.4
Yeşil Kart	66	17.2
Sosyal Güvence Yok	16	4.2
Çalışma Durumu		
Tam Gün	56	14.6
Yarım Gün	37	9.7
Çalışmıyor	290	75.8
Aylık Gelir		
0-1500	225	58.7
1501-3000	126	32.9
3001 Ve Üstü	32	8.4
Toplam	383	100

Tablo 4.7’de Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin bakıma ilişkin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Bakım veren bireylerin % 29.0’unun bakmakla yükümlü olduğu başka kişiler vardır. Araştırma kapsamında hastaya bakım verme süresi oranı 1 yıldan az verenlerin sayısı çoğunlukta (% 56.4) olmakla beraber bu kişilerin büyük bir kısmı (% 66.8) bakım konusunda başka kişilerden yardım almamaktadır. Hasta bakımında yardım alan bireylerde genellikle fiziksel bakımda (% 32.1), yemek konusunda (% 22.7), parasal konuda (% 22.1) ve ev temizliği (% 21.9) konularında yardım almaktadır. Hasta bakımı bireylerin günlük yaşantısında genellikle (% 59.5) ve ev yaşantısında (% 55.1) bir değişiklik meydana getirmiş ancak çok fazla (% 66.9) finansal sorun yaşamamaktadırlar. Hastaya bakım verme süresi 1-6 saat arasında olan bireyler 171 kişi (% 44.6), 19-24 saat arasında olan bireyler 138 kişi (% 36.0), 7-12 saat aralığında olan birey 46 kişi (% 12.0) ve 13-18 saat aralığında olan bireyler 28 kişi (% 7.3)’dir. Hasta bakımında en fazla yapılan iş temizlik (% 88.1) ve beslenme (% 86.9) işleridir. Bakım veren bireylerin büyük bir çoğunluğu (% 84.1) hasta bakımına ilişkin hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili (% 86.3), tedavi ile ilgili (% 41.7) ve kontrollerle ilgili (% 27.6) bilgi almaya ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Bakım veren bireylerin bakım konusunda tercih ettiği öğrenme şekli en fazla (% 86.7) sağlık personeli tarafından olmasını istemektedirler.

Tablo 4.7. Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin tanımlayıcı özellikleri

	f	%
Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişiler		
Var	111	29.0
Yok	272	71.0
Hastaya Bakım Verme Süresi		
1 Yıldan Az	216	56.4
1-5 Yıl	134	35.0
6-10 Yıl	19	5.0
10 Yıldan Fazla	14	3.7
Bakım Konusunda Yardım Alınan Kişi		
Evet	127	33.2
Hayır	256	66.8
Hasta Bakımında Yardım Alınan Konular		
Parasal Yardım	85	22.1
Randevular	22	5.7
Fiziksel Bakımda Yardım	123	32.1
Ev Temizliği	84	21.9
Yemek	87	22.7
Ulaşım	45	11.7
Diğer	15	3.9
Günlük Yaşantıda Değişiklik Olma Durumu		
Evet	228	59.5
Hayır	155	40.5
Finansal Sorunlar Yaşama Durumu		
Evet	127	33.2
Hayır	256	66.9
Ev Yaşantısında Değişiklik Olma Durumu		
Evet	211	55.1
Hayır	172	44.9
Toplam	383	100

Tablo 4.7. Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin tanımlayıcı özellikleri (Devamı)

	f	%
Hastaya Günlük Ortalama Bakım Verme Süresi		
1-6 Saat	171	44.6
7-12 Saat	46	12.0
13-18 Saat	28	7.3
19-24 Saat	138	36.0
Hasta Bakımında Yapılan İşler		
Temizlik	338	88.1
Beslenme	333	86.9
Hareket	259	67.6
Boşaltım	243	63.5
Tedavi	264	68.9
Ekonomik İşler	170	44.1
Diğer	68	17.8
Hasta Bakımına İlişkin Bilgi Alma Durumu		
Evet	322	84.1
Hayır	61	16.0
Bilgi Almak İstenen Konular		
Hastalık Ve Hastalığın Seyri İle İlgili	331	86.3
Tedavi İle İlgili	160	41.7
Kontrollerle İlgili	106	27.6
Diğer	3	08
Tercih Ettiğiniz Öğrenme Şekli		
Sağlık Personeli	332	86.7
Başka Hasta Yakınlarıyla Tanışmak Görüşmek Onların Deneyimlerinden Faydalanmak İsterim	57	14.9
Yazılı Bilgilerin Verilmesini İsterim	186	48.6
Görerek/Yaparak Öğrenmek İsterim	198	51.7
Toplam	383	100

4.3. Araştırma Kapsamındaki Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yüğü

4.3.1. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yüğü ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Bu bölümde bakım veren bireylerin bakım verme yüğü ve yaşam kalitesi puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo 4.8’de hasta bireylere bakım veren bireylerin bakım verme yüğü ve yaşam kalitesi puan ortalamaları verilmiştir. Bakım veren bireylerin

yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları $81,88 \pm 13,55$ olarak tespit edilmiştir. Ayrıca bakım veren bireylerin bakım verme yükü puan ortalamaları $42,82 \pm 16,29$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Bakım Verme Yükü Ölçeği, WHOQOL Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının ortalama puanları

Ölçekler	Min.	Maks.	Ortalama	Standart Sapma
Bakım Verme Yükü Ölçeği	0.00	88.00	42.82	16.29
Fiziksel Alan	7.00	30.00	20.97	3.08
Psikolojik Alan	6.00	30.00	18.83	4.18
Sosyal Alan	3.00	15.00	7.99	2.28
Çevresel Alan	9.00	40.00	28.54	5.82
Genel Sağlık Durumu	2.00	10.00	5.87	1.40
WHOQOL Bref (TR)	27.00	134.00	81.88	13.55

4.3.2. Barthel İndeksi Alt Boyutlarının Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Analizi

Bu bölümde Barthel İndeksi Alt Boyutlarının Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları arasındaki ilişkinin korelasyon analizine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.9. Barthel İndeksi alt boyutlarının bakım verme yükü puan ortalamaları ve Yaşam Kalitesi puan ortalamaları arasındaki korelasyon tablosu

Ölçekler		Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQOL-BREF (TR)
Barsak Bakımı	r	-0.310	0.120	0.027	0.194	-0.010	0.178	0.072
	p	p<0.001	p>0.05	p>0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.05	p>0.05
Mesane Bakımı	r	-0.36	0.161	0.086	0.251	0.041	0.243	0.136
	p	p<0.001	p<0.05	p>0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.001	p<0.05
Kendine Bakım	r	-0.319	0.164	0.058	0.266	-0.010	0.195	0.127
	p	p<0.001	p<0.05	p>0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.001	p<0.05
Tuvalet Bakımı	r	-0.307	0.043	-0.040	0.205	-0.086	0.166	0.011
	p	p<0.001	p>0.05	p>0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.05	p>0.05
Beslenme	r	-0.250	0.108	0.053	0.236	-0.009	0.218	0.102
	p	p<0.001	p<0.05	p>0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.001	p<0.05
Tekerlekli sandalye/ Yatak transferi	r	-0.292	0.123	0.042	0.244	0.014	0.194	0.095
	p	p<0.001	p<0.05	p>0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.001	p>0.05
Mobilite	r	-0.266	0.064	-0.002	0.251	-0.017	0.198	0.064
	p	p<0.001	p>0.05	p>0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.001	p>0.05
Merdiven inip çıkma	r	-0.279	0.027	-0.088	0.145	-0.088	0.073	-0.015
	p	p<0.05	p>0.05	p>0.05	p<0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Yıkanma	r	-0.214	0.005	-0.113	0.036	-0.081	0.016	-0.050
	p	p<0.001	p>0.05	p<0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Giyinme	r	-0.266	0.066	0.005	0.265	0.000	0.143	0.080
	p	p<0.001	p>0.05	p>0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.05	p>0.05

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin barsak bakımı ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.310$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında orta düzeydedir. Hasta bireylerin barsak bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.120$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin barsak bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt

boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.027$, $p>0.05$. Hasta bireylerin barsak bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.194$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin barsak bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.010$, $p>0.05$. Hasta bireylerin barsak bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.178$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin barsak bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.07$, $p>0.05$.

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin mesane bakımı ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.367$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında orta düzeydedir. Hasta bireylerin mesane bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.161$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin mesane bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.086$, $p>0.05$. Hasta bireylerin mesane bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.251$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin mesane bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.410$, $p>0.05$. Hasta bireylerin mesane bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.243$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin mesane bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.136$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir.

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin kendine bakma ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.319$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında orta düzeydedir. Hasta bireylerin kendine bakma ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.164$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin kendine bakma ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.058$, $p>0.05$. Hasta bireylerin kendine bakma ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.266$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük

düzyededir. Hasta bireylerin kendine bakma ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.010$, $p>0.05$. Hasta bireylerin kendine bakma ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.195$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin kendine bakma ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.127$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir.

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin tuvalet bakımı ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.307$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında orta düzeydedir. Hasta bireylerin tuvalet bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.43$, $p>0.05$. Hasta bireylerin tuvalet bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.04$, $p>0.05$. Hasta bireylerin tuvalet bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.205$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin tuvalet bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.086$, $p>0.05$. Hasta bireylerin tuvalet bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.166$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin tuvalet bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur, $r=0.01$, $p>0.05$

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin beslenme bakımı ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.250$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin beslenme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki vardır, $r=0.10$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin beslenme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.05$, $p>0.05$. Hasta bireylerin beslenme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.236$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin beslenme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.00$, $p>0.05$. Hasta bireylerin beslenme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.21$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük

düzyededir. Hasta bireylerin beslenme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.10$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir.

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin tekerlekli sandalye/yatak transferi bakımı ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.292$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin tekerlekli sandalye/yatak transferi bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki vardır, $r=0.123$, $p>0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin tekerlekli sandalye/yatak transferi bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.04$, $p>0.05$. Hasta bireylerin tekerlekli sandalye/yatak transferi bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.244$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin tekerlekli sandalye/yatak transferi bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.01$, $p>0.05$. Hasta bireylerin tekerlekli sandalye/yatak transferi bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.19$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin tekerlekli sandalye/yatak transferi bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur, $r=0.09$, $p>0.05$.

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin mobilite bakımı ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.266$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin mobilite bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.064$, $p>0.05$. Hasta bireylerin mobilite bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.02$, $p>0.05$. Hasta bireylerin mobilite bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.251$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin mobilite bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.01$, $p>0.05$. Hasta bireylerin mobilite bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.198$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin mobilite bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur, $r=0.64$, $p>0.05$.

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin merdiven inip-çıkma bakımı ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.279$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin merdiven inip-çıkma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.027$, $p>0.05$. Hasta bireylerin merdiven inip-çıkma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.08$, $p>0.05$. Hasta bireylerin merdiven inip-çıkma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.145$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin merdiven inip-çıkma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.08$, $p>0.05$. Hasta bireylerin merdiven inip-çıkma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.07$, $p>0.05$. Hasta bireylerin merdiven inip-çıkma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur, $r=-0.015$, $p>0.05$.

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin yıkanma bakımı ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.214$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin yıkanma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.005$, $p>0.05$. Hasta bireylerin yıkanma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.113$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin yıkanma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.036$, $p>0.05$. Hasta bireylerin yıkanma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=-0.081$, $p=0.12>0.05$. Hasta bireylerin yıkanma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.01$, $p>0.05$. Hasta bireylerin yıkanma bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur, $r=-0.050$, $p>0.05$.

Tablo 4.9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki hasta bireylerin giyinme bakımı ile bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.266$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin giyinme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.066$, $p>0.05$. Hasta bireylerin giyinme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki

yoktur, $r=-0.005$, $p>0.05$. Hasta bireylerin giyinme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu sosyal alan arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.265$ $p<0.001$. Hasta bireylerin giyinme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki yoktur, $r=0.00$, $p>0.05$. Hasta bireylerin giyinme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu genel sağlık durumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır, $r=0.143$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Hasta bireylerin giyinme bakımı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur, $r=0.08$, $p>0.05$.

4.3.4. Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin Hastanın Bağımlılık Düzeyine göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.10. Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hastanın Bağımlılık Düzeyi	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQL-BREF(TR)
Tam Bağımlı İleri	149	49.97±17.24 ^a	20.73±3.74 ^a	18.71±5.66 ^{a,b}	7.24±2.57 ^a	28.73±7.67	5.51±1.70 ^a	80.79±17.15 ^a
Derecede Bağımlı Orta	137	38.86±12.74 ^b	20.74±2.81 ^a	18.75±3.05 ^{a,b}	8.26±1.97 ^a	28.04±4.22	5.99±1.15 ^b	81.20±11.36 ^b
Derecede Bağımlı Hafif	45	32.62±16.18 ^c	22.69±1.48 ^b	20.62±2.39 ^a	9.66±1.58 ^b	30.60±4.75	6.73±0.86 ^a	89.80±7.70 ^{a,b}
Derecede Bağımlı Tam Bağımsız	5	37.60±9.07 ^d	22.60±0.54 ^{a,b}	18.60±1.67 ^{a,b}	9.00±0.00 ^{a,b}	27.20±0.44	5.80±0.44 ^{a,b}	83.20±2.16 ^{a,b}
Tam Bağımsız	44	41.90±13.74 ^e	20.65±2.02 ^{a,b}	17.65±2.02 ^b	7.86±1.74 ^a	27.47±3.07	5.86±1.01 ^{a,b}	79.50±7.70 ^{a,b}
df		F=15.94	F=4.27	F=3.02	F=12.00	F=2.13	F=7.47	F=4.69
	4	p<0.001	p<0.001	p<0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.001	p<0.001

*Farklı üst simgeye sahip gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 4.10’da bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün tam bağımlı grupta daha fazla olduğu bunu tam bağımsız grubun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılık tüm gruplar arasında olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel alanın orta derecede bağımlı grupta daha fazla olduğu bunu hafif derecede bağımlı grubun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılığın tam derecede bağımlı bireyler ile orta derecede ve ileri derecede bağımlı bireyler ile orta derecede bireyler arasında olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, psikolojik alanın orta derecede bağımlı grupta daha fazla olduğu bunu ileri derecede bağımlı grubun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farklılığın orta derecede bağımlı bireyler ile tam bağımsız bireyler arasında olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, sosyal alanın orta derecede bağımlı grupta daha fazla olduğu bunu hafif derecede bağımlı grubun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, çevresel alanın orta derecede bağımlı grupta daha fazla olduğu bunu tam bağımlı grubun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre genel sağlık durumu alan puan ortalamalarına bakıldığında, genel sağlık durumunun orta derecede bağımlı grupta daha fazla olduğu bunu ileri derecede bağımlı grubun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılığın tam bağımlı bireyler ile orta derecede, ileri derecede bağımlı bireyler ile orta derecede bireyler ve orta derece bağımlı bireyler ile tam bağımsız bireyler arasında olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, yaşam kalitesinin orta derecede bağımlı grupta daha fazla olduğu bunu hafif derecede bağımlı grubun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılığın tam bağımlı bireyler ile ileri derecede bağımlı bireyler arasında olduğu belirlenmiştir.

4.3.5. Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamaları İle Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Analizi

Bu bölümde Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamaları arasındaki ilişkinin korelasyon analizine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.11. Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon tablosu

Ölçekler		Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQOL-BREF(TR)
Bakım Verme Yüğü	r	-0.320	-0.145	-0.308	-0.255	-0.341	-0.312
	p	p<0.001	p<0.05	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001

Tablo 4.11'deki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; bakım verme yüğü ile fiziksel alan arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.320$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında orta düzeydedir. Bakım verme yüğü arttıkça fiziksel alan azaltmaktadır. Bakım verme yüğü ile psikolojik alan arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.145$, $p<0.05$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Bakım verme yüğü arttıkça psikolojik alan azaltmaktadır. Bakım verme yüğü ile sosyal alan arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.308$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında orta düzeydedir. Bakım verme yüğü arttıkça sosyal alan azaltmaktadır. Bakım verme yüğü ile çevresel alan arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.255$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında düşük düzeydedir. Bakım verme yüğü arttıkça çevresel alan azaltmaktadır. Bakım verme yüğü ile genel sağlık alanı arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.341$, $p<0.001$. Bu ilişki iki değişken arasında orta düzeydedir. Bakım verme yüğü arttıkça genel sağlık alanı azaltmaktadır. Bakım verme yüğü ile WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır, $r=-0.312$, $p<0.001$. Bu ilişki iki ölçek arasında orta düzeydedir. Bakım verme yüğü arttıkça bireyin yaşam kalitesi azaltmaktadır.

4.3.6. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde hastaların yaş gruplarına göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir

Tablo 4.12. Hastaların yaş gruplarına göre bakım verenlerin Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Yaş Grubu	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQOL-BREF(TR)
2 yaş altı	4	88.00±2.56 ^a	14.00±5.23 ^a	12,00±2.15 ^a	6.00±3,57 ^{a,b}	18.00±4,21 ^a	4.00±1,23 ^a	54.00±6,34 ^a
3-18 yaş	7	20.00±15.08 ^b	22,14±1.34 ^b	19,00±2.23 ^{a,b}	5.57±1.81 ^a	27.85±3.18 ^{a,b}	6.71±0.48 ^b	81.28±5.87 ^b
19-45 yaş	38	45.84±17.24 ^c	21,86±2.63 ^b	18,65±3.38 ^b	7.60±2.28 ^{a,b}	28.78±4.04 ^b	5.52±1.10 ^{a,b}	81.07±11.16 ^{a,b,c}
46-65 yaş	61	43.83±14.42 ^c	21,49±3.06 ^b	18,73±2.80 ^b	8.57±2.14 ^b	28.39±5.32 ^b	6.01±1.24 ^{a,b}	83.21±12.33 ^c
66-85 yaş	221	42.40±15.14 ^c	20,95±2.99 ^b	19,11±4.60 ^b	8.06±2.17 ^b	28.83±6.29 ^b	5.93±1.41 ^{a,b}	82.56±13.56 ^{a,b,c}
86 ve üstü	49	40.16±14.75 ^c	20,08±3.29 ^b	18,38±4.19 ^b	7.77±2.74 ^{a,b}	28.26±5.08 ^b	5.71±1.67 ^{a,b}	80.20±15.60 ^{b,c}
df	5	F=13.01 p<0.001	F=6.50 p<0.001	F=2.50 p<0.001	F=3.42 p<0.001	F=2.85 p<0.05	F=2.80 p<0.05	F=3.94 p<0.001

*Farklı üst simgeye sahip gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 4.12’de hastaların yaş gruplarına göre bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün 2 yaş altı grubunda daha fazla olduğu bunu 46-65 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bu farklılık 2 yaş altı grup ile diğer gruplar arasında, ayrıca 3-18 yaş grubu ile diğer gruplar arasında olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel alanın 3-18 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 19-45 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bu farklılık 2 yaş altı grup ile diğer gruplar arasında olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, psikolojik alanın 66-85 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 3-18 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001).

Hastaların yaş gruplarına göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, sosyal alanın 46-65 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 66-85 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farkın 3-18 yaş grubu ile 46-65 yaş ve 3-18 yaş ile 66-85 yaş arasındaki bireylerde olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, çevresel alanın 3-18 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 19-45 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farklılık 2 yaş altı grup ile 3-18 yaş grubu hariç diğer gruplar arasında, olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre genel sağlık durumu alan puan ortalamalarına bakıldığında, genel sağlık durumunu alanın 3-18 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 46-65 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farklılık 2 yaş altı grup ile 3-18 yaş grubu arasında olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, yaşam kalitesinin 46-65 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 66-85 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılığın 2 yaş altı-18 yaş grubu, 2 yaş altı-46-65 yaş grubu, 2 yaş altı-86 ve üstü yaş grubu ve 3-18 ile 46-65 yaş grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

4.3.7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde hastaların cinsiyete göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.13. Hastaların cinsiyete göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hastanın Cinsiyeti	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQOL-BREF(TR)
Kadın	217	43.51±15.79	21.38±2.98	19.76±4.35	8.47±2.31	29.06±4.43	6.23±1.33	84.53±12.49
Erkek	163	41.89±16.94	20.42±3.14	17.58±3.60	7.36±2.08	27.86±7.23	5.39±1.34	78.37±14.13
df	378	t=0.95 p>0.05	t=2.98 p<0.001	t=5.27 p<0.001	t=4.88 p<0.001	t=1.85 p<0.001	t=6.06 p<0.001	t=4.41 p<0.001

Tablo 4.13’de hastaların cinsiyetlerine göre bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, kadın hastalara bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların cinsiyetlerine göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, kadınların erkeklere göre fiziksel alan puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hastaların cinsiyetlerine göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, kadın hastalara bakım verenlerin erkek hastalara bakım verenlere göre psikolojik alan puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hastaların cinsiyetlerine göre bakım verenlerin sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, kadın hastalara bakım verenlerin erkek hastalara bakım verenlere göre sosyal alan puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hastaların cinsiyetlerine göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, kadın hastalara bakım verenlerin erkek hastalara bakım verenlere göre çevresel alan puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hastaların cinsiyetlerine göre genel sağlık puan ortalamalarına bakıldığında, kadın hastalara bakım verenlerin erkek hastalara bakım verenlere göre genel sağlık puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, kadın hastalara bakım verenlerin erkek hastalara bakım verenlere göre yaşam kalitesi puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

4.3.8. Bakım verenlerin Yaş Gruplarına Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin yaş gruplarına göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.14. Bakım verenlerin yaş gruplarına göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Yaş Grubu	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQOL-BREF(TR)
20-39	106	46.81±14.99 ^a	21.27±3.61	20.35±5.40 ^a	8.11±2.37 ^a	29.45±4.49 ^a	6.35±1.40 ^a	85.24±13.38 ^{a,b}
40-59	185	41.10±17.01 ^b	21.08±2.92	18.68±3.38 ^b	8.32±2.10 ^a	28.83±7.04 ^a	5.85±1.36 ^b	82.229±13.92 ^b
60 üstü	89	41.64±15.61 ^{a,b}	20.37±2.66	17.31±3.32 ^c	7.15±2.34 ^b	26.93±3.93 ^b	5.32±1.27 ^c	77.05±11.58 ^a
df	2	F=4.521 p<0.05	F=2.28 p>0.05	F=13.88 p<0.001	F=8.42 p<0.001	F=4.98 p<0.001	F=13.88 p<0.001	F=9.38 p<0.001

*Farklı üst simgeye sahip gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 4.14'te bakım verenlerin yaş gruplarına göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün 20-39 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 60 ve üstü yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farklılık 20-39 yaş grubu ile 40-59 yaş grubu arasındaki bireylerde bulunmuştur. Bakım verenlerin yaş gruplarına göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel alanın 20-39 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 40-59 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin yaş gruplarına göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, psikolojik alanın 20-39 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 40-59 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılık 20-39 yaş grubu ile 40-59 yaş grubu, 20-39 yaş grubu ile 60 yaş üstü ve 40-59 yaş grubu ile 60 yaş üstü arasındaki bireylerde bulunmuştur. Bakım verenlerin yaş gruplarına göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, sosyal alanın 40-59 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 20-39 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılık 20-39 yaş grubu ile 60 yaş üstü ve 40-59 yaş grubu ile 60 yaş üstü arasındaki bireylerde bulunmuştur. Bakım verenlerin yaş gruplarına göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, çevresel alanın 20-39 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 40-59 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılık 20-39 yaş grubu ile 60 yaş üstü ve 40-59 yaş grubu ile 60 yaş üstü arasındaki bireylerde bulunmuştur. Bakım verenlerin yaş gruplarına göre genel sağlık durumu alan puan ortalamalarına bakıldığında, genel sağlık durumunu alanın 20-39 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 40-59 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılık 20-39 yaş

grubu ile 40-59 yaş grubu, 20-39 yaş grubu ile 60 yaş üstü ve 40-59 yaş grubu ile 60 yaş üstü arasındaki bireylerde bulunmuştur. Bakım verenlerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, yaşam kalitesinin 20-39 yaş grubunda daha fazla olduğu bunu 40-59 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılık 40-59 yaş grubu ile 60 yaş üstü arasındaki bireylerde bulunmuştur.

4.3.9. Bakım verenlerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin cinsiyetlerine göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.15. Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Cinsiyet	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQOL-BREF(TR)
Kadın	273	43.82±17.55	20.50±3.24	18.46±4.40	7.81±2.26	28.06±6.18	5.71±1.44	80.32±13.98
Erkek	107	40.26±12.25	22.16±2.24	19.79±3.38	8.45±2.26	29.79±4.57	6.28±1.20	85.88±11.52
df	378	t=-2,23 p<0.05	t=5.63 p<0.001	t=2.76 p<0.001	t=2.49 p<0.05	t=2.57 p<0.05	t=3.60 p<0.001	t=3.65 p<0.001

Tablo 4.15'te bakım verenlerin cinsiyetlerine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, kadınların erkeklere göre bakım yükü puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, erkeklerin kadınlara göre fiziksel alan puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, erkeklerin kadınlara göre psikolojik alan puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, erkeklerin kadınlara göre sosyal alan puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre

çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, erkeklerin kadınlara göre çevresel alan puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre genel sağlık puan ortalamalarına bakıldığında, erkeklerin kadınlara göre genel sağlık puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitesi puan ortalamasının daha fazla olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

4.3.10. Bakım verenlerin Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.16. Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

H.Y.Drc	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel	
							Sağlık Durum	WHOQL-BREF(TR)
A/B	24	37.08±20.94	21.75±2.9	18.04±3.16 ^{a,b}	6.95±1.8 ^a	27.52±4.2	5.58±1.2 ^{a,b}	79.16±10.9
K/O	200	44.47±15.46	20.93±3.2	19.33±4.81 ^a	8.13±2.2 ^{a,b}	28.58±4.9	6.12±1.4 ^a	82.85±14.0
Eşi	100	41.80±17.42	20.82±2.3	17.70±2.93 ^b	7.51±2.3 ^{a,b}	28.36±7.4	5.42±1.2 ^{a,b}	79.59±12.6
Kardeş	16	41.43±19.02	21.75±4.7	19.93±5.20 ^{a,b}	9.06±3.0 ^b	29.38±7.2	5.81±1.6 ^{a,b}	84.00±20.6
Diğer	40	41.12±12.34	20.71±3.2	19.17±2.90 ^{a,b}	8.70±1.6 ^b	29.12±5.4	5.92±1.2 ^b	83.60±10.2
df	4	F=1.499 p>0.05	F=0.762 p>0.05	F=3.13 p<0.05	F=4.53 p<0.001	F=0.35 p>0.05	F=4.60 p<0.001	F=1.47 p>0.05

*Farklı üst simgeye sahip gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 4.16’da bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün kızı/oğlu olan bireylerde daha fazla olduğu bunu bakım yükünü eşi olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak

anlamli olmadigi saptanmistir ($p>0.05$). Bakim verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre fiziksel puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel alanın kızı/oğlu olan bireylerde daha fazla olduğu bunu fiziksel alanı eşi olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamli olmadigi saptanmistir ($p>0.05$). Bakim verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, sosyal alanın kardeş olan bireylerde daha fazla olduğu bunu sosyal alanı diğer olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu saptanmistir ($p<0.001$). Bu farklılığın yakınlık derecesi kızı/oğlu olan bireylerle kardeş olan bireyler arasında olduğu belirlenmistir. Bakim verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre çevresel puan ortalamalarına bakıldığında, çevresel alanın kardeş olan bireylerde daha fazla olduğu bunu çevresel alanı diğer olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamli olmadigi saptanmistir ($p>0.05$). Bakim verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre genel sağlık durumu alanı puan ortalamalarına bakıldığında, genel sağlık durumu alanı kızı/oğlu olan bireylerde daha fazla olduğu bunu genel sağlık durumu diğer olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu saptanmistir ($p<0.001$). Bu farklılığın yakınlık derecesi kızı/oğlu olan bireylerle diğer olan bireyler arasında olduğu belirlenmistir. Bakim verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında, yaşam kalitesi ölçeği kardeş olan bireylerde daha fazla olduğu bunu yaşam kalitesi kızı/oğlu olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamli olmadigi saptanmistir ($p>0.05$).

4.3.11. Bakım verenlerin Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişiler Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişiler (BYOK) durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.17. Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişiler durumuna göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

BYOK	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQOL-BREF(TR)
Evet	111	44.90±14.53	21.72±2.61	20.03±3.38	8.56±2.43	30.04±4.24	6.34±1.48	86.26±12.06
Hayır	269	41.96±16.92	20.66±3.21	18.34±4.38	7.75±2.18	27.93±6.27	5.67±1.31	80.08±13.74
df	378	t=1.60 p>0.05	t=3.30 p<0.001	t=4.00 p<0.001	t=3.03 p<0.001	t=3.75 p<0.001	t=4.08 p<0.001	t=4.35 p<0.001

Tablo 4.17’de bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilere göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün bakmakla yükümlü başka bireyler olan bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilere göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel alanın bakmakla yükümlü başka bireyler olan bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilere göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, psikolojik alanın bakmakla yükümlü başka bireyler olan bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilere göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, sosyal alanın bakmakla yükümlü başka bireyler olan bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilere göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, çevresel alanın bakmakla yükümlü başka bireyler olan bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilere göre genel sağlık durumu puan ortalamalarına bakıldığında, genel sağlık durumunun bakmakla yükümlü başka bireyler olan bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilere göre yaşam kalitesi durumu puan ortalamalarına bakıldığında, yaşam kalitesi durumu

bakmakla yükümlü başka bireyler olan bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

4.3.12. Bakım verenlerin Hastaya Bakım Süresi Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin hastaya bakım süresi durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.18. Bakım verenlerin hastaya bakım süresi durumuna göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

HBS	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	GSD	WHOQOL-BREF(TR)
1	214	42.92±16.6	21.01±3.0	18.85±4.3	7.94±2.2	28.53±5.8	5.81±1.36	81.36±13.43
2	134	42.73±14.84	20.89±3.03	18.80±4.13	7.99±2.26	28.62±6.03	5.95±1.45	81.87±13.64
3	18	39.61±18.16	21.70±2.88	18.72±2.96	8.38±2.30	28.27±3.98	6.05±1.34	83.00±11.20
4	14	46.07±22.05	20.07±4.26	18.92±4.53	8.21±2.86	28.40±6.33	5.71±1.54	81.42±18.03
df	3	F=0.421 p>0.05	F=0.759 p>0.05	F=0.009 p>0.05	F=0.249 p>0.05	F=0.02 p>0.05	F=0.422 p>0.05	F=0.047 p>0.05

1:1 yıldan az 2:1-5 yıl 3:6-10 yıl 4:10 yıl ve üstü

Tablo 4.18'de bakım verenlerin hasta bakım süresine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün 10 yıl ve üstü olan bireylerde daha fazla olduğu bunu bakım yükünü 1 yıldan az olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hasta bakım süresine göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel alanın 6-10 yıl olan bireylerde daha fazla olduğu bunu fiziksel alanı 1-5 yıl olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hasta bakım süresine göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, psikolojik alanın 1 yıldan az olan bireylerde daha fazla olduğu bunu psikolojik alanı 1-5 yıl olan

bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hasta bakım süresine göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, sosyal alanın 6-10 yıl olan bireylerde daha fazla olduğu bunu sosyal alanı 10 yıl ve üstü olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hasta bakım süresine göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, çevresel alanın 1-5 yıl olan bireylerde daha fazla olduğu bunu çevresel alanı 1 yıldan az olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hasta bakım süresine göre genel sağlık durumu puan ortalamalarına bakıldığında, genel sağlık durumu 6-10 yıl olan bireylerde daha fazla olduğu bunu genel sağlık durumu 1-5 yıl olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hasta bakım süresine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, yaşam kalitesi 6-10 yıl olan bireylerde daha fazla olduğu bunu yaşam kalitesi 1-5 yıl olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.3.13. Bakım verenlerin Bakım Konusunda Yardım Alma Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.19. Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Yardım Alma	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	GSD	WHOQOL-BREF(TR)
Evet	127	42.15±13.59	21.52±3.20	19.45±3.57	8.29±2.04	29.40±4.38	6.09±1.56	84.56±12.84
Hayır	253	43.15±17.51	20.68±2.99	18.52±4.43	7.84±2.38	28.11±6.40	5.76±1.29	80.54±13.72
df	378	t=-0.610 p>0.05	t=2.46 p<0.05	t=2.19 p<0.05	t=1.79 p>0.05	t=2.26 p<0.05	t=2.19 p<0.05	t=2.81 p<0.001

Tablo 4.19’da bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, yardım almayan bireylerin yardım alan bireylere göre bakım yükü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel alanın bakım konusunda yardım alma durumu yardım alan bireylerin yardım almayan bireylere göre fiziksel alan, bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, psikolojik alanın bakım konusunda yardım alma durumu yardım alan bireylerin yardım almayan bireylere göre psikolojik alan, bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, sosyal alanın bakım konusunda yardım alma durumu yardım alan bireylerin yardım almayan bireylere göre sosyal alan, bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, çevresel alanın bakım konusunda yardım alma durumu yardım alan bireylerin yardım almayan bireylere göre çevresel alan, bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre genel sağlık alan puan ortalamalarına bakıldığında, genel sağlık alanın bakım konusunda yardım alma durumu yardım alan bireylerin yardım almayan bireylere göre genel sağlık alan, bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre yaşam kalitelerine bakıldığında, bakım konusunda yardım alan bireylerin yardım almayan bireylere göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

4.3.14. Bakım verenlerin Günlük Yaşantı Değişiklik Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin günlük yaşantı değişikliği durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Tablo 4.20’de bakım verenlerin bakım konusunda günlük hayatında değişiklik olma durumuna göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, günlük hayatında değişiklik olan bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakım konusunda günlük hayatında değişiklik olma durumuna göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, günlük hayatında değişiklik olan bakım verenlerin psikolojik alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakım konusunda günlük hayatında değişiklik olma durumuna göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, günlük hayatında değişiklik olan bakım verenlerin psikolojik alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakım konusunda günlük hayatında değişiklik olma durumuna göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, günlük hayatında değişiklik olan bakım verenlerin sosyal alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda günlük hayatında değişiklik olma durumuna göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, günlük hayatında değişiklik olan bakım verenlerin çevresel alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakım konusunda günlük hayatında değişiklik olma durumuna göre genel sağlık durumu puan ortalamalarına bakıldığında, günlük hayatında değişiklik olan bakım verenlerin genel sağlık durumu ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda günlük hayatında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, günlük hayatında değişiklik olan bakım verenlerin yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 4. 20. Bakım verenlerin günlük yaşantı değişiklik durumuna göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Günlük Yaşantı Durumu	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	GSD	WHOQOL-BREF(TR)
Evet	228	45.84±13.68	21.29±2.93	19.53±4.63	8.92±2.56	29.71±6.16	5.96±1.49	84.06±13.82
Hayır	152	38.28±18.72	20.49±3.25	17.77±3.12	8.10±1.78	26.80±4.80	5.74±1.22	78.63±12.48
df	378	t=-4.52 p<0.001	t=2.40 p<0.05	t=4.05 p<0.001	t=-0.77 p<0.05	t=4.84 p<0.001	t=1.49 p>0.05	t=3.89 p<0.001

4.3.15. Bakım verenlerin Finansal Sorun Yaşama Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde Tablo 4.21’de bakım verenlerin finansal sorun yaşama durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.21. Bakım verenlerin finansal sorun yaşama durumuna göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Finansal Sorun Yaşama Durumu	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQOL-BREF(TR)
Evet	127	50.84±13.12	21.15±2.99	19.42±5.85	8.58±2.77	28.60±5.08	5.49±1.59	81.82±14.91
Hayır	253	38.79±16.27	20.87±3.13	18.53±3.00	8.20±1.96	28.52±6.16	6.06±1.25	81.92±12.84
df	378	t=7.24 p<0.001	t=0.81 p>0.05	t=1.93 p>0.05	t=-2.50 p<0.05	t=0.13 p>0.05	t=-3.78 p<0.001	t=-0.06 p<0.05

Tablo 4.21’de bakım verenlerin bakım konusunda finansal sorun yaşama durumuna göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, finansal sorun yaşayan bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bakım verenlerin bakım

konusunda finansal sorun yaşama durumuna göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, finansal sorun yaşayan bakım verenlerin fiziksel alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda finansal sorun yaşama durumuna göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, finansal sorun yaşayan bakım verenlerin psikolojik alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda finansal sorun yaşama durumuna göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, finansal sorun yaşayan bakım verenlerin sosyal alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda finansal sorun yaşama durumuna göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, finansal sorun yaşayan bakım verenlerin çevresel alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda finansal sorun yaşama durumuna göre genel sağlık puan ortalamalarına bakıldığında, finansal sorun yaşamayan bakım verenlerin genel sağlık ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bakım verenlerin bakım konusunda finansal sorun yaşama durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, finansal sorun yaşamayan bakım verenlerin yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

4.3.16. Bakım verenlerin Ev Yaşantısında Değişiklik Olma Durumuna Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin ev yaşantısında değişiklik olma durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.22. Bakım verenlerin ev yaşantısında değişiklik olma durumuna göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ev Yaşantısı	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	GSD	WHOQOL-BREF(TR)
Evet	206	46.80±13.56	21.51±2.96	19.93±4.72	8.16±2.68	30.19±6.22	6.00±1.51	85.38±14.08
Hayır	172	38.01±18.04	20.28±3.09	17.48±2.95	7.75±1.64	26.56±4.65	5.71±1.25	77.55±11.57
df	376	t=5.39 p<0.001	t=3.91 p<0.001	t=5.83 p<0.001	t=1.78 p>0.05	t=6.22 p<0.001	t=1.93 p>0.05	t=5.83 p<0.001

Tablo 4.22’de görüldüğü gibi bakım verenlerin bakım konusunda ev yaşantısında değişiklik olma durumuna göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, ev yaşantısında değişiklik olan bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bakım verenlerin bakım konusunda ev yaşantısında değişiklik olma durumuna göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, ev yaşantısında değişiklik olan bakım verenlerin fiziksel alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bakım verenlerin bakım konusunda ev yaşantısında değişiklik olma durumuna göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, ev yaşantısında değişiklik olan bakım verenlerin psikolojik alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bakım verenlerin bakım konusunda ev yaşantısında değişiklik olma durumuna göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, ev yaşantısında değişiklik olan bakım verenlerin sosyal alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Bakım verenlerin bakım konusunda ev yaşantısında değişiklik olma durumuna göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, ev yaşantısında değişiklik olan bakım verenlerin çevresel alan ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bakım verenlerin bakım konusunda ev yaşantısında değişiklik olma durumuna göre genel sağlık puan ortalamalarına bakıldığında, ev yaşantısında değişiklik olan bakım verenlerin genel sağlık ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Bakım verenlerin

bakım konusunda ev yaşantısında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, ev yaşantısında değişiklik olan bakım verenlerin yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

4.3.17. Bakım verenlerin Hastaya Ayrılan Günlük Saat Süresine Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin hastaya ayrılan günlük saat süresine göre bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Tablo 4.23'de bakım verenlerin hastaya ayırdıkları günlük saat süresine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün 19 ve 24 saat olan bireylerde daha fazla olduğu bunu bakım yükünü 7-12 saat olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hastaya ayırdıkları günlük saat süresine göre fiziksel alan puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel alanın 19 ve 24 saat olan bireylerde daha fazla olduğu bunu fiziksel alanı 7-12 saat olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hastaya ayırdıkları günlük saat süresine göre psikolojik alan puan ortalamalarına bakıldığında, psikolojik alanın 19 ve 24 saat olan bireylerde daha fazla olduğu bunu psikolojik alanı 1-6 saat olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hastaya ayırdıkları günlük saat süresine göre sosyal alan puan ortalamalarına bakıldığında, sosyal alanın 19 ve 24 saat olan bireylerde daha fazla olduğu bunu sosyal alanı 13-18 saat olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hastaya ayırdıkları günlük saat süresine göre çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında, çevresel alanın 1-6 saat olan bireylerde daha fazla olduğu bunu çevresel alanı 19 ve 24 saat olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.23. Bakım verenlerin hastaya ayrılan günlük saat süresine göre Bakım Verme Yükü puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Günlük Saat	f	Bakım Verme Yükü	Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Genel Sağlık Durumu	WHOQOL-BREF(TR)
1-6 saat	170	41.75±16.91	20.93±3.08	18.71±3.39	7.97±2.20	28.75±6.59	5.90±1.36	81.97±13.58
7-12	46	42.04±14.27	21.02±2.91	18.04±3.65	7.84±2.11	27.69±4.76	5.50±1.27	80.10±13.10
13-18	28	39.50±16.09	20.53±3.69	18.66±3.80	8.03±2.226	28.07±5.08	5.82±1.56	80.17±14.25
19-24	136	45.12±16.07	21.08±3.05	19.29±5.20	8.05±2.45	28.67±5.26	5.97±1.44	82.73±13.58
df	3	F=1.587 p>0.05	F=0.23 p>0.05	F=1.14 p>0.05	F=0.10 p>0.05	F=0.47 p>0.05	F=1.35 p>0.05	F=0.59 p>0.05

Bakım verenlerin hastaya ayırdıkları günlük saat süresine göre genel sağlık puan ortalamalarına bakıldığında, genel sağlık durumu 19 ve 24 saat olan bireylerde daha fazla olduğu bunu genel sağlık durumu 1-6 saat olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hastaya ayırdıkları günlük saat süresine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, yaşam kalitesi 19 ve 24 saat olan bireylerde daha fazla olduğu bunu yaşam kalitesi 1-6 saat olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı evde sağlık birimlerine kayıtlı evde sağlık hizmetinden faydalanan hastaların genel özelliklerini, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu hastalara primer bakım verenlerin bakım yükü, yaşam kalitesi düzeylerini belirleyip bunlar üzerinde etkili olan faktörleri incelenmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulguların tartışması yer almaktadır. Bu bölüm ilgili literatür ışığında üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışması

Litaretürde evde bakım hizmeti alan hastaların çoğunluğunun 65 yaş üstü ve kadın oldukları bildirilmektedir. Örneğin Ankara'da 2013 yılında yapılan çalışmada evde bakım hizmeti alan hastaların % 33.2'sinin 65-69 yaş arasında olduğu ve % 67.8'inin ise kadın olduğu bildirilmektedir (64). Karaman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada evde bakım hizmeti alan hastaların % 88.1'nin 65 yaş üstü, % 61.4'ünün ise kadın olduğunu bildirmişlerdir (65). Subaşı ve Öztekin yaptıkları çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların %62.5'i kadın, % 15.3'ü 65-74 yaş grubunda ve %31.7'si okuryazar olmadıklarını bildirmişlerdir (66). Bizim çalışmamızda literatüre paralel olarak hastaların %70.5'i 65 yaş üstü, % 57.4'ü kadın, %51.7'si evli ve % 43.3'ü okur yazar değildi. Bu durum kadınlarda doğumdan sonra beklenen yaşam süresinin daha uzun olmasına bağlı olarak yaşla birlikte artan kronik hastalık ve engelliklerle karşılaşma olasılığının daha fazla olmasından kaynakladığını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastalar en fazla inme (% 24.5), diyabet (%16.4), kardiyovasküler hastalıklar(% 11.2), kanser (% 9.9), alzheimer (% 9.9), ortopedik hastalıklar(%9.1) nedeniyle evde bakım hizmeti almaktadır. Dünya'da ve ülkemizde de yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte olup inme, diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve Alzheimer ön plana çıkmaktadır. Enginyurt ve arkadaşlarının çalışmasında evde bakım hizmeti alan hastalarda en sık %20.8 ile inme ve % 16.8 ile Alzheimer görüldüğünü bildirmişlerdir (67). Ayrıca Karaman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı hastaların %51.6'sının nörolojik, % 12.8'inin solunum, % 7.3'ünün endokrin, %7.2'sinin kardiyovasküler sistem hastalıkları ve %

6.4'ünün onkolojik hastalıklara sahip olduklarını bildirmişlerdir (65). Kouta ve arkadaşlarının Kıbrıs'ta yapmış oldukları araştırmanın sonuçlarına göre hastalar en fazla diyabet, ortopedik problemler (osteoartrit, kalça/diz protezi gibi), kardiyopulmoner problemler, serebrovasküler ve kanser nedeniyle evde bakım hizmeti almaktadırlar (68).

Araştırma kapsamındaki hastaların Barthel İndeksi genel ortalaması 38.74 ± 35.27 bulunmuştur. Barthel indeksine göre hastaların (% 39.6) tam bağımlı, 137 (% 35.7) kişinin ileri derecede bağımlı, 45 kişinin (% 11.7) orta derecede bağımlı, 44(% 11,3) kişinin tam bağımsız olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların %48.6'sı giyinmede, %78.3'ü yıkanmada, % 41.3'ü tuvalet ihtiyacını karşılamada, % 43.1'i beslenmede tamamen bakım verene bağımlı oldukları tespit edilmiştir. Bekdemir'in İstanbul'da evde sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada yıkanmada % 88.8'inin, giyinmede % 79.2'sinin, tuvalet ihtiyacını karşılamada % 84.9'unun, transfer ihtiyacını karşılamada % 86.2'sinin, kontinans ihtiyacını karşılamada % 84.9'unun bakım veren bireylere bağımlı olduğu bildirmiştir (69).

5.2. Araştırma Kapsamındaki Hastalara Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmaya kapsamında bakım veren bireylerin yaş ortalaması 49.26 ± 14.23 olup bakım verenlerin çoğunluğu (%48.3) 40-60 yaş arasındadır. Litaretürde yer alan diğer çalışmalarla uyumlu olarak bakım verenlerin çoğunluğunun (% 56.1) sosyal güvencesi SSK, çoğunluğu (%77.3) evli ve çoğunluğunun (% 78.4) çocuğu olup ve ev hanımıdır (8, 35- 37, 69- 71).

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan benzer çalışmalarda bakım verenlerin önemli bir kısmını kadınlar oluşturmaktadır (35, 37). Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin %72.1'nin cinsiyeti kadındır. Bu durum hemen tüm toplumlarda hasta bakımının kadının doğal ve basit olarak yapabileceği bir görev olarak algılanmasından kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin yakınlık derecesine bakıldığında bakım verenlerin çoğunluğu (%53.0) hastanın çocukları bunu ikinci sırada eşleri (%26.1) takip etmekteydi. Yapılan çalışmalarda araştırmada olduğu gibi bakım verenlerin büyük çoğunluğunu hastaların eş ve çocukları oluşturmaktaydı (8, 61, 69, 72). Tuna ve Olgun çalışmalarında ülkeden ülkeye bakım verenlerin hastaya olan yakınlık derecesinin farklılık gösterdiğini Tayvan'da bakım verenlerin daha çok hastaların

eşleriyle, ABD’de bakım verenlerin daha çok hastanın çocukları olduğunu bildirmişlerdir (73).Türk toplumunun geleneksel yapısı aile içi ilişkileri değerli kılmakta olup bu durum hasta bakımının takdir edilen ve bakım vereni yücelten bir davranış olarak görülmesine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak aileler kurum bakımından daha çok evde bakım tercih etmekte ve bu durumda ise primer bakım verenlerin daha çok birinci dereceden yakınlarından oluşmasına neden olabilir.

Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin çoğunluğu (%56.4) 1 yıldan az süredir hastaya bakım veriyordu. Bakım verenlerin %84.1’i hasta bakımı konusunda eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. %86.3’ü hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğunu ve bu konuda %86.7’si sağlık personelinden bilgi almak istediklerini belirttiler. Bizim çalışmamızda literatürün aksine hasta bakımı konusunda bilgi alma oranı oldukça yüksek bulundu. Örneğin Koçak yaptığı çalışmada bakım verenlerin yarısına yakınının bakım verme sürelerinin 37 ay ve üzeri olduğunu (%48.6), çoğunluğunun (%91.7) bakım vermeye ilişkin eğitim almadığını bildirmiştir (71). Çelik ise yaptığı çalışmada bakım verenlerin bakım verme süresi ortalamalarını 17.4 ± 24.1 ay olarak belirlenmiş ve çoğunluğunun bakım vermeye ilişkin eğitim almadığı (%95.0) bildirmiştir (74).Çoban ise yaptığı çalışmada bakım verenlerin %90.6’sının hastalıkla ilgili daha önceden bilgi aldıklarını bildirmektedirler (75).

Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin çoğunluğu (%66.8) bakım konusunda başkalarından yardım almamaktaydılar. En fazla yardım aldıkları konu ise hastanın fiziksel bakımındaydı. Bunu yemek, ev temizliği ve parasal yardım takip etmekteydi. Bakım verenlerin %44.6’sı 1-6 saat, %36.0’sı hastaya 19-24 saat arasında bakım vermekteydi ve %75.8’i herhangi bir işte çalışmıyordu. Bakıma ayrılan sürenin artması nedeniyle bakım verenlerin %59.5’i günlük yaşamlarında değişiklik olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızla benzer olarak Koyuncu Yaşar’da çalışmasında bakım verenlerin çoğunluğunun(%38.3) 1-6 saatini bakım vermeye ayırdıklarını tespit etmiştir (76).

5.3. Araştırma Kapsamındaki Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Ve Bakım Verme Yüğü Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin bakım yüklerini tespit etmek için Bakım Verme Yüğü Ölçeğı kullanıldı. Araştırmada Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması 42.82 ± 16.29 olarak bulundu. Bu sonuca görece çalışmadaki bakım verenler orta/ileri düzeyde bakım verme yüküne sahiptir. Bizim çalışmamızla benzer olarak Bekdemir'in evde sağlık hizmeti alan yatağı bağımlı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması 43.56 ± 15.05 olarak bulmuştur (69). Mollaoğlu ve ark.ları inmeli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortalaması 33.02 ± 15.92 olarak bildirmektedirler (8).Öner'in onkoloji hastalarında yaptığı araştırmada Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortalamasını 32.11 ± 12.44 'dür (39).

Bu çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL-BREF(TR) yaşam kalitesi ölçeğı kullanıldı. Araştırma kapsamındaki hastalara bakım veren bireylerin yaşam kalitesi puan ortalaması 81.9 ± 13.5 bulunmuş; bakım veren bireylerin yaşam kalitesi her bir alt alana göre değerlendirildiğinde, fiziksel alanda 21.0 ± 3.08 , psikolojik alanda 18.8 ± 4.1 sosyal alanda 8.0 ± 2.3 , çevre alanında 28.5 ± 5.8 bulunmuştur. Çoban ve ark.larının bipolar bozukluğu olan hastalara bakım verenlerle yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi puan ortalamasını 79.8 ± 10.8 bildirmektedirler. WHOQOL-BREF(TR) yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarıyla bizim çalışmamızı kıyasladığımızda ise fiziksel, sosyal, psikolojik, çevre alan puan ortalamaları bizim çalışmamızdan yüksekti (75). Litaretürde yer alan benzer çalışmalarda bakım verme yüğü arttıkça bakım verenin yaşam kalitesinin azaldığını bildirmektedirler (74- 78). Örneğin Ribe ve arkadaşlarının İspanya'da yaptıkları çalışmada bakım verme yüğü ile yaşam kalitesi arasında güçlü negatif ilişki tespit edilmiştir (79). Bizim çalışmamızda litaretürle uyumlu olarak bakım verme yüğü ile WHOQOL-BREF(TR) yaşam kalitesi ölçeğı arasında negatif orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($r = -0.312$, $p < 0.001$). Ayrıca bakım verme yüğü arttıkça fiziksel alan, sosyal alan, çevresel alan, psikolojik alan, genel sağlık alan puanları azalmaktaydı ve çıkan sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı. Sonuç olarak araştırmada bakım verme yükünün artmasının bakım verenin yaşam kalitesinin azalttığı tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin hastanın bağımlılık düzeyine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün tam bağımlı grupta daha fazla olduğu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Taşdelen ve Ateş evde bakım verilen hastalara bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ile bakım yükünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların bağımlılık düzeyinin artmasının bakım yükünü arttırabileceğini bildirmişlerdir (80). Bu durum artan bağımlılık düzeyinin bireyin bakım ihtiyacının artmasına bunu sonucunda ise bakım verenin hasta bakımındaki rolünün artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamında hastaların Barthel İndeksinin alt boyutları olan barsak bakımı, mesane bakımı, tuvalet bakımı, kendine bakım, beslenme, giyinme, yıkanma, mobilite faaliyetlerinden aldıkları puan ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki vardır. Bu demek oluyor ki hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme becerisi arttıkça bakım verenin bakım yükü azalmaktadır. Kalav çalışmasında hastaların Barthel İndeksi puanları ile bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğunu bildirirken; Jaracz ve ark. çalışmalarında çalışmamıza benzer şekilde hastaların düşük Barthel İndeksi puanlarının bakım verenlerin bakım yükünde artış ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (81, 82). Araştırma kapsamındaki hastaların Barthel indeksinin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki varken sadece hastanın beslenme bakımı, mesane bakımı ve kendine bakımdaki becerisi ile bakım verenin yaşam kalitesi arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu tespit edildi. Bu durum özellikle bu alanlarda bakım verenin desteklenmesine ağırlık verilmesi gerektiği yönünde yorumlanabilir.

Araştırma kapsamındaki hastaları yaşlarına göre kategorize ettiğimizde 2 yaş ve altı hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Yine aynı yaş grubu hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesi ölçeğinden en düşük puanı almışlardı ($p < 0.001$). Bekdemir evde bakım hizmeti alan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastanın yaşı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığını bildirmektedir (69). Bizim çalışmamızda 2 yaş altı hastalara bakım verenlerde bakım yükünün fazla, yaşam kalitesinin ise düşük çıkması bakım verenlerin hastaların anneleri olması ve buldukları yaş grubundan anlaşıldığı üzere yeni doğum yapmış olmaları bakım verenlerin içinde buldukları süreçten daha fazla etkilenmelerine sebep olmuş olabilir.

Araştırma kapsamındaki hastaların cinsiyetlerine kategorize ettiğimizde kadın hastalara bakım verenlerin bakım yükleri puan ortalaması daha yüksek olmasına sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Ancak erkek hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalaması kadın hastalara bakım verenlere göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Bizim çalışmamızın aksine literatürde yer alan çalışmalarda hastanın cinsiyeti ile bakım yükü ve yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (69, 74). Orak ve Sezgin çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer olarak kadın hastalara bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarının daha fazla olduğunu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir (83).

Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; kadın bakım verenlerde Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ayrıca kadın bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları erkeklere göre daha düşüktür ($p<0.001$). Bizim çalışmamızın aksine literatürde yer alan bazı çalışmalarda bakım verenin cinsiyetinin bakım yükü üzerine bir etkisi olmadığını bildirmektedirler (69, 77). Buna karşın bizim çalışmamızla benzer olarak cinsiyetin bakım yüküne etkisi olduğu, erkek bakım verenlerin daha az bakım yükü yaşadıklarını bildirmişlerdir (84, 85). Araştırmada kadın bakım verenlerde bakım yükü puan ortalamasının erkeklere oranla daha yüksek olmasının nedeni kadınların bakım vermenin yanı sıra aile içi ve toplumsal sorumluluklarının erkeklere nazaran daha fazla olmasıyla açıklanabilir.

Bakım verenlerin yaş gruplarına göre Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 20-39 yaş arasında bakım verenlerde Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bunu 60 yaş üstü bakım verenlerin takip ettiği görülmüştür ($p<0.05$). Ayrıca araştırma kapsamındaki 60 yaş üstü bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Literatürde yer alan çalışmalarda bakım verenin yaşıyla birlikte bakım yükünün arttığını bildiren çalışmalar olmasına rağmen bizim çalışmamıza benzer olarak Bekdemir çalışmasında 20-25 yaş arasında bakım yükünün fazla olduğunu bunu 65 yaş üstünün takip ettiğini bildirmektedir (69, 77). Zaybak ve ark. bakım verenin yaşı ile bakım yükü arasında ilişki olmadığını bildirmektedirler (72). Genç yaş grubunda bakım verenlerde bakım yükünün fazla olmasının nedeni tecrübe eksikliğinden kaynaklanıyor olabileceği gibi sosyal hayatlarına yeterince vakit ayıramamalarından kaynaklanıyor olabilir.

İleri yaş grubunda bakım yükü puan ortalamasının yüksek olması bakım verenin artan yaşına kronik sağlık sorunlarının eklenmesine paralel olarak azalan yaşam kalitesine bağlı olabilir. Literatürde bakım verenlerin sağlık problemlerinin varlığının bakım verenin bakım sırasında yaşadığı güçlüğü artmasına dolayısıyla da bakım yükünün daha fazla yaşanmasına neden olabileceğini bildirilmektedir (86- 88).

Türk toplumunun kültürel yapısına bağlı olarak genellikle hastalara bakım verenler eş veya çocuk gibi birinci dereceden yakınlardır. Literatürdeki çalışmalarda bakım yükünün akrabalık derecesiyle ilişkili olduğu ve kültürel algıdan dolayı bakım verenin birinci dereceden yakın olduğu durumlarda bakım yükünün düşük olduğu bildirilmektedir (80, 89). Bu çalışmada ebeveynlerine bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamaları, eşine veya kardeşine bakım verenlere göre yüksekti ancak sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Bekdemir çalışmasında bakım yükünün eşine bakım verenlerde daha fazla olduğu bildirirken; Karahan en fazla bakım yükünü çocuğuna bakım verenlerin yaşadıklarını bildirmektedir (69,90). Son yıllarda değişen aile yapısı, kadınların iş hayatında daha fazla yer almalarıyla birlikte değişen sosyal rolleri evde değişmez bakım veren rolündeki kadının sorumluluğunu arttırmış bunun sonucu olarak özellikle ebeveyn bakımında insanların kurum bakımına yönelmesine ve bu durumun normal olarak algılanmasına neden olmuştur. Karahan'ın çalışmasında çocuğuna bakım verenler yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu olan psikolojik alanda en düşük puan ortalamasına sahiptirler (90). Bizim çalışmamızda ise eşine bakım verenlerde psikolojik alan puan ortalaması en düşük düzeydeydi ($p<0,05$). Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması en düşük olan grup ise çocuğuna bakım verenlerdi ($p<0,05$).

Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilere göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün bakmakla yükümlü başka bireyler olan bakım verenlerde daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bizim çalışmamızla benzer olarak Karaaslan'da çalışmasında bakım verenin bakmakla yükümlü olduğu başka kişinin varlığıyla bakım yükü arasında ilişki olmadığını bildirmektedir (91).

Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün 10 yıl ve üstü olan bireylerde daha fazla olduğu bunu bakım yükünü 1 yıldan az olan bireylerin takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Bu durum 1 yıldan kısa süredir bakım verenlerde tecrübesizlikten ve alışma sürecinden kaynaklanıyor olabilir. 10 yıl ve üzeri bakım verenlerde ise yılların verdiği yorgunluktan kaynaklanması şeklinde yorumlanabilir. Bizim çalışmamızla benzer olarak Nguyen ve ark.'da çalışmalarında bakım verme süresi ile bakım verme yükü arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı bildirmektedirler (92). Literatürde yer alan bazı çalışmalar bakım veren bireylerin bakım verdiği süre uzadığında bakım verme yükünün azaldığı bildirmektedirler (84,90).Opara ve ark. bakım verilen süre uzadıkça bakım verme yükünün arttığı tespit etmişlerdir (93).

Literatürde yer alan çalışmalarda bakım verme sürecinde sosyal destek varlığının, bakım verenlerde önemli etkilere yol açtığı ve bakım sürecinde destek alan bakım verenlerde bakım yükü puanlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (39,94). Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında; yardım almayan bireylerin yardım alan bireylere göre bakım yükü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumuna göre yaşam kalitelerine bakıldığında ise bakım konusunda yardım alan bireylerin yardım almayan bireylere göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bizim çalışmamıza benzer olarak Karahan'da çalışmasında bakım desteği alanların ve alınan yardımı yeterli bulanların yaşam kalitesi puanlarını diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (90).

Bakım verenlerin sürekli hastayla birlikte olması, rol sorumluluklarının artmasına ve buna paralel olarak kendine ve sosyal hayatına yeterince vakit ayıramamasına neden olabilir. Bu durumun sonucu ise bakım verenin bakım yükü ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilir. Araştırmada günlük 19 saat üzerinde hastayla birlikte bakım geçirenlerde bakım yükü puan ortalaması daha yüksek çıkmasına rağmen çıkan sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Litaretürün aksine bu çalışmada bakım veren bireylerin hastaya bakım vermek için ayırdıkları günlük süre ile bakım verenlerin bakım yükünü ve yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı saptandı. Bizim çalışmamızda çıkan sonuca benzer olarak Selçuk ve ark.'da çalışmalarında günlük 11 saatin üzerinde bakım verenlerde bakım yükü ortalamasının yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmektedirler ($p>0.05$) (89).

Bakım verme süreci bakım verenin hem günlük hem de ev yaşantısında değişikliklere neden olabilir. Alışılmış olan yaşantının dışına çıkıp, farklı sosyal sorumluluklar yüklenen bakım verenin ise bu koşullar altında uyum sorunu yaşamaması kaçınılmazdır. Bu çalışmada günlük yaşantı ve ev yaşantısında değişiklik olan bakım verenlerde bakım yükü puan ortalamaları değişiklik olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat diğer bir taraftan günlük ve ev yaşantısında değişiklik olan bakım verenlerde yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Ev yaşantısı ve günlük yaşantısında değişiklik yapanların yaşam kalitesi ölçeğinde özellikle çevresel ve sosyal alan puan ortalamaları daha yüksekti.

Bakım verme sürecinde pek çok bakım veren işinden uzaklaşmak zorunda kalmaktadır. Bunun sonucu olarak azalan gelire rağmen artan gider kişilerin finansal sorunlar yaşamalarına neden olabilir. Araştırma kapsamında finansal sorun yaşadıklarını ifade eden bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamaları daha yüksekken, yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel alanlarda ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları finansal sorun yaşamayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Çıkan sonuç literatürle uyumludur (48, 71).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı evde sağlık birimlerine kayıtlı ve evde sağlık hizmetinden faydalanan hastaların genel özelliklerini, bakım gereksinimlerinin tespit edip ve bu hastalara primer bakım verenlerin bakım yükü, yaşam kaliteleri düzeylerini belirleyip karşılaştırmak, bunlar üzerinde etkili olan faktörleri incelemek amacıyla planlanan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğunun 65 yaş üstü (% 87.2), kadın ve evli oldukları, okur-yazar olmadıkları saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki hastaların evde sağlık hizmeti almalarını gerekli kılan tıbbi tanılarının içinde inme (%24.5) ön plana çıkmıştır. Barthel İndeksine göre araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğunun (%39.6) tamamen yatağa bağımlı oldukları tespit edilmiştir.
- Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin çoğunluğu 40-59 yaş arasında, kadın, evli, ev hanımı ve herhangi bir işte çalışmamaktadır. Araştırma kapsamında bakım verenlerin çoğunluğunun gelir düzeyinin asgari ücretin altında olup, %33.2'si finansal sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.
- Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin çoğunluğunun infomal bakım veren kişiler ve hastaların çocukları oldukları tespit edilmiştir.
- Araştırma kapsamında bakım verenlerin yarıdan fazlasının 1 yıldan kısa süredir hastaya bakım verdikleri saptanmıştır. Bakım verenlerin çoğunluğunun (%66.8) bakım konusunda yardım almadıkları; bakım konusunda en fazla yardıma ihtiyaç duydukları alanın ise hastanın fiziksel bakımı olduğu tespit edilmiştir.
- Bakım veren bireylerin büyük bir çoğunluğu (% 84,1) hasta bakımına ilişkin hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili bilgi almaya ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.
- Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması 42.82 ± 16.29 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre çalışmadaki bakım verenler orta/ileri düzeyde bakım verme yüküne sahip oldukları tespit edilmiştir. Bakım verilen hastanın yaşı, hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerindeki kontinans, beslenme, yıkanma, giyinme, mobilite bağımlılığı ile bakım yükü arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

- Bakım verenin yaşı, cinsiyeti, hastayla yakınlık derecesi, günlük yaşantı ve ev yaşantısında değişiklik olma durumu, finansal sorun yaşamasının bakım yükü ile arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir
- Araştırma kapsamındaki hastalara bakım veren bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları 81.9 ± 13.5 bulundu. Hastanın yaşı, cinsiyeti, hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi ile bakım verenin yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bakım verenin yaşı, cinsiyeti, hastayla yakınlık derecesi, günlük yaşantı ve ev yaşantısında değişiklik olma durumu, finansal sorun yaşaması ve bakım konusunda yardım alıyor olmasıyla bakım verenin yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
- Araştırmanın bulgularına göre bakım verme yükü ile WHOQOL-BREF(TR) yaşam kalitesi ölçeği arasında negatif orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($r = -0.312$, $p < 0.001$). Ayrıca bakım verme yükü arttıkça fiziksel alan, sosyal alan, çevresel alan, psikolojik alan, genel sağlık alan puanları azalmaktaydı ve çıkan sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Sonuç olarak araştırmada bakım verme yükünün artmasının bakım verenin yaşam kalitesini azalttığı tespit edilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Ülkemizde 2010 yılında kurgulanan evde sağlık hizmeti modelinin kapsamı geliştirilmelidir. Bakım verenlerinde ihtiyaçları göz önüne alınarak ülkemiz şart ve koşullarına özgün yeni bakım modelleri geliştirilmeli ve bu doğrultuda pilot çalışmaların önünün açılması bakım verenin bakım yükünü azaltıp, yaşam kalitesini yükseltebilir.
- Sağlık profesyonellerinin hastanın yanı sıra bakım verenlerinde gereksinimlerinin farkında olup bakım verenleri ihtiyaçlarını bakım sürecine dahil etmeleri bakım yükünü azaltıp, bakım verenin yaşam kalitesi yükseltebilir
- Bakım verenlerin ihtiyaçlarına göre bakım ücretlerinin miktarlarında yapılacak yasal düzenlemeler bakım yükünü azaltmada ve bakım verenin yaşam kalitesini arttırmada etkili olabilir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf> 16.03.2017.
2. Yağcıoğlu R, Güçlü KÖ, Tekin N. Yatağa bağımlı yaşlı hasta gereksinimleri hizmet sunucuları ve Türkiye’de hizmet çeşitleri. *Turkish Family Physician* 2010, 1(3): 8-19.
3. Altındış M. Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013, 97-114, 249-62.
4. World Health Organization. Home Care In Europe. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf 16.03.2017
5. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Türk Geriatri Dergisi* 2002, 5(4): 155-9.
6. Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Türk Geriatri Dergisi* 2007, 10 (2):100- 8.
7. Akyar İ. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü., Hemşirelik.Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
8. Mollaoğlu M, Tuncay ÖF, Fertelli K.T. İnmeli hasta bakım verenlerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED* 2011, 4(3): 125- 30.
9. Özmen D, Çetinkaya A. Engelli çocuğa sahip ailelerin yaşadığı sorunlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012, 28(3): 35- 49.
10. Doğan BG, Subaşı NP. Evde Bakım. Güler Ç, Akın L (Eds). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006. Bölüm 27.
11. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F, Harris R. Early discharge hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.
12. T.C. Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10.3.2005, Sayı:25751 Başbakanlık Basımevi, Ankara.
13. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. 24.02.2011 Sayı: 8751, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

14. Australian Government Department of Health and Ageing; Community Care For Older People and People with Disabilitie: Explaining the Home and Community Care Program
http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/haccpub_commcare.htm 20.12.2016
15. Öztekin Z, Kubilay G. *Toplum Sağlığı ve Hemşireliği*, Ankara: Somgür Yayıncılık; 1995.
16. Turan S.Ö. Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2008.
17. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik.<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> 27.02.2016.
18. Paksoy Erbaydar N. Evde Bakım. İçinde: Güler Ç, I. Akın (editörler). *Halk Sağlığında Temel Bilgiler Kitabı*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012: 1870-93.
19. Işık O, Kandemir A, Erişen M, Fidan C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2016: 19(2): 171-86.
20. <http://www.palyatifbakim.org/images/palyatif/haber/hizmet-ici-egitim/evde-saglik-hizmetleri.pdf> 17.04.2017.
21. Seyyar A. Sosyal Siyaset Terimleri (Ansiklopedik Sözlük). İstanbul, Beta Yayınları, 2002.
22. Ağören V. Bakım sigortası ve Türkiye uygulamaları. Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi, T.C. Sosyal Güvenlik Kurum Başkanlığı, 2009.
23. Seyyar A. *Teorik ve Pratik Boyutlarıyla Sosyal Bakım*, Ankara, 2005.
24. Nishiwaki T, Nakamura K, Kimiko U, Fujino K, Yamamoto M. Health characteristics of elderly Japanese requiring care at home. *Tohoku J Exp Med.* .2005, 3(205): 231- 9.
25. Katz S, Amasa BF, Roland WM. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama* 1963, 12(185): 914- 9.
26. Lagergren M. ASIM: a system for monitoring and evaluating the long-term care of the elderly and disabled. *Health services research*, 1993: 28.

27. Fortinsky RH, Granger CV, Seltzer GB. The use of functional assessment in understanding home care needs. *Med Care*, 1981: 489- 97.
28. TDK.http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GT.S.57a1d06fb57470.43011568 08.09.2015
29. Baykara ZG, Hemşirelik Bakımında hemşirenin mesleki özerkliğinin değerlendirilmesi: niteliksel bir çalışma. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etiği Anabilim Dalı, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.
30. Keefe, J. Supporting Caregivers and Caregiving in an Aging Canada. http://www.irpp.org/pubs/irppstudy/irpp_study_no23.pdf 14.02.2016.
31. Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı,https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/2016WEBSITESIREVIZYON/yaslanma_ulusal_eylem_plani.pdf 12.02.2017.
32. Kasuya RT, Polgar-Bailey MP, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine* 2000, 108 (7): 119.
33. Collings S. (2006). Informal caregivers of people with schizophrenia: literature review. In: Goodhead, A. and McDonald, J. Informal Caregivers Literature Review: A report prepared for the National Health Committee. Health Services Research Centre, Victoria University of Wellington July 2007, Wellington, 16- 7.
34. Uğur Ö. Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.
35. Bodur S, Cingil DD. Bağımlı Yaşlıların aile içi bakıcılarının bakımla ilgili tutumları ve eğitimle ilişkisi. *Selçuk Tıp Dergisi* 2006, 22: 149- 57.
36. Alpteker H. 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu: Abant İzzet Baysal üniversitesi, 2008.
37. Freeman S, Kurosawa H, Ebihira S, Kohzuki M. Caregiving burden for the oldest old: A population based study of centenarian caregivers in Northern Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2010, 50 (3) : 282- 91.
38. Akpınar B. Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.

39. Öner İÖ. Onkoloji Hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2012.
40. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2009. 16(3): 32-49.
41. Schulz R, Sherwood PR, Physical and mental health effects of family caregiving. *AJN* 2008, 108 (9): 23- 7.
42. Chou KR. Caregiver Burden: A concept analiysis. *J Pediatr Nurs*2000, 15(6): 398-407.
43. Cowan MK, Gross M, Kaiser LM, Hatton DC, Westley C, Fletcher KR,. Health Risks across the life span” Foundations of Nursing in the Community: Community – Oriented Practice (Stanhope, M. and Lancaster, S. Eds.), Third ed., *Mosby*, St. Louis, 2010, 351- 83.
44. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR, Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations* 1985, 34: 19-26.
45. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Bos V. Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients, *Cancer*, 86: 577- 8.
46. Johnson RM, Gorman, LM, Bush N. Psychosocial Nursing Care AlongThe Cancer Continuum. *ONS Publishing Division, Piittsburg, Pennsylvania* 2006: 585-610.
47. Aşiret DG, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012, 2: 73- 80.
48. Yaşar F. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım verenlerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2008.
49. Tülüce D. Kalp yetersizliği olan hastaların bakım verenlerin bakım verme yükünün incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2012.
50. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz, M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü.*Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3: 513- 52.
51. Aranda S, Hayan WK. Home care givers of the person with advanced cancer: an australian perspective. *Cancer Nursing* 2001, 24(4): 300- 5.

52. Kuyken W, Orley J, Power M. The World health organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World health organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403- 9.
53. World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO, 1993.
54. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF).
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en 15.06.2016
55. Ergün A, Eti Aslan F, Varan F, Olgun N, Kuşuoğlu, S. Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları .İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F. (Editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana, Nobel Kitabevi, 2013, 3-23.
56. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998, 2(14): 1-74.
57. Ferrans, CE., Zerwic, JJ., Wilbur, JE., Larson, JL. Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship* 2005, 37(4): 336- 42.
58. Barthel M., Mahoney K., Agency For Health Care Policy and Research Publication, After Stroke Recovery Patient Guidelines Booklet; Government Printing Office Washington Dc., 2003, 23– 7.
59. Bükür N, Altuğ F, Kavlak E, Kitiş A. Huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda moral ve depresyon düzeyinin fonksiyonel durum üzerine etkisi, yaşlı sorunları. *Araştırma Dergisi*, 2010, 1: 44-53.
60. Zarit SH, Zarit JM, The memory and behavior problems checklist and the burden interview. Pennsylvania, Pennsylvania State University Gerontology Center Press, 1990.
61. İnci F. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2006.
62. Eser E, Fidaner H, Eser SY. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 1999, 7(2) :23- 40.
63. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, Ankara, Pegem Akademi, 2011.
64. Çavuş FÖ. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

65. Karaman D, Kara D, Atar NY. Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak rneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4(3) : 347– 59.
66. Subaşı N, ztek Z, Unmet Need In Turkey: Home Care Service. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2006,, 5(1) : 19– 31.
67. Enginyurt , ngel K. Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik zellikleri ve Tıbbi Durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2011: 45- 8.
68. 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(2): 376- 84.
69. Bekdemir A. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunlar ve bakım yükünün belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.
70. White CL, Poissant L, Cot-LeBlanc G. Wood-Dauphinee slong-term caregiving after stroke: the impact on caregivers' quality of life. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2006, 38(5): 354- 60.
71. Koçak G. İnmeli Hastalarda Bakım vereninin Yükü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
72. Zaybak A, Yapucu Güneş , Günay İsmailoğlu E, lker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2011. 15 (1): 48- 54.
73. 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, 41- 52.
74. elik, A. İnmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2014.
75. oban S, zkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2013, 4(2): 61- 6.

76. Koyuncu Y.S. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir: Ege Üniversitesi, 2009.
77. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH' lı hastaların bakım verenlerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Turk Toraks Dergisi* 2012, 13: 87- 92.
78. Yang, Eun-Young, and Young A. Kim. Burden and quality of life in terminal cancer patient's family caregivers in the area of Jeollanam-do. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society* 2015: 3954- 62.
79. Ribé, José M., et al. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *Int J Psychiatry Clin Pract.*2017: 1- 9.
80. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012, 9 (3): 22- 9.
81. Kalav S., İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi.
82. Jaracz K., Grabowska-Fudala B., Kozubski W. Caregiver burden after stroke: towards a structural model. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2012, 46 (3): 224- 32.
83. Orak, S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015, 6 (1): 33- 9.
84. 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- 86.
85. Bugge C., Alexander H., Hagen S. Stroke patients' informal caregivers: patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain, *Stroke* 1990. 30: 1517- 23.
86. Ise, I. B., Feys, H., De Wit, L., Putman, K., Weerdt, W. D. Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. *Disability and Rehabilitation* 2008. 30(7): 523 – 30.
87. Gayomali, C., Sutherland, S., Finkelstein, F. O. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplant* 2008, 23: 3749– 51.

88. Şahin, Z. A., Polat, E., Ergüney, S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 12(2): 1-9.
89. Selçuk Kevser T, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, (1): 1.
90. Karahan, S. Yanık hastasının yaşam kalitesinin bakım verenin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2016.
91. Karaaslan, A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tez, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2013.
92. Nguyen, D. L., Chao, D., Ma, G., Morgan, T. Quality of life and factors predictive of burden among primary caregivers of chronic liver disease patients. *Ann Gastroenterol.*, 2015. 28(1): 124.
93. Opara, J., Jaracz, K., Broła, W. Burden and quality of life in caregivers of persons with multiple sclerosis. *Neurol Neurochir Pol.* 2012, 46(5): 472- 9.
94. Yeh, P.M., Wierrega, M.E., Yuan, S.C. Influences of psychological well being, quality of caregiver-patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan, *Asian Nurs Res* 2009, 3(4): 154 -66.

EKLER

EK.1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Öğr. Gör. Neşe KARAKAŞ

Doğum Yeri : Bursa

Doğum Tarihi : 16.04.1983

Adres : İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu 44280/Malatya

İş Telefonu : (0422) 341 0051 (1222)

Cep Telefonu : (0506) 4744876

E-mail : *nese.karakas@inonu.edu.tr*

Eğitim Durumu

Lisans : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (2002-2007)

Y.Lisans : İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. (2009-2011)

Doktora : İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. (2012 -)

Y.Lisans Tezi : Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya İlinde Bir Özel Hastanedeki

Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerde Anneye Ait Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Y.L. Tez Danışmanı : Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN

Doktora Tezi : Malatya'da Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

D. Tez Danışmanı : Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN

Yabancı Dil : İngilizce

Akademik Görevler:


İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Öğretim Görevlisi
(2011-)

EK.2. ETİK KURUL BELGESİ

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
(Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)

Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
21.03.2017	7	2017/7-1

Karar No: 2017/7-1: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 21.03.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı ABD'n da Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'IN sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda Öğr. Gör. Neşe KARAKAŞ'ın "Malatya'da Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla etik onayı verilmesine; oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Saim YOLOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK.3. ANKET FORMU

Malatya’da Evde Bakım Verenlerin Bakım Yüğü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı;

Hastaların hastalıkları ve tedavi süreci hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu araştırma evde bakım hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmaktadır. Bazı sorular içeren anketin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürecektir. Araştırmaya katılıp katılmamak tamamen sizin kararınız. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Elde edilen veriler yalnız araştırmacı tarafından ve bilimsel amaçlı kullanılacak, kimlik bilgisi verilmeyecektir. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışmanın güvenilir olmasında etkili olacaktır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup içtenlikle cevaplayınız.

Katılımınız için teşekkür ederim

Araştırmacı

Öğr. Gör. Neşe KARAKAŞ

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı :

İmza:

Bakım veren Adı Soyadı:

İmza:

1.BÖLÜM

A. HASTAYA AİT ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz nedir?

1) Kadın 2) Erkek

2. Yaşınız? ()

3. Medeni durumunuz?

1. Evli 2. Bekar 3.Boşanmış 4.Dul 5.Ayrı yaşıyor

4. Kaç çocuğunuz var? ()

5.Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil

2. Okur-yazar

3. İlkokul mezunu

4. Ortaokul mezunu

5. Lise mezunu

6. Üniversite mezunu ve üzeri

6. Mesleğiniz ()

7. Sosyal güvenceniz nedir?

1. SSK 2.Bağ-kur 3.Emekli sandığı 4.Yeşil kart 5.Özel sigorta 6.Sosyal güvencesi yok

8.Tanınız (.....)

B.BARTHEL İNDEKSİ

1.Bağırsak Bakımı:

0= İnkontinans

5= Bazen kaçırma veya suppozituar koymak gibi yardıma ihtiyaç duyar

10= Kontinans

2.Mesane Bakımı:

0= İnkontinans veya kateterli veya kontrol edemez

5= Bazen tuvalete yetişemez, altına kaçıtır

10= Kontinans veya toplayıcı araç varsa bunu rahatlıkla idare eder

3.Kendine Bakım:

0= Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar

5= Yüzünü yıkar,saçını tarar, dişlerini fırçalar

4.Tuvalet Kullanımı:

0= Bağımlı

5= Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir

10= Bağımsız (Oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma)

5.Beslenme:

0= Yapamaz

5= Kesme ve yağ sürmede yardıma ihtiyaç duyar

10= Eğer yemek sağlanırsa bağımsız

6.Tekerlekli Sandalye/ Yatak transferi:

0= Tamamen yatağa bağımlı

5= Oturabilir, ancak transfer için fazla yardım gerekir

10= Transfer için çok az yardım (Sözle veya fiziksel)

15= Bağımsız

7.Mobilite:

0= Tekerlekli sandalyede oturabilir, ancak kullanamaz

5= Tekerlekli sandalyede köşeler dahil bağımsız

10= Bir kişinin yardımıyla yürüyebilir

15= Bağımsız ancak destek kullanır

8.Merdiven İnip Çıkma:

0= Yapamaz

5= Yardıma ihtiyaç duyar (Sözel/ fiziksel)

10= Bağımsız inip, çıkabilir ancak destek kullanır

9.Yıkama:

0= Yardıma ihtiyaç var

5= Bağımsız

10.Giyinme:

0= Bağımlı

5= Yardıma ihtiyaç var yarısından fazlasını yapar

10= Bağımsız

TOPLAM PUAN:

2. BÖLÜM

A.Hastaya Bakım Verene Ait Özellikler

1.Kaç yaşındasınız? ()

2.Cinsiyet:

1.Erkek 2.Kadın

3.Hasta ile olan yakınlık dereceniz

1.Anne/Baba 2. Kızı/Oğlu 3.Eşi 4.Kardeş 5.Diğer:.....

4.Medeni durumunuz nedir?

1.Evli 2.Bekar 3.Dul 4.Boşanmış 5.Ayrı yaşıyor

5.Kaç çocuğunuz var? ()

6. Mesleğiniz nedir? ()

7. Sosyal Güvenceniz nedir?

1. SSK 2.Bağ-kur 3.Emekli sandığı 4.Yeşil kart 5.Özel sigorta 6.Sosyal güvence yok

8. Çalışma durumunuz nedir ?

1)Tam gün 2)Yarım gün 3)Çalışmıyor

9. Aylık net geliriniz ne kadar?()

10. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişi/kişiler var mı?

1)Evet 2)Hayır

11. Cevabınız "Evet" ise kimlere bakıyorsunuz? ()

12.Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?/ay

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

1)Evet 2)Hayır

14.Cevabınız "Evet" ise kim/kimlerden yardım alıyorsunuz?

a)Kişi sayısı :.....

b)Yakınlık derecesi :.....

15. Hastanızın bakımında yardımcı olan bu kişiler size hangi konularda yardımcı olurlar?

- 1)Parasal yardım
- 2)Randevular
- 3)Fiziksel bakımda yardım
- 4)Ev temizliği
- 5)Yemek
- 6)Ulaşım/transport hizmeti
- 7)Diğer

16. Bakım vermeye başladığınızdan itibaren günlük yaşantınızda değişiklik oldu mu?

- 1) Evet (.....)
- 2) Hayır

17. Hastaya bakım verdiğinizden beri finansal sorunlar yaşıyor musunuz ?

- 1)Evet (.....)
- 2)Hayır

18.Hastaya bakım verdiğinizden beri ev yaşantınızda değişim oldu mu?

- 1)Evet(.....)
- 2)Hayır

19. Hastanın işlerini yapmak için ayırdığınız günlük saat miktarı ne kadar? (.....)

20. Hasta bakımında yapılan işler: (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Temizlik
- 2) Beslenme
- 3) Hareket
- 4) Boşaltım
- 5) Tedavi
- 6) Ekonomik işler
- 7) Diğer

21.Hastanızın bakımına ilişkin bilgi aldınız mı?

- 1)Evet
- 2)Hayır

22.Hangi konularda bilgi almak isterdiniz

- 1) Hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili
- 2)Tedavi ile ilgili
- 3)Kontroller ilgili
- 4)Diğer:

23. Tercih ettiğiniz öğrenme şekli (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- 1)Sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından bana anlatılmasını isterim.
- 2)Yazılı bilgilerin bana verilmesini isterim.
- 3)Görerek/yaparak öğrenmek isterim.
- 4)Başka hasta yakınlarıyla tanışmak, görüşmek ve onların deneyimlerinden yararlanmak isterim

B. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Açıklama:

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

	0	1	2	3	4
1.Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
2.Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
3.Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
4.Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
5.Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
6.Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
7.Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
8.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
9.Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
10.Yakınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
11.Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
12.Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman

Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Devamı)

13.Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
14.Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
15.Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
16.Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
17.Yakınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
18.Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
19.Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
20.Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
21.Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
22.Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlüğ yaşıyorsunuz?	Hiç	Biraz	Orta	Oldukça	Aşırı

c) WHOQOL-BREF(TR)

Açıklama:

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her sorunun ölçeğinde size en uygun yanıtı işaretleyiniz.

1.Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok kötü Biraz kötü Ne iyi,ne kötü Oldukça iyi Çok iyi

2.Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10. Günlük yaşamı sürdürmeniz için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

13.Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

14.Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız var?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15.Bedensel hareketlilik(etrafta dolaşabilme,bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

Çok kötü Biraz kötü Ne iyi,ne kötü Oldukça iyi Çok iyi

16.Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

17.Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

18.İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

19.Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

20.Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

21.Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

22.Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

23.Yaşadığınız yerin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

24.Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

25.Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

26. Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?

Hiçbir zaman Nadiren Ara sıra Çoğunlukla Her zaman

27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

EK.4.**Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Madde Korelasyon Katsayıları ve Cronbach α Değeri**

		Alt Grup	
Boyut	Madde No	r	p
Bakım Verme Yüğü Ölçeği	M1	,432	0,00
	M2	,675	0,00
	M3	,715	0,00
	M4	,723	0,00
	M5	,493	0,00
	M6	,698	0,00
	M7	,568	0,00
	M8	,597	0,00
	M9	,629	0,00
	M10	,545	0,00
	M11	,761	0,00
	M12	,778	0,00
	M13	,741	0,00
	M14	,614	0,00
	M15	,666	0,00
	M16	,708	0,00
	M17	,660	0,00
	M18	,605	0,00
	M19	,555	0,00
	M20	,384	0,00
	M21	,591	0,00
	M22	,690	0,00
Toplam Cronbach α :		0,91	

EK.5.**WHOQOL-BREF(TR) Ölçeği Alt Boyut Puan Madde Korelasyon Katsayıları ve Cronbach α Değeri**

Boyut	Madde No	Alt Grup	
		r	p
Fiziksel Alan	M3	,344	0,00
	M4	,498	0,00
	M10	,514	0,00
	M15	,590	0,00
	M16	,578	0,00
	M17	,794	0,00
	M18	,575	0,00
	Cronbach α :	0,83	
	Psikolojik Alan	M5	,057
M6		,499	0,00
M7		,545	0,00
M11		,417	0,00
M19		,478	0,00
M26		,488	0,00
Cronbach α :		0,76	
Sosyal Alan	M20	,637	0,00
	M21	,516	0,00
	M22	,622	0,00
	Cronbach α :	0,75	

EK.5.**WHOQOL-BREF(TR) Ölçeği Alt Boyut Puan Madde Korelasyon Katsayıları ve Cronbach α Değeri (Devamı)**

Çevresel Alan	M8	,549	0,00
	M9	,520	0,00
	M12	,522	0,00
	M13	,492	0,00
	M14	,489	0,00
	M23	,499	0,00
	M24	,527	0,00
	M25	,620	0,00
	M27	,426	0,00
	Cronbach α :		0,78
	Genel Sağlık Durumu	M1	,591
M2		,591	0,00
Cronbach α :			0,73
Toplam Cronbach α:			0,83

EK.6.Kurum İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı 94346804-771
Konu Araştırma İzni

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 18/04/2017 tarihli ve 59728196-8472 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Neşe KARAKAŞ tarafından, Genel Sekreterliğimize bağlı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesinde 26 Mayıs 2017-26 Ağustos 2017 tarihleri arasında yapılacak olan "Malatyada Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu bilimsel araştırma çalışmasının, ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Harun KURT
Genel Sekreter V.

EKLER:
Protokol

GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZALASLI İLE AYNIDIR
25.05.2017...
Mehmet DOĞAN
Teknisyen

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği

Faks No:4223245601

e-Posta:nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Malatya Kamu Hastaneleri Birliği
Eğitim Birimi N. KARA khb44.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6ea6050b-68d9-4d1d-96a9-65c81a09ef6c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nesrin KARA

Unvan:EBE

Telefon No:4223245603 (2036)

PROTOKOL

11PARAFLAR: Madde 1

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı Malatya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Neşe KARAKAŞ arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleşeceği kurum/kuruluşlar: **Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesi**

Çalışmanın adı: **"Malatyada Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** konulu araştırma çalışması.

Bu çalışmayı yürütecek olan kişi/kişiler: Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN (Sorumlu Araştırmacı), Neşe KARAKAŞ
Konusu: madde 2

Bu protokol ilimiz sınırları içinde Malatya Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri yapılan koruyucu sağlık hizmetleri çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verilerini içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilere yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Malatya Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinde de yararlanılacaksa ayrıca Genel Sekreterlikten onay alınacaktır.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

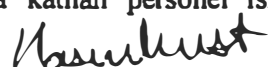
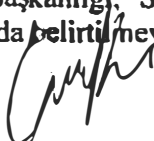
Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmalarına katılan ve protokolle tespit edilen kişilerde değişiklik yapılması ya da yeni kişilerin çalışmaya dahil edilmesi ancak Genel Sekreterliğin onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün Süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda bir hafta süre ile çalışmalarını yürütecektir.
- Başlangıç-Bitiş Tarihleri : **26 Mayıs 2017-26 Ağustos 2017**
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir. İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

- Çalışma üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Genel Sekreterliğimize teslim edilecektir.
- Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilemediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/tez/proje... vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirilecekse ayrıca Genel Sekreterlik oluru alınacaktır.
- Her çalışmanın biri Genel Sekreterlik personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.
- Yapılacak çalışmalarda Protokole ek Genel Sekreterlik oluru da alınacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kurulundan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kuruluşların (hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Çalışmaya katılan personel isimleri çalışmada belirtilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.



PROTOKOL

- h) Özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva etmeyecektir.
İ) Maddi kazanç elde etmek amaçlı yapmamak koşullarına uymak kaydıyla yapılmasına karar verilmiştir.

Taraflar:

24.05.2017
Neşe KARAKAŞ
Öğretim Görevlisi



Harun Kurt
24.05/2017
Dr. Harun KURT
İdari Hizmetler Başkanı

Harun Kurt
Olur
24.05/2017
Dr. Harun KURT
Genel Sekreter V.