

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLI HASTAYA BAKIM
VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Kevser IŞIK
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

Yüksek Lisans Tezi-2015

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

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLI HASTAYA BAKIM VERENLERİN
BAKIM YÜKÜ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Kevser IŞIK

**Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Tezi**


**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

**MALATYA
2015**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Kevser IŞIK**'ın "**Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23/07/2015


Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Sevinç POLAT
Bozok Üniversitesi
Üye



Yrd.Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
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 .../.../2015 tarih ve 2015/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | viii |
| TABLolar DİZİNİ..... | ix |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı ve Epidemiyolojisi | 3 |
| 2.2. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi | 3 |
| 2.3. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması | 4 |
| 2.4. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları..... | 4 |
| 2.5. Kalp Yetersizliğinde Tanı..... | 5 |
| 2.6. Kalp Yetersizliğinin Komplikasyonları | 6 |
| 2.7. Kalp Yetersizliğinde Tedavi ve Bakım..... | 7 |
| 2.8. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı..... | 7 |
| 2.9. Bakım Verme | 8 |
| 2.10. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Bireye Bakım Verme Durumu | 8 |
| 2.11. Bakım Verme Yüğü | 9 |
| 2.12. Kalp Yetersizliğinde Bakım Verme..... | 9 |
| 2.13. Anksiyete ve Belirtileri | 10 |
| 2.14. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerde Anksiyete | 12 |
| 3. MATERYAL VE METOT | 14 |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 14 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman | 14 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme..... | 14 |
| 3.4. Verilerin Toplanması | 15 |
| 3.4.1. Veri Toplama Araçları | 15 |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri | 16 |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi | 17 |
| 3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri | 17 |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği | 17 |

| | |
|--|----|
| 4. BULGULAR..... | 18 |
| 5. TARTIŞMA | 26 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 31 |
| KAYNAKLAR | 32 |
| EKLER..... | 41 |
| EK-1. Özgeçmiş..... | 41 |
| EK-2. Bakım Vereni Tanıtıcı Anket Formu | 42 |
| EK-3. Yaşlı Hastayı Tanıtıcı Anket Formu | 44 |
| EK-4. Bakım Yüğü Ölçeğı (BYÖ) | 45 |
| EK-5. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)..... | 46 |
| Şu anda sakinim | 46 |
| EK-6. TÖTM Başhekimliğı İzin | 47 |
| EK-7. Etik Kurul Onayı | 48 |

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans yapmamda büyük desteğini gördüğüm Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, tezimin her aşamasındaki katkılardan dolayı danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a, kız kardeşim Zeliha IŞIK'a, her zaman sevgi ve desteklerini gördüğüm sevgili aileme ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta yakınlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kevser IŞIK

ÖZET

Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi

Amaç: Araştırma kalp yetersizliği olan yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Haziran 2013-Temmuz 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kardiyoloji servisinde kalp yetersizliği tanısıyla yatmakta olan 65 yaş ve üzeri yaşlı hastaya hastaneye yatmadan önce ve hastanede bakım veren 290 kişi oluşturmuştur. Örneklemi; bu hastanede kalp yetersizliği tanısıyla yatmakta olan 65 yaş ve üzeri yaşlı hastaya bakım veren, evreni bilinen örneklem formülüne göre hesaplanmış 165 bakım veren oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan bakım veren bireyi tanıtıcı anket formu, yaşlı hastayı tanıtıcı anket formu, bakım yükü ölçeği ve durumluk sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından kardiyoloji servisinde yaşlı hastalara bakım veren aile bireyleri ile yüz-yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U, ANOVA ve Korelasyon kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada bakım verenlerin çoğunluğunun kadın, evli, kız çocuklarının bakım verdikleri ve çoğunluğunun bakım vermeden memnun olduğu belirlenmiştir. Araştırmada yaş, çalışma durumu, kronik hastalık, yaşlıya yakınlık derecesi, bakım vermektan memnun olmanın bakım yükünü; yaş, kronik hastalık, yaşlıya yakınlık derecesi ve bakım vermektan memnun olma gibi faktörlerin anksiyete düzeyini etkiledikleri saptanmıştır.

Sonuç: Bakım yükü arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerini azaltmak için sağlık ekibi üyeleri özellikle hemşireler tarafından desteklenmesini ve danışmanlık programlarının arttırılmasını önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Kalp Yetersizliği, Bakım Veren, Bakım Yükü, Anksiyete, Hemşire

ABSTRACT

Determining The Burden of Caregiving and The Anxiety Levels of Caregivers in charge of elderly patients with heart failure

Aim: The aim of this descriptive study is to determine the burden of caregiving and the anxiety levels of caregivers in charge of elderly patients with heart failure.

Material and Method: This study was done between June, 2013 and July, 2015. The study universe consisted in 290 caregivers in charge of patients aged 65 or more who were hospitalized in the İnönü University Turgut Ozalp Medical Center Cardiology Department with a diagnosis of heart failure. A total of 165 caregivers made up the study sample, a size calculated according to a formula applicable to a known study universe. Tools for data collection were a personal data questionnaire for the caregiver and the patient, respectively, a Caregiver Burden Scale and the State-Trait Anxiety Inventory. Data were registered using face-to-face interviews between the investigator and the caregiving family members of the patients. Descriptive data were summarized as absolute numbers and percentage; independent group comparisons used the t-test, the Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests, analysis of variance and Pearson's correlation coefficient.

Results: This research found that most of the caregivers were married and single females, and that many of the caregivers were satisfied with the care they gave. It was determined that age, working status, chronic disease, level of intimacy with the geriatric patients and being satisfied with care-giving affected the burden of care-giving. Age, chronic disease, level of intimacy with the geriatric patients and being satisfied with caregiving also affected anxiety levels.

Conclusion: It has been determined that an increased care burden increases anxiety levels. In accordance with these results, support of caregivers by the health care professional team, especially the nurses, and increased counseling programs may be proposed to reduce the caregiving load and anxiety levels in the caregivers.

Key Words: Elderly, Heart Failure, Caregiver, Burden of Caregiving, Anxiety, Nurse

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|-------------|---|
| BYÖ | : Bakım Yüğü Ölçeği |
| ESC | : Avrupa Kardiyoloji Derneği |
| KY | : Kalp Yetersizliği |
| NYHA | : New York Kalp Cemiyeti |
| SPSS | : Statistical Package for the Social Sciences |
| STAI | : Strait-Trait Anxiety Inventory |
| TÖTM | : Turgut Özal Tıp Merkezi |

TABLolar DİZİNİ

| Tablo No | | Sayfa No |
|--------------------|--|-----------------|
| Tablo 4.1. | Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı | 18 |
| Tablo 4.2. | Yaşlı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı | 19 |
| Tablo 4.3. | Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları | 20 |
| Tablo 4.4. | Bakım Verenlerin Yaş Gruplarına Göre Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 20 |
| Tablo 4.5. | Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 21 |
| Tablo 4.6. | Bakım Verenlerin Medeni Durumlarına Göre Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 21 |
| Tablo 4.7. | Bakım Verenlerin Çalışma Durumlarına Göre Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 22 |
| Tablo 4.8. | Bakım Verenlerin Kronik Hastalığın Bulunma Durumuna Göre Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 22 |
| Tablo 4.9. | Bakım Verenlerin Yaşlıya Yakınlık Derecesine Göre Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 23 |
| Tablo 4.10. | Bakım Verenlerin Bakım Vermekten Memnun Olma Durumlarına Göre Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 24 |
| Tablo 4.11. | Bakım Verenlerin Yaşlıya Bakım Verme Süresine Göre Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 24 |
| Tablo 4.12. | Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki | 25 |

1. GİRİŞ

Günümüzde gelişen teknoloji nedeniyle kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin engellenebilmesi ve toplumların yaşlanması ile kalp yetersizliğinin görülme oranı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. KY özellikle yaşlılarda yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olmakta ve hastaneye yatan hastaların yaklaşık %80'ini yaşlı hastalar oluşturmaktadır (1-4). Her yıl 2.4 milyonun üzerinde hasta KY nedeniyle hastaneye yapmakta ve yaklaşık 300.000 hasta hayatını kaybetmektedir (5).

Dünya genelinde 23 milyonun üzerinde kalp yetersizliği hastası bulunmaktadır (6). Ülkemizde ise kalp yetersizliğinin genel nüfustaki prevalansı %0.3-2 arasında değişmekle birlikte 65 yaş üstü bireylerde KY %3-5; 75 üstü yaşta ise %25 oranında görülmektedir (7).

Yaşlanma ile birlikte yaşlılara özgü birçok sorun ortaya çıkmakta ve bu sorunların başında bakım sorunları ve bakım veren ihtiyacı yer almaktadır. Hem ülkemizde hem de gelişmiş ülkelerde yaşlı hastaların bakımı aile bireyleri tarafından yerine getirilmektedir. Aile içerisinde bakım verenlerin çoğunu kadınlar oluştururken bu durum son yıllarda değişmiş ve erkek bakım verenlerin sayısında da artış gözlenmiştir. Bakım veren kişinin sorumlulukları arttıkça bakım verme daha zor bir duruma gelmekte ve bakım veren birey üzerinde yük oluşturabilmektedir (8-11).

Zincir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin yüksek düzeyde bakım yükü yaşadıkları ve kadın bakım verenlerin erkeklere oranla daha fazla yük hissettikleri belirlenmiştir (12). Bakım verenlerin yaşamış oldukları yükün bilinmesi ve ortaya çıkarılması hem bakım verenler hem de bakım alanlar için büyük önem taşımaktadır (13).

Kalp yetersizliği tanı aşamasından itibaren uzun bir bakım süreci gerektirmekte ve bakım verenleri fiziksel, psikolojik, ekonomik ve manevi yönden etkileyerek ağır bir yük oluşturmaktadır (14). Aile bireylerinden bakım verenlerin psikolojik sağlıkları negatif yönde etkilenmektedir. Algılanan bakım yükü arttıkça bakım verenler daha fazla

anksiyete ve depresyon yaşamaktadırlar. Özellikle yaşı hastaya bakım verenlerde yüksek oranda stres, anksiyete, depresyon yaygın bir şekilde görülmektedir (15-17).

Kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlerin %45'inde depresif belirtiler görülmektedir (18). Harkness tarafından yapılan bir çalışmada kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlerin %48'inin anksiyete yaşadıklarını saptamıştır (19).

Verilen araştırma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi bakım yükünün artması bakım verenlerin anksiyete ve depresif semptomlar yaşamasına neden olabilir. Bu durum KY olan hastanın bakımına doğrudan yansiyarak tedavi sürecini, hastalıkla mücadele gücünü dolayısıyla yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bakım verenlerin yükü ve anksiyete düzeyi çok önemli olmasına rağmen literatür taramasında bu konuyla ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle bakım yükü ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi hemşirelik yaklaşımının planlanmasında önemlidir.

Amaç

Bu araştırma kalp yetersizliği olan yaşı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı ve Epidemiyolojisi

İnsidans ve prevelans oranları yönünden önemli bir yere sahip olan kalp yetersizliği, kalbin dokuların metabolik ihtiyacını karşılayacak ölçüde oksijen sunamaması ile sonuçlanan klinik bir sendromdur (20, 21). KY bir hastalık değil çeşitli kalp hastalıklarının komplikasyonu olarak ortaya çıkan klinik bir tablodur (22).

Dünyada kalp yetersizliği prevelansı son 20-30 yılda hızlı bir artış göstererek önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaktadır. Nüfusun yaşlanması, güncel tedavi ile risk taşıyan hastaların daha uzun yaşaması ve akut koroner olaylardaki ölüm oranının düşmesi nedeniyle toplam kalp yetersizliği prevalansı ve insidansı artış göstermektedir. (23, 31).

Gelişmiş ülkelerde erişkin toplumun yaklaşık %1-2'sinde kalp yetersizliğine rastlanmaktadır (21). KY prevalansı Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 6 milyon, Avrupa'da ise 6,5 milyonu geçmektedir. Türkiye'de 3-4 milyona yakın kişide kalp yetersizliği sorunu bulunmaktadır (24). Kalp yetersizliği hastalarının yaklaşık beşte dördünü 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Özellikle yetmiş yaşından sonra kalp yetersizliği prevalansı artmakla birlikte, 40-59 yaş grubunda %2 civarında, 60-69 yaş grubunda yaklaşık %5, 70 yaşın üzerinde ise yaklaşık %10 oranında görülmektedir. Kalp yetersizliği mortalite hızı yaşlı bireylerde gençlere oranla daha yüksektir (25). Özellikle 65 üstü yaşlı hastalarda hastaneye yatış nedenleri arasında en sık karşılaşılan neden KY ve bütün yatışların %5-10'unu oluşturmaktadır (20).

2.2. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi

Kalp yetersizliğinin birçok nedeni bulunmaktadır. Koroner arter hastalığı, aritmiler, diyabet ve hipertansiyon en sık görülen etiyolojik nedenler arasında yer almaktadır. Ayrıca kardiyomiyopati, aort yetersizliği ve stenozu, koroner iskemisi, akut miyokart infarktüsü gibi kanlanma yetersizliği yaratan durumlar, miyokardit, kardiyomiyopati, miyokardın ileri derecede hipertrofisi, miyokard rüptürü gibi kalp kasının kendi hastalığı, viral enfeksiyonlar, alkol kullanımını ve bazı kemoterapötik ilaçlar kalp yetersizliğine neden olabilmektedir (22, 26).

Yaşlı bireylerde kalp yetersizliği prevalansının yüksek olmasının başlıca nedenleri ise; yaşlanmaya bağlı biyolojik faktörler, kardiyovasküler risk faktörlerine daha uzun süre maruz kalma ve yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan diğer hastalıkların eşlik etmesidir. Kalp yetersizliğinin en sık görülen iki nedeninden biri koroner kalp hastalığı, diğeri ise hipertansiyondur. Her ikisi de yaşla birlikte arttığından dolayı yaşlı bireylerde kalp yetersizliği görülme oranı artmaktadır (27).

2.3. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

New York Kalp Cemiyeti (NYHA) kalp yetersizliğini 4 kategoride sınıflandırmıştır.

| | |
|-----------|---|
| Sınıf I | Günlük olağan fiziksel aktivitelerinde kısıtlanma olmayan kap hastaları |
| Sınıf II | Fiziksel aktivitelerinde hafif kısıtlanma olan kalp hastaları (örn. yol yürümekle nefes darlığı olması) |
| Sınıf III | Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlanma olması, ev içinde yürümek gibi çok hafif aktivitelerle bile semptomların ortaya çıkması |
| Sınıf IV | İstirahatte bile nefes darlığı olması |

Kaynak (7).

New York Kalp Cemiyeti (NYHA) kalp yetersizliği tanısı almış sınıf IV'de olan hastaların bir yıllık sağkalım oranının %40'ın altında olduğunu belirtmektedir (28).

2.4. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları

Kalp yetersizliği tanısı özellikle erken evrelerde zor olabilmektedir. Kalp yetmezliğinde tablonun ağırlık derecesine göre fizik muayene bulguları değişmektedir. Belirti ve bulguları saptamak obez, yaşlı ve kronik akciğer hastalığı olanlarda daha da zorlaşabilmektedir. 2008 Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzuna göre kalp yetersizliğinin belirti ve bulguları; (29, 30).

| Baskın Klinik Özellik | Belirtiler | Bulgular |
|---|--|---|
| Periferik ödem/konjesyon | Nefes darlığı, yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık | Periferik ödem, Juguler ven basıncında artış Pulmoner ödem Hepatomegali, asit |
| Akciğer ödemi | Dinlenme sırasında şiddetli nefes darlığı | Sıvı retansiyonu, Kaşeksi, Akciğerlerde krepitasyon ya da Raller, Efüzyon, Taşikardi, Takipne |
| Kardiyojenik şok (düşük kalp debisi sendromları) | Konfüzyon, güçsüzlük, periferde soğukluk | Yetersiz periferik perfüzyon SKB <90 mmHg Anüri ya da oligüri |
| Yüksek kan basıncı (hipertansif kalp yetersizliği) | Nefes darlığı | Genellikle KB yükselmesi, LV hipertrofisi |
| Sağ kalp yetersizliği | Nefes darlığı Halsizlik | Juguler ven basıncında artış, Periferik ödem, Hepatomegali, Barsaklarda konjesyon |

Kaynak (23)

2.5. Kalp Yetersizliğinde Tanı

Kalp yetersizliğinin tanısı için anamnez ve fizik muayenenin yanı sıra;

Elektrokardiyografi: Kalp yetersizliğinden kuşulanılan bütün hastalarda elektrokardiyografi (EKG) yapılmalıdır. Kalp yetersizliği'nden kuşku duyulan hastalarda elektrokardiyografik değişiklikler yaygındır (23, 30).

Toraks grafisi: Kalp yetersizliğinde toraks grafisi tanısız incelemelerin temel bileşenlerinden biridir. Pulmoner konjesyonun değerlendirilmesine olanak verir ve dispne ye yol açan önemli bazı pulmoner ya da torasik nedenleri ortaya çıkarabilir (23, 30).

Laboratuvar testleri: Kalp Yetersizliği'nden kuşkulanılan hastalarda rutin tanısal değerlendirmede tam kan sayımı (hemoglobin, lökosit ve trombosit değerleri), serum elektrolitleri, serum kreatinin, tahmini glomerül filtrasyon hızı (GFR), glukoz, karaciğer işlev testleri ve idrar tahlili yapılır.

Ekokardiyografi: Kalp yetersizliği veya kardiyak işlev bozukluğu tanısının ekokardiyografiyle doğrulanması zorunludur ve kalp yetersizliğinden kuşkulanıldığında bu test hemen yapılmalıdır. Ekokardiyografi kolayca erişilebilen, invazif olmayan, hızlı ve güvenli bir yöntemdir ve kalp anatomisi (hacimler, geometri, kütle), duvar hareketi ve kapak işlevi hakkında kapsamlı bilgi sağlar (23, 30).

Natriüretik peptidler: Natriüretik peptidlerin plazma konsantrasyonları kalp yetersizliği tanısında ve kesinleşmiş kronik kalp yetersizliği hastalarının tedavisinde yararlı biyolojik göstergeler oluşturmaktadır. Tanı, evreleme, hastaneye yatırma/taburcu etme kararlarında ve klinik olay riski olan hastaları belirlemede bu testlerden yararlanılmaktadır (23, 30).

2.6. Kalp Yetersizliğinin Komplikasyonları

Ritm bozuklukları kalp yetersizliğinin hem nedeni hem de komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir.

- Plevral effüzyon,
- Hepatomegali,
- Renal yetersizlik,
- Akciğer ödemi,
- Kardiyojenik şok,
- Trombozis gibi komplikasyonlar görülebilir (30, 31).

2.7. Kalp Yetersizliğinde Tedavi ve Bakım

Kalp yetersizliği tedavisi, mortaliteyi, gereksiz hastane yatışlarını azaltmak, dispne, yorgunluk, depresyon, anksiyete ve kognitif bozuklukları yönetmek için kompleks bir klinik tedavi ve beslenme tedavisini kapsamaktadır (14).

Kalp yetersizliğinde optimal tedavi olarak risk faktörlerinin kontrolü, hastanın eğitimi, medikal tedavi ve gerekirse kalp içi cihazların kullanımını içerir. Toplumun yaşlanmasıyla birlikte kalp içine yerleştirilen cihaz sayısı da artış göstermektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde kalıcı pace-maker takılanların %50'den fazlası 70 yaşın üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Tedavinin hedefi semptomları ortadan kaldırmak, kaliteli yaşam sağlamak, hastaneye yatışları azaltmak ve ömrü uzatmaktır. Kalp yetersizliğinin kontrol altına alınmasında dört temel tedavi ve bakım yaklaşımı vardır. Bunlar;

- İstirahat, diyet uygulaması ve yaşam tarzı düzenlemesi,
- Diüretikler,
- Dijital ve diğer pozitif inotrop ilaçlar,
- Vazodilatör ilaçlar (22, 27).

2.8. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı

Kalp yetersizliği, farmakolojik ve nonfarmakolojik yönleriyle bakımda multidisipliner ekip çalışmasını gerektiren bir hastalıktır. Hemşire ekip üyeleri arasında işbirliğini sağlayarak, hasta bakımı, eğitimi ve öz bakım uygulamalarını sürdürür. Kalp yetersizliğinde hemşirelik bakımının amaçları; belirtileri azaltmak (dispne, yorgunluk vb.), periferel ödemi azaltmak, egzersiz toleransını arttırmak, farmakolojik tedavinin etkilerini değerlendirmek, kronik kalp yetersizliği ile ilgili komplikasyonları önlemek/belirti-bulgularını erken saptamak ve hasta/aile eğitimidir (32). Hemşirelik bakımının içeriği;

- Hasta Eğitimi,
- Öz bakım,

- İhtiyaç duyan hastaları gerekli bölümlere yönlendirmedi (20).

Hastanın bakımı ve eğitimi bireyin sağlık sorununu çözümlenmede, belli bir sistematik yöntemle hemşirelik bakımı vermeyi sağlayan hemşirelik süreci doğrultusunda sürdürülmelidir (33). Uygulanan hemşirelik bakımı bireyi ve aileyi kapsayacak şekilde planlanmalıdır ve bireyin kendi bakımına direk katılımı sağlanmalıdır. Yaşam kalitesini yükseltecek, hasta ve ailesini de kapsayan eğitim programları uygulanmalı, bireyler düzenli olarak takip edilmelidir. Hasta ve ailenin eğitimi, sonraki hastaneye yatışları önlemede önemli bir faktördür (20).

2.9. Bakım Verme

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir ve tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel, fiziksel ya da maddi destek vermeyi içermektedir. Bakım verme, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok zorluğunda yaşanmasına yol açabilmektedir. Bakıma gereksinim duyan bireylere sosyal bakım hizmeti formal ve informal bakım olmak üzere iki şekilde sunulabilir. Formal bakım, resmi ve özel kurumlar ile sağlık ve sosyal hizmetler desteği veren gönüllü kuruluşların verdiği hizmetlerdir. İnfomal bakım ise aile, yakın akraba, komşu ve arkadaşların verdiği hizmetleri kapsamaktadır (34, 35).

2.10. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Bireye Bakım Verme Durumu

Yaşlı nüfusun artışına paralel olarak yaşlıların bakım sorunu toplumların önemli bir problemi haline gelmektedir. Yaşlı bireyin bakımında aile üyeleri önemli bir sorumluluk almaktadır. Yaşlı bireyin bakım sorumluluğu %75-80 oranında kadınlar tarafından yerine getirilmektedir. Yaşlı bireylerin bakımı birincil olarak eş, kız çocukları ve gelinler üstlenmektedir (36, 37). Ülkemizde de yaşlıların bakımı aile üyeleri özellikle de kadınlar ve eşler tarafından yürütülmektedir (38). Akça ve Taşçı tarafından yapılan 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi isimli çalışmada bakım verenlerin %96.9’unun kadın olduğu belirlenmiştir (39).

2.11. Bakım Verme Yüğü

Bakım verme yüğü kavramı ilk olarak 1960'lı yılların başında Grad ve Sainburg tarafından tanımlanmıştır (40). Bakım verme yüğü; yaşlı, kronik hastalığı ya da yetersizliği olan aile üyesi veya bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi ve kendini baskı altında hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (34).

Bakım verme yüğü objektif ve subjektif olmak üzere iki şekilde ortaya çıkabilmektedir. Objektif yük; fiziksel işler ve bakım sonucu ortaya çıkan güçlükleri ifade etmektedir. Bakım verenin bakmakla sorumlu olduğu bireyin gereksinimlerini karşılarken harcadığı zaman ve enerji olarak tanımlanmaktadır. Bakım veren birey tarafından algılanan yük ise subjektif yüğü ifade etmektedir. Bakım veren sıkıntı, suçluk duygusu, kaygı, umutsuzluk, öfke, tükenmişlik gibi subjektif yük yaşayabilmektedirler (41-43).

Günümüz sağlık sisteminde ayaktan tedavi ve evde bakımın benimsenmesi nedeniyle kronik hastalıklı bireylere bakım veren bireylerin bakım verme yüğü artmıştır. Bakım veren bireyde kronik hastalık nedeniyle yaşanan duygusal güçlükler, fiziksel gerilemeler, belirsizlik durumları, hastayı kaybetme korkusu, ekonomik güçlükler, temel ihtiyaçların beklenen düzeyde karşılanamaması gibi durumlar bakım verenin desteğe gereksinimi olduğunu göstermektedir (44).

Gopalan ve Brannon'un aile bakım verenlerin bakım stresini belirlemeye yönelik yaptıkları araştırma sonucunda bakım verenlerde, hipertansiyon, bağışıklık sisteminin zayıflaması, depresyon, anksiyete görüldüğü saptanmıştır. Bu semptomların kadın bakım verenlerde erkeklere oranla altı kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (46).

Balaban tarafından yapılan araştırma sonucunda bakım verenlerin bakım yüğü ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu, bakım yüğü arttıkça anksiyete ve depresyon seviyesinin de arttığı saptanmıştır (47).

2.12. Kalp Yetersizliğinde Bakım Verme

Kalp yetersizliği gibi kronik hastalığı olan hastaların bakım gereksinimlerinin çoğu aile üyeleri tarafından yerine getirilmektedir (16). Bakım verenler kalp yetersizliği olan hastalara bakım verirken büyük bir yük yaşamaktadırlar. Buna paralel olarak

yaşam kaliteleri ve iyilik düzeyleri risk altına girmektedir (48). Kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında aile üyesi olan bakım verenlerin (eş, çocuk vs.) büyük desteği ve yararı olmaktadır (49).

Kalp yetersizliği olan hastaların hastalığın prognozu ile sosyal ilişkiler arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Murbery ve Bru tarafından yapılan çalışmada sosyal izolasyon, kalp yetersizliğinin şiddeti ve yaş ile hastaların mortalite oranında önemli belirleyici olduklarını bulmuşlardır (50). Kalp yetersizliği olan hastalara verilen sosyal desteğin hastalığın prognozu üzerinde yararlı etkileri bulunmaktadır (49).

Kalp yetersizliği olan hastalara bakım veren aile üyeleri fiziksel aktivitelerinin sınırlanması, sosyal izolasyon, uyku problemleri, seksüel aktivitede değişiklik, anksiyete, depresyon gibi problemler yaşayabilmektedir. Özellikle hastalarda meydana gelen bilişsel bozukluklar bakım verenlerin stres ve anksiyete düzeyini arttırmaktadır (16, 49).

Peter ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlerin yüksek oranda depresif semptomlar ve bakım yükü yaşadığı ve buna paralel yaşam kalitelerinin azaldığı bulunmuştur (48).

2.13. Anksiyete ve Belirtileri

Anksiyete her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı çeşitli fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, hoş olmayan sıkıntı, korku ve endişe duygusudur (51, 52). Anksiyeteyi hisseden kişi, sanki kötü bir şey olacaktı gibi nedeni belirsiz bir sıkıntı ve endişe duygusu algılar. Bu duygu hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik dereceye varan değişik yoğunlukta olabilir (52). Anksiyete yaşantısının iki bileşeni vardır. Kişi, anksiyete yaşadığının hem bilişsel hem de fizyolojik olarak farkına varır. Bilişsel açıdan anksiyete kişide düşünme, algılama ve öğrenmeyi etkiler. Algılamada çarpıtma, kişi, yer ve zaman yönelimiyle ilgili bozukluklar, yoğunlaşma zorlukları ortaya çıkabilir. Anksiyete düzeyi yüksek kişilerin tehlike olarak algıladıkları uyarılarla ilgili dikkatleri seçici olarak artmıştır (53).

Anksiyete bir bütün olarak sinir sistemini uyarır. Böbreküstü bezleriyle koordinasyon halinde olması homeostazis için gereklidir. Anksiyetesi olan birey bu

durumdan kurtulmak için ya sorunla savaşır ya da sorundan uzaklaşır. Anksiyete yaşayan bireyde; huzursuzluk, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, sesinde heyecanlı titreklik, çabuk irkilme, çabuk sinirlenme, sabırsızlık, yerinde duramama, zor konuşma, endişeli hal, huzursuzluk ve gerginlik mevcuttur (52, 54).

Anksiyete yaşayan bireyde fizyolojik olarak;

- Kan basıncında yükselme,
- Kalp atımının hızlanması,
- Kaslarda gerginlik,
- Çarpıntı,
- Göz bebeklerinde genişleme,
- Ağız kuruması,
- Yüzde solukluk ve kızarma,
- Terleme
- Sık idrara çıkma,
- Soluk almada güçlük,
- Aşırı yemek yeme ya da su içme,
- Üşüme, sıcak-soğuk basmaları
- Gerçekdışılaşma (derealization), öze yabancılaşma (depersonalizasyon),
- Ellerde ve ayaklarda uyuşukluk ve karıncalanmalar gibi belirtiler görülür (52, 54).

Anksiyete bozukluklarının oluşumunda bozuk aile içi ilişkilerinin önemli bir yeri vardır. Anksiyete, bağlanılan ebeveynden gerçek ya da hayali bir ayrılmaya karşı güvensiz bir yanıttır. Ebeveynin çocuğa gereken ilgiyi göstermemesi, aşırı koruyucu tutum anksiyete bozukluklarına zemin hazırlayan faktörlerdir (53). Anksiyete

bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görülmektedir (54).

2.14. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerde Anksiyete

Kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenler birçok zorlukla mücadele etmek zorunda kalabilmektedirler. Bireysel bakım, duygusal ve motive edici destek, ev işleri, hasta ile iletişim, mali konular vs. bakım verenler tarafından algılanan zorluklar arasında yer almaktadır. Yaşanan bu zorluklara ek olarak aile üyeleri, yaşamlarındaki değişiklik ve stresli durumlara adapte olmak, bunlarla baş etmek için gerekli becerilerin yoksunluğunu ve yaşamlarında kontrolün kaybolduğunu da hissedebilmektedirler. Hastanın bakım gereksinimleri, rol fonksiyonunda değişiklik, maddi güçlükler sonucu bakım verenler evliliklerinde gerginlik ve çatışma yaşanabilmekte, rol gerginliği veya rol çatışması sonucu aile üyeleri arasında rol geçişi olabilmektedir. Bakım verenler kendi fiziksel ve emosyonel gereksinimlerini ihmal edebilmekte ve tükenmişlik yaşayabilmektedir. Tükenmişlik yaşayan bir bakım veren; fiziksel yorgunluk, stres, irritabilite, depresyon, baş ağrısı, bitkinlik, diğer fiziksel semptomlar, yeme şeklinde değişiklik, madde kullanımı deneyimleyebilmektedirler (14, 55).

Sürekli olarak bakım isteyen veya destekleyici bakım isteyen yaşlı hastaya bakım verme bakım verenin duruma adaptasyonunu güçleştirmektedir. Bakım vermekten kaynaklanan fiziksel bitkinlik ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyete de artışa neden olabilmektedir. Depresyon ve anksiyetede ki artış, bakım verendeki eski unutulmuş çatışmaların, düş kırıklıklarının yeniden canlanmasına ve bu ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla bu fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve iş güçlükleri bakım verenlerin kaygıları üzerinde etkili olabilmektedir (56). Hasta ve bakım veren arasındaki duygusal yükün fazla olması, bakım verenin kişisel sağlık problemleri, yeterli sosyal desteği alamıyor olmaları, boş zaman ve sosyal aktivite kısıtlılığı gibi faktörler bu kişilerde depresyon ve anksiyete gelişimini arttıran faktörler arasında yer almaktadır (57).

Özyeşil ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma sonucunda yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü arttıkça anksiyete düzeylerinin de önemli derecede arttığı belirlenmiştir (56).

Bakas ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada bakım verenlerin bakım işlevinden dolayı emosyonel iyilik dzelerinin kötüleştiğini, fiziksel sağlıklarının bozulduğu, bakım verme rolünden dolayı daha çok stres ve anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (58).

Zincir ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlerin yüksek oranda bakım yükü ve anksiyete yaşadıkları, kadın bakım verenlerde erkeklere oranla daha fazla bakım yükü ve anksiyete saptanmıştır (12).

Bakım verenlerin yaşamış oldukları bakım yükü, stres ve anksiyete düzeyini en aza indirebilmek için destek sistemleri oluşturulmalıdır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kardiyoloji servisinde Haziran 2013-Temmuz 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kardiyoloji servisinde kalp yetersizliği tanısıyla yatmakta olan 65 yaş ve üzeri yaşlı hastaya hastaneye yatmadan önce ve hastanede bakım veren 290 kişi oluşturmuştur. Örneklemi ise; İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kardiyoloji Servis’inde kalp yetersizliği tanısıyla yatmakta olan 65 yaş ve üzeri yaşlı hastaya bakım veren, evreni bilinen örneklem formülüne göre hesaplanmış 165 bakım veren oluşturmuştur.

$$n = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{(N-1) \times d^2 + t^2 \times p \times q}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir (57).

$$\begin{aligned} n &= \frac{N \times t^2 \times p \times q}{(N-1) \times d^2 + t^2 \times p \times q} = \frac{290 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{289 \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50} \\ &= 165 \end{aligned}$$

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Bakım verenin evde ve hastane sürecinde yaşlı hastaya bakması,
- Bakım verenin 18 yaş ve üzerinde olması,
- Bakım verenin yaşlı ile arasında bir akrabalık bağının bulunması,
- Bakım verenin algılama, işitme, konuşma probleminin olmaması,
- Bakım verenin daha önceden KY nedeniyle yakınını kaybetmemiş olması,

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Şubat-Haziran 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Anket Formu, Yaşlı Hastayı Tanıtıcı Anket Formu, Bakım Yükü Ölçeği (BYÖ) ve Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hafta içi iki iş günü (Çarşamba-Perşembe) kardiyoloji servisinde yaşlı hastalara bakım veren aile bireyleri ile yüz-yüze görüşme tekniğiyle toplanmış ve görüşme ortalama 20-30 dk. sürmüştür. Anketler araştırmacı tarafından bakım verenlerin verdiği cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Bakım Vereni Tanıtıcı Anket Formu (Ek-2)

Bakım vereni tanıtıcı özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, aylık gelir, çocuk sayısı ve yaşlının tanıtıcı özelliklerini içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

Yaşlı Hastayı Tanıtıcı Anket Formu (Ek-3)

Yaşlı bireyi tanıtıcı özellikler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve kronik hastalığının süresi olmak üzere toplam 5 sorudan oluşmaktadır.

Bakım Yükü Ölçeği (BYÖ) (Ek-4)

Bakım Yükü Ölçeği Zarit ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir. Ölçek bakım verenin sağlık, sosyal, emosyonel iyilik, finansal durum ve kişiler arası

ilişkileri belirleyen 22 sorudan oluşmaktadır. Ülkemizde ölçeğin kliniğe uyarlanan şeklinin Türkçe geçerlik güvenirliği Özer ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık”, “hemen hemen her zaman” şeklinde 0’dan 4’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeyi içeren 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 0-72 arasında değişmekte olup, ölçek puanındaki artma bakım yükünü de arttırmaktadır. Ölçeğin Cronbach’s alpha katsayısı 0.81 ile 0.83 arasında değişmektedir (58). Bu çalışmada Cronbach’s alpha katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) (Ek-5)

İlk olarak 1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında yapılmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği ile 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar, bireyin içinde bulunduğu durumu hissetme derecesine göre; (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi oluşan şıklardan birini işaretleyerek cevaplandırılır. Sürekli Kaygı maddelerinde ifade edilen duygu davranışları ise; sıklık derecesine göre; (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde cevaplandırılır. Durumluk Kaygı Ölçeği’nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği’nde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) madde ters çevrilir. Ölçeğin Cronbach’s alpha katsayısı ‘Durumluk Kaygı Ölçeği’ için 0.94 ile 0.96 arasında; ‘Sürekli Kaygı Ölçeği’ için 0.83 ile 0.87 arasında bulunmuştur (59, 60). Bu çalışmada Durumluk kaygı ölçeği’ Cronbach’s alpha katsayısı 0.94, sürekli kaygı ölçeği Cronbach’s alpha katsayısı 0.83 bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri
- Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Bakım yükü
- Anksiyete düzeyi

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde, ölçek toplam puanı ile tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U ve ANOVA; Bakım Yükü Ölçeği ve Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ yanılıgı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği 'nden (**EK-6**) ve Malatya Klinik Araştırmaları Etik Kurul'undan yazılı izin alınmıştır (**EK-7**). Araştırmada kullanılan Bakım Yükü Ölçeği' nin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan Özer'den sözlü izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere anket formları hakkında bilgi verilip elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanmış ve sözlü onayları alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle sonuçlar araştırma kapsamındaki gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Kalp yetersizliği olan yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde verilmiştir.

Tablo 4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:165)

| Özellikler | S | % |
|------------------------------------|-----|------|
| Yaş | | |
| 18-38 | 56 | 33.9 |
| 39-59 | 77 | 46.7 |
| 60 ve üzeri | 32 | 19.4 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 124 | 75.2 |
| Erkek | 41 | 24.8 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 130 | 78.8 |
| Bekar | 35 | 21.2 |
| Eğitim Düzeyi | | |
| Okuryazar değil | 28 | 17.0 |
| İlkokul | 87 | 52.8 |
| Ortaöğretim | 35 | 21.2 |
| Üniversite ve üzeri | 15 | 9.0 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 32 | 19.4 |
| Çalışmıyor | 133 | 80.6 |
| Sosyal Güvence | | |
| Var | 114 | 69.1 |
| Yok | 51 | 30.9 |
| Gelir Durumu | | |
| Gelir giderden az | 91 | 55.2 |
| Gelir gidere denk | 74 | 44.8 |
| Kronik Hastalık | | |
| Var | 51 | 30.9 |
| Yok | 114 | 69.1 |
| Yaşlı ile yakınlık derecesi | | |
| Eşi | 36 | 21.8 |
| Kızı | 52 | 31.5 |
| Oğlu | 27 | 16.4 |
| Torunu | 27 | 16.3 |
| Gelini | 23 | 14.0 |
| Bakım vermekten memnun olma | | |
| Evet | 140 | 84.8 |
| Hayır | 25 | 15.2 |
| Yaşlıya bakım verme süresi | | |
| 1-5 yıl | 131 | 79.4 |
| 6-10 yıl | 21 | 12.7 |
| 11 ve üzeri yıl | 13 | 7.9 |

Bakım verenlerin yaş ortalaması 45.08 ± 13.7 yaş (18-78), %46.7'sinin 39-59 yaş aralığında, %75.2'sinin kadın, %78.8'inin evli, %52.8'i ilkokul mezunu, %80.6'sının herhangi bir işte çalışmadıkları, %69.1'inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %55.2'sinin gelirinin giderden az olduğu, %69.1'inin herhangi bir kronik hastalığının bulunmadığı belirlenmiştir. Yaşlı hastaya bakım verenlerin %31.5'inin kızı, %84.8'inin bakım vermektan memnun olduğu, %79.4'ünün 1-5 yıl arası yaşlı hastaya bakım verdiği saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Yaşlı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:165)

| Özellikler | S | % |
|--------------------------------|-------------------------------|----------|
| Yaş | | |
| 65-74 | 113 | 68.5 |
| 75-84 | 43 | 26.0 |
| 85 ve üzeri | 9 | 5.5 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 91 | 55.2 |
| Erkek | 74 | 44.8 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 85 | 51.5 |
| Bekar | 80 | 48.5 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okuryazar değil | 99 | 60.0 |
| İlkokul | 56 | 34.0 |
| Ortaöğretim | 10 | 6.0 |
| Yaşının hastalık süresi | | |
| 1-5 yıl | 117 | 70.9 |
| 6 ve üzeri yıl | 48 | 29.1 |
| Yaş ortalaması | 72.30 ± 6.17 (X \pm SS) | |

Kalp yetersizliği olan yaşlı hastaların yaş ortalaması 72.30 ± 6.17 yıldır. Yaşlı hastaların %68.5'i 65-74 yaş grubundadır. Bu hastaların %55.2'si kadındır. Yaşlı hastaların %60.0'ının okur yazar olmadığı, %70.9'unun 1-5 yıl arası kalp yetersizliği hastalığının olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Bakım Verenlerin Bakım Yükü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:165)

| | Min | Max | X ± SS |
|----------------------------------|------------|------------|---------------|
| Bakım Yükü | 0.0 | 72.0 | 38.5±18.9 |
| Durumluk Anksiyete Düzeyi | 33.0 | 51.0 | 42.66±3.60 |
| Sürekli Aksiyete Düzeyi | 40.0 | 66.0 | 49.69±4.40 |

Tablo 4.3.'de bakım verenlerin bakım yükü ve durumluk-sürekli anksiyete puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması 38.5±18.9'dur (min 0, max 72). Bakım verenlerin durumluk anksiyete puan ortalaması 42.66±3.60 (min 33, max 51), sürekli anksiyete puan ortalaması ise 49.69±4.40 (min 40, max 66) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4. Bakım Verenlerin Yaş Gruplarına Göre Bakım Yükü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:165)

| | | Bakım Yükü | Durumluk Anksiyete | Sürekli Anksiyete |
|--------------------|----------|-------------------|---------------------------|--------------------------|
| Yaş Gurubu | S | X ± SS | X ± SS | X ± SS |
| 18-38 | 56 | 34.76±14.78 | 43.01±3.23 | 48.58±3.95 |
| 39-59 | 77 | 38.09±19.96 | 42.31±3.66 | 49.84±4.71 |
| 60 ve üzeri | 32 | 46.21±21.05 | 42.87±4.08 | 51.25±3.95 |
| | | F:3.90 | F:0.69 | F:3.94 |
| df:2 | | p: .022 | p: .503 | p: .021 |

Tablo 4.4'de bakım verenlerin yaş gruplarına göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün 60 ve üzeri yaş grubunda daha fazla olduğu ve bunu 39-59 yaş grubunun takip ettiği gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yaş gruplarına göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında ise 18-38 yaş grubunda durumluk anksiyete puanının diğer gruplara oranla daha fazla olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu

($p>0.05$), 60 ve üzeri yaş grubunda ise sürekli anksiyete puanının diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Yükü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:165)

| Cinsiyet | S | Bakım Yükü | Durumluk Anksiyete | Sürekli Anksiyete |
|----------|----|-------------|--------------------|-------------------|
| | | X ± SS | X ± SS | X ± SS |
| Kadın | 56 | 39.83±19.03 | 42.41±3.67 | 49.49±4.27 |
| Erkek | 77 | 34.60±18.26 | 43.41±3.31 | 50.29±0.74 |
| | | t:1.540 | t:-1.552 | t:-1.010 |
| df:163 | | p: .126 | p: .123 | p: .314 |

Tablo 4.5.'de bakım verenlerin cinsiyetlerine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Cinsiyete göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında ise erkeklerde hem durumluk hem de sürekli anksiyete puanının kadınlara oranla yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Bakım Verenlerin Medeni Durumlarına Göre Bakım Yükü ile Durumluk- Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:165)

| Medeni durum | S | Bakım Yükü | Durumluk Anksiyete | Sürekli Anksiyete |
|--------------|-----|-------------|--------------------|-------------------|
| | | X ± SS | X ± SS | X ± SS |
| Evli | 130 | 38.86±19.86 | 42.40±3.69 | 49.94±4.52 |
| Bekar | 35 | 37.34±15.10 | 43.62±3.10 | 48.74±3.82 |
| | | t:0.420 | t:-1.803 | t:1.440 |
| df:163 | | p: .675 | p: .073 | p: .152 |

Tablo 4.6'da bakım verenlerin medeni durumlarına göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün evli olanlarda bekar olanlara oranla daha fazla olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Medeni duruma göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında ise bekar

olanların durumluk, evli olanların sürekli anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Bakım Verenlerin Çalışma Durumlarına Göre Bakım Yükü ile Durumluk- Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:165)

| | | Bakım Yükü | Durumluk Anksiyete | Sürekli Anksiyete |
|-----------------------|----------|-------------------|---------------------------|--------------------------|
| Çalışma durumu | S | X ± SS | X ± SS | X ± SS |
| Çalışıyor | 32 | 31.09±15.41 | 42.37±3.29 | 48.43±4.28 |
| Çalışmıyor | 133 | 40.33±19.30 | 42.72±3.68 | 49.99±4.39 |
| | | t:-2.519 | t:-0.498 | t:-1.807 |
| df:163 | | p: .013 | p: .619 | p: .073 |

Tablo 4.7.'de bakım verenlerin çalışma durumlarına göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün çalışmayanlarda, çalışanlara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma durumlarına göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında ise çalışmayanların hem durumluk hem de sürekli anksiyete puanının daha yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Bakım Verenlerin Kronik Hastalığın Bulunma Durumuna Göre Bakım Yükü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:165)

| | | Bakım Yükü | Durumluk Anksiyete | Sürekli Anksiyete |
|---|----------|-------------------|---------------------------|--------------------------|
| Kronik hastalığın bulunma durumu | S | X ± SS | X ± SS | X ± SS |
| Var | 51 | 42.96±23.44 | 42.56±4.13 | 50.98±4.35 |
| Yok | 114 | 36.56±16.24 | 42.70±3.35 | 49.11±4.31 |
| | | t:2.026 | t:-0.219 | t:2.559 |
| df:163 | | p: .044 | p: .827 | p: .011 |

Tablo 4.8.'de bakım verenlerin kronik hastalığın bulunma durumuna göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün kronik hastalığı olanların kronik hastalığı olmayanlara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kronik hastalık bulunmasına göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında ise kronik hastalığı olanların sürekli anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Bakım Verenlerin Yaşlıya Yakınlık Derecesine Göre Bakım Yükü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:165)

| Yaşlıya yakınlık derecesi | S | Bakım Yükü | Durumluk Anksiyete | Sürekli Anksiyete |
|---------------------------|----|-------------|--------------------|-------------------|
| | | X ± SS | X ± SS | X ± SS |
| Eşi | 36 | 43.66±22.28 | 43.25±3.95 | 51.00±3.82 |
| Kızı | 52 | 38.13±19.15 | 42.67±3.39 | 49.84±4.11 |
| Oğlu | 27 | 33.44±18.29 | 43.18±3.88 | 50.48±5.20 |
| Torunu | 27 | 30.77±14.84 | 42.88±2.63 | 48.51±4.00 |
| Gelini | 23 | 46.52±12.59 | 40.82±3.82 | 47.73±4.65 |
| KW | | 14.460 | 6.457 | 9.554 |
| | | p: .006 | p: .168 | p: .049 |

Tablo 4.9.'da bakım verenlerin yaşlıya yakınlık derecesine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün, gelin olanlarda diğerlerine oranla daha yüksek olduğu, bunu eşlerin takip ettiği ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verenlerin yaşlıya yakınlık derecesine göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında, eşlerin ve oğulların hem durumluk hem de sürekli anksiyete puanlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yakınlık düzeyi ile anksiyete puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Bakım Verenlerin Bakım Vermekten Memnun Olma Durumlarına Göre Bakım Yükü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:165)

| | | Bakım Yükü | Durumluk Anksiyete | Sürekli Anksiyete |
|--|----------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Bakım vermekten memnun olma | S | X ± SS | X ± SS | X ± SS |
| Evet | 140 | 35.35±16.95 | 42.73±3.46 | 49.27±4.08 |
| Hayır | 25 | 56.40±19.76 | 42.24±4.34 | 52.04±5.39 |
| MW-U | | 747.500 | 1623.500 | 1228.000 |
| | | p: .000 | p: .563 | p: .017 |

Tablo 4.10.'da bakım verenlerin bakım vermekten memnun olma durumlarına göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım yükünün, bakım vermekten memnun olmayanlarda daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım vermekten memnun olma durumlarına göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında ise bakım vermekten memnun olmayanların hem durumluk hem de sürekli anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arası farkın süreklilik anksiyetede önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Bakım Verenlerin Yaşlıya Bakım Verme Süresine Göre Bakım Yükü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:165)

| | | Bakım Yükü | Durumluk Anksiyete | Sürekli Anksiyete |
|---------------------------|----------|-------------------|---------------------------|--------------------------|
| Bakım verme süresi | S | X ± SS | X ± SS | X ± SS |
| 1-5 yıl | 131 | 38.78±18.97 | 42.77±3.49 | 49.64±4.26 |
| 6-10 yıl | 21 | 37.66±17.74 | 42.28±3.62 | 50.00±4.32 |
| 11 ve üzeri yıl | 13 | 37.46±21.63 | 42.15±4.74 | 49.69±6.06 |
| | | F:0.200 | F:1.327 | F:0.516 |
| df:2 | | p: .905 | p: .515 | p: .773 |

Tablo 4.11.'de bakım verenlerin yaşlıya bakım verme süresine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında bakım yükünün, 1-5 yıl bakım verenlerde daha

yüksek olmakla birlikte gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Yaşlı hastaya bakım verme süresine göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında ise 1-5 yıl bakım verenlerin durumluluk, 6-10 yıl bakım verenlerin ise sürekli anksiyete puanlarının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Bakım Verenlerin Bakım Yükü ile Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n:165)

| | Bakım Yükü Ölçeği | | Sürekli Anksiyete | |
|---------------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|
| | r | p | r | p |
| Durumluk Anksiyete | -0.020 | 0.800 | 0.202** | 0.009 |
| Sürekli Anksiyete | 0.166* | 0.033 | | |

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Tablo 4.12’de bakım verenlerin bakım yükü ile durumluk-sürekli anksiyete arasındaki ilişki incelendiğinde, bakım yükü ile sürekli anksiyete arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bakım yükü arttıkça sürekli anksiyete puanının arttığı saptanmıştır. Bakım verenlerin durumluk-sürekli anksiyeteleri arasında pozitif yönde ilişki olduğu durumluk anksiyete düzeyinin artmasıyla sürekli anksiyete düzeyinin de arttığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Kalp yetersizliği olan yaşı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada bakım verenlerden yaşı 60 ve üzerinde olanların bakım yükünün daha fazla olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Saunders tarafından yapılan bir çalışmada yaş arttıkça bakım yükünde arttığı belirlenmiştir (63). Araştırma sonucu bu çalışma ve literatürdeki benzer çalışmalarla paralellik gösterirken bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir (61, 62). Şahin ve arkadaşları ile Tel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda yaş arttıkça bakım yükünün azaldığı belirlenmiştir (64, 65). İlerleyen yaş ile sağlık problemlerinin arttığı ve bu nedenle bakım vermenin zorlaştığı düşünülmektedir.

Araştırmada 18-38 yaş arası bakım verenlerin durumluk anksiyete düzeyinin diğerlerine oranla daha fazla olduğu fakat gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur. Sürekli anksiyete puanının ise 60 ve üzeri yaş grubunda daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Carter ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaş arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitesinin arttığı, daha az psikolojik sorunlar ve anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (66). Chung ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin yaşı arttıkça depresif semptomların azaldığı saptanmıştır (67). Bu çalışmalarla araştırma bulgusu farklılık göstermektedir. Artan yaşla birlikte bakım vermenin zorlaşması ve bakım verenlerin geleceğe yönelik belirsizlik yaşamaları nedeniyle anksiyete seviyesinin arttığı söylenebilir.

Araştırmada istatistiksel olarak önemsiz olmakla birlikte kadın bakım verenlerin bakım yükünün erkeklere oranla daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Tülüce tarafından yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere oranla daha fazla bakım yükü yaşadığı saptanmıştır (68). Bu araştırmanın sonuçları literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (69-71). Kadınların erkeklere oranla daha fazla bakım yükü yaşamasında bakım verme işleviyle etkin bir şekilde baş edememeleri, bakım verme

haricinde başka sorumluluklarının olması, yeterli ve etkin destek sistemlerinin bulunmamasından kaynaklanabilir.

Araştırmada erkek bakım verenlerin hem durumluk hem de sürekli anksiyete puan ortalamalarının kadınlara oranla daha fazla olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Büyükbayram tarafından yapılan çalışmada kadın bakım verenlerin erkeklere oranla daha fazla anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (72). Schulz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların erkeklere oranla iki kat daha fazla depresif semptomlar yaşadığı bulunmuştur (73). Yapılan diğer bir çalışmada da kadın bakım verenlerin erkeklere oranla daha fazla depresyon ve anksiyete yaşadıkları ve yaşam doyumlarının erkeklerden daha az olduğu saptanmıştır (74). Bu sonuçlar ile araştırma bulgusu farklılık göstermektedir. Toplumumuzda bakım verme görevi büyük çoğunlukla kadınlar tarafından yerine getirilmektedir. Erkekler bu konuda daha az görev üstlendikleri için bakım verme kendilerine kalınca başaramama endişesi ile daha fazla anksiyete yaşamış olabilirler.

Araştırmada evli bakım verenlerin bekarlara oranla bakım yükünün daha fazla olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Işık, Dunbar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da evli olan bakım verenlerin bakım yükünün bekarlara oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (69, 75). Evli olan bakım verenlerin günlük yaşamda daha çok sorumluluklarının bulunmasından (ev işi, çocuk bakımı vs.) dolayı bekarlara oranla daha fazla bakım yükü yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırmada çalışmayan bakım verenlerin çalışanlara oranla bakım yükünün daha fazla olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Zaybak ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada çalışmayan bakım verenlerin bakım yükünün, çalışanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (76). Arpacı tarafından yapılan çalışmada da özellikle yaşlı bireye bakım veren çalışmayan kadınların çalışanlara göre daha fazla bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir (77). Bu çalışmalarla araştırma bulgusu paralellik göstermektedir. Çalışmayan bakım verenlerin yaşlı hastaya verdiği günlük bakım süresinin daha fazla olması nedeniyle çalışanlara oranla daha fazla bakım yükü yaşamış olabilirler.

Araştırmada çalışmayan bakım verenlerin hem durumluk hem de sürekli anksiyete puanlarının çalışan bakım verenlere oranla daha fazla olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Park ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bakım verme esnasında çalışmayan bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düşerek daha fazla yük, anksiyete, depresyon ve bakım yükü yaşadıkları belirlenmiştir (78). Dew ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da çalışmayan bakım verenlerde depresyon ve anksiyete ile ilgili hastalıkların yükseldiği bulunmuştur (79). Bu sonuçlar ile araştırma bulgusu benzerlik göstermektedir. Çalışmayan bakım verenlerin hem hasta ile geçirdiği zaman diliminin fazla olması hem de çalışmadıklarından dolayı maddi sıkıntı yaşayabileceklerinden dolayı anksiyete ve depresyon yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırmada kronik hastalığı olan bakım verenlerin bakım yükünün, kronik hastalığı olmayanlara oranla daha fazla olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Yaşar, Mollaoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da kronik hastalığı olan bakım verenlerin bakım yükünün kronik hastalığı olmayanlara oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (37, 61). Literatürde bakım verenlerin sağlık problemlerinin bulunmasının hastaya sunulan bakımın kalitesini düşürerek bakım yükü yaşanmasına yol açabileceği belirtilmektedir (65, 80).

Araştırmada kronik hastalığı olmayan bakım verenlerin durumluk anksiyete puanının daha yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur. Sürekli anksiyete puanı ise kronik hastalığı olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Büyükbayram tarafından yapılan çalışmada herhangi bir hastalığı olan bakım verenlerin anksiyete puanının herhangi bir hastalığı olmayanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (72). Kronik hastalığı olan bakım verenlerin bakım verme haricinde kendi sağlık problemlerinin olmasının ilave strese neden olarak daha fazla anksiyete yaşamalarına etken olabilir.

Araştırmada gelin bakım verenlerin diğerlerine oranla daha fazla bakım yükü yaşadığı ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Işık tarafından yapılan çalışmada da gelin bakım verenlerin daha fazla bakım yükü yaşadığı saptanmıştır (69). Bu çalışma Işık'ın çalışması ile paralellik göstermektedir.

Ataerkil toplumlarda oğul eşi diğere bir ifadeyle gelinler yaşının tüm ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlüdür (38). Eşleri nedeniyle bakım görevini yerine getiren gelinlerin bakım verme rolünü istemeyerek üstlenmiş olmaları ve kendi evlerindeki sorumluluklarına bağlı olarak daha fazla yük yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırmada eşine bakım verenlerin hem durumluk anksiyete hem de sürekli anksiyete puanının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu, durumluk anksiyetede gruplar arası farkın önemsiz, sürekli anksiyete ise önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Yaşlı hastaya bakım vereninde yaşlı olması ilerleyen dönemlerde bakım yükünün artmasına ve yaşlı hastayı kaybetme duygusunun anksiyete düzeyinin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Chung ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da eş bakım verenlerin yüksek oranda anksiyete ve depresyon yaşadıkları bulunmuştur (81). Pihla ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eş bakım verenlerin anksiyete ve depresyon düzeyinin yaşlı hastanın yaşı ile ilişkili olduğu ve hastanın yaşı arttıkça anksiyete ve depresyonunda arttığı belirlenmiştir (82). Bu araştırmanın bulguları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada bakım vermektan memnun olmayanların bakım vermektan memnun olanlara oranla bakım yükünün daha fazla olduğu ve gruplara arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Işık, Koçak tarafından yapılan çalışmalarda da bakım vermektan memnun olmayanların bakım yükünün daha fazla olduğu belirlenmiştir (69, 83). Bu çalışmalarla araştırma bulgusu paralellik göstermektedir. Bakım da memnuniyet kavramı bakım veren bireyin bakmakla sorumlu olduğu bireye karşı pozitif yaklaşımını ve olumlu etkisini ifade etmektedir (84). Bakım verme rolünü istemeyerek yerine getiren bireylerin bu role adaptasyonları zor ve güç olduğundan daha fazla bakım yükü yaşamış olabilirler.

Araştırmada bakım vermektan memnun olmayanların sürekli anksiyete puanının yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Prasad ve Rani tarafından yapılan çalışmada bakım verenin ileri yaşta olması ve düşük gelir düzeyine sahip olmasının bakımdan memnuniyeti olumsuz yönde etkilediği ve bu durumun anksiyete ile stres düzeyini arttırdığı saptanmıştır (85). Bu çalışma ile Prasad ve Rani'nin sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bakım görevini

isteyerek yerine getirmeyen bakım verenin daha çok zorlanması ve her şeyi olumsuz olarak algılamasından dolayı anksiyete yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırmada bakım yükü ile sürekli anksiyete arasında pozitif yönde ilişki olduğu bakım yükü arttıkça sürekli anksiyetesinin arttığı saptanmıştır. Araştırmada ayrıca bakım verenlerin durumluk anksiyete ile sürekli anksiyeteleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Özyeşil ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da bakım yükü ile durumluk ve sürekli anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (54). Bakım verme bakım verenin psikolojik sağlığını ve iyilik düzeyini olumsuz yönde etkileyebileceğinden dolayı bakım verenin anksiyete düzeyinin arttığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalp yetersizliği olan yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Yaşlı hastaya çoğunlukla kız çocuklarının baktığı ve bakım verenlerin çoğunluğunun evli ve ilkokul mezunu olduğu, çalışmadığı, gelir giderden az olduğu saptanmıştır.
- Yaşlı hastaların çoğunluğunun kadın, evli, okur-yazar olmadığı ve 1-5 yıldır kalp yetersizliğinin olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmada bakım verenin yaşı, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, yaşlı hastaya yakınlık derecesi ve bakım vermekten memnun olma durumunun bakım yükü üzerine etkili olduğu; cinsiyet, medeni durum, bakım verme süresinin ise bakım yükünü etkilemediği bulunmuştur.
- Araştırmada bakım verenin yaşı, kronik hastalığa sahip olma durumu, yaşlı hastaya yakınlık derecesi ve bakım vermekten memnun olma durumunun anksiyete düzeyini etkilediği; cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, bakım verme süresinin ise anksiyeteyi etkilemediği saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım verenlerin bakım yükünü azaltmak için öncelikli yaşanan sorunlara yönelik sağlık ekibi, temelde de hemşireler tarafından eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Bakım verenlerin yaşadığı anksiyete ve bakım yükünü azaltmak için fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönlerden desteklenmesi,
- Bakım verenlerin kendilerinde bazı belirtiler (mutsuzluk, stres, sorunlarla başa çıkamama, anksiyete vs.) fark ettiklerinde mutlaka bir doktora başvurarak yardım almalarını önerebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol M, Eren Şahin, M Eroğlu, E Mutlu, B Kozan Ö. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: happy çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2012, 40: 298-308.
2. King M, Kingery J, Casey B. Diagnosis and evaluation of heart failure. *American Family Physician* 2012, 85: 1661-8.
3. Kepez A, Mutlu B. Kalp yetersizliği tedavisinde yeni açılımlar: şimdi ve gelecek. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2013, 13: 000-0.
4. Yüksel H. Yaşlıda kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisi. *Klinik Gelişim* 2012, 25: 41-9.
5. Heart Disease and Stroke Statistics-2010 Update A Report from the American Heart Association. <http://circ.ahajournals.org> 1 Nisan 2015.
6. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nature Reviews Cardiology* 2011, 8: 30-41.
7. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. <http://old.tkd.org.tr> 10 Mart 2015.
8. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Türk Geriatri Dergisi* 2002, 5: 155-9.
9. Atagün M, Balaban Ö, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3: 513-52.
10. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005, 8: 101-6.
11. National Academy On An Aging Society. www.agingsociety.org 1 Mart 2015.
12. Zincir S, Sünbül M, Zincir S, Sünbül EA, Oguz M, Cengiz FF, Durmuş E, Kıvrak T, Sarı İ. Burden and depressive symptoms associated with Adult-Child

- Caregiving for individuals with heart failure. *The Scientific World Journal* 2014, 2014: 1-6.
13. Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakım verenlerin yükü envanterinin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences* 2009, 26: 60-73.
 14. Özer S. Kalp yetersizliğinde aile-bakım verici yükü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2010, 1: 3-7.
 15. Caregiver Health. <https://caregiver.org/caregiver> 10 Mayıs 2015.
 16. Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Wu J, Sloan R. Family caregiver outcomes in heart failure 2009. *American Journal of Critical Care*, 18: 149-59.
 17. Agren S, Evangelista L, Strömberg A. Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden?. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2010, 9: 254-62.
 18. Scott LD. Caregiving and care receiving among a technologically dependent heart failure population. *Advances in Nursing Science* 2000, 23: 82-97.
 19. Harkness KI. Symptoms of anxiety and depression in heart failure patients and their caregivers. *Journal of Cardiac Failure* 2009, 15: 114.
 20. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 1: 63-77.
 21. Kavradım ST, Özer ZC. Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerde semptom yönetimi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013, 4: 1-14.
 22. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 3. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2011: 457-63.
 23. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Kılavuzu. <http://www.tkd.org.tr> 2 Şubat 2015.

24. Akay B, Akyol AD. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda tele izlem yönteminin özbakım gücüne olan etkisinin incelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2014, 5: 75-88.
25. İlerigelen, B. Yaşlılarda kalp yetersizliği. *Türk Geriatri Dergisi* 2010, 13: 21-32.
26. Demiriz B, Demiriz İŞ. Harrison İç Hastalıkları El Kitabı, 17. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2011: 730-1.
27. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Angel M, Sanchez G, Jaarsma T, Kober L, Maggioni AP, Parkhomenko A, Pieske BM, Popescu BA, Ronnevik PK, Rutten FH, Schwitter J, Stepinska J, Trindade PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal* 2012, 33: 1787-847.
28. New York Kalp Cemiyeti'nin (NYHA) Konjestif Kalp Yetersizliği Sınıflaması. <http://old.tkd.org.tr/kilavuz> 6 Nisan 2015.
29. Son Dönem Kalp Yetmezliğinde Cerrahi Tedavi. <http://kisi.deu.edu.tr> 6 Nisan 2015.
30. Kelder JC, Cramer MJ, Wijngaarden JV, Tooren RV, Mosterd A, Moons KGM, Lammers JW, Cowie MR, Grobbee DE, Hoes AW. The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. *Circulation* 2011, 124: 2865-73.
31. Enç N. İç Hastalıkları Hemşireliği, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 103-8.
32. Fadiloğlu Ç, Ertem G, Aykar FŞ. Evde Sağlık ve Bakım, 1. Baskı. Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 2013: 91-8.
33. Enç N, Alkan HÖ. Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastane içi hemşirelik bakımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2012, 3: 85-100.

34. Alkan HÖ. Kalp yetersizliğinde hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2014, 7: 32-40.
35. Demir M, Ünsar S. Kalp yetmezliği ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008, 3: 119-30.
36. Karapolat, H. Kronik yaşlı hasta bakımında dikkat edilecek noktalar. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2009, 55: 88-9.
37. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2011, 4: 125-30.
38. Adak N. Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: kadınlar. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2003, 2: 74-82.
39. Akça N, Taşçı S. 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005, 14: 30-6.
40. Chou K, Chu H, Tseng C, Lu R. The measurement of caregiver burden. *Journal of Medical Science* 2003, 23: 73-82.
41. Garces J, Carretero S, Rodenas F, Aleman C. A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010, 50: 254-9.
42. Hinojosa MS, Zsembik B, Rittman M. Patterns of informal care among puerto rican, african american, and white stroke survivors. *Ethnicity and Health* 2009, 14: 591-606.
43. Şahin ZA. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına (KOA) bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2014, 12: 113-9.
44. Gopalan N, Brannon L. Increasing family member's appreciation of family caregiving stres. *The Journal of Psychology* 2006, 140: 85-94.

45. Babayiğit DM. Diyaliz Hastalarının Yakınlarında Bakım Verme Yüğü ile Bunun Hastalardaki Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.
46. Hooley PJD, Butler G, Howlett JG. The relationship of quality of life, depression, and caregiver burden in outpatients with congestive heart failure. *Congestive Heart Failure* 2005, 11: 303-10.
47. Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *The European Journal of Heart Failure* 2005, 7: 592– 603.
48. Murberg TA, Bru E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. *Journal of Psychosomatic Research* 2001, 51: 521– 7.
49. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri* 2004, 7: 12-6.
50. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: 275-310.
51. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları, 1. Baskı. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2000: 137-54.
52. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapları, 2011: 451-80.
53. Burton AM, Sautter JM, Tulsy JA, Lindquist JH, Hays JC, Olsen MK, Zimmerman SI, Steinhauser KE. Burden and well-being among a diverse sample of cancer, congestive heart failure, and chronic obstructive pulmonary disease caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012, 4: 410-20.
54. Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluksüreklı kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2014, 15: 39-44.

55. Karahan AY, İslam S. Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2013, 3: 1-7.
56. Bakas T, Pressler SJ, Jonhson EA, Nauser JA, Shaneyfelt T. Family caregiving in heart failure. *Nursing Research* 2006, 55: 180-8.
57. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Araştırma Yöntemleri, 1. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1988: 67-8.
58. Özer N, Yurttaş A, Akyıl RÇ. Psychometric evaluation of the Turkish version of the Zarit Burden Interview (ZBI) in family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics. *Journal of Transcultural Nursing* 2012, 23: 65-71.
59. Aydemir D, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, 7. Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık, 2014: 221-32.
60. Yiğit R, Dilmaç B, Deniz ME, Hamarta, E. Sürücülerin sürekli ve durumluk kaygılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi* 2011, 2: 37-44.
61. Yaşar EK. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2009.
62. Remier W, Haan R, Pijnenborg J, Limburg M, Bos G. Assessment of burden in partners of stroke patients with the sense of competence questionnaire. *Journal of the American Heart Association* 1998, 29: 373-9.
63. Saunders MM. Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers. *Western Journal of Nursing Research* 2008, 30: 943-59.
64. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH' lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi* 2012, 13: 87-92.

65. Şahin Z, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 12: 1-9.
66. Carter G, Lewin T, Rashid G, Adams C, Clover K. Computerised assessment of quality of life in oncology patients and carers. *Psychooncology* 2008, 17: 26-33.
67. Chung ML, Pressler SJ, Dunbar SB, Lennie TA, Moser DK. Predictors of depressive symptoms in caregivers of patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2010, 25: 411-9.
68. Tülüce D. Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2012.
69. Işık K. Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2013.
70. Alpteker H. 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2008.
71. Akpınar B, Küçükgüçlü Ö, Yener G. Effects of Gender on Burden Among Caregivers of Alzheimer's Patients. *Journal of Nursing Scholarship* 2011, 43: 248-54.
72. Büyükbayram Z. Kemoterapi Alan Hasta ve Bakım Vereninin Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2014.
73. Schulz R, Beach SC, Hebert RS, Martire LM, Monin JK, Tompkins CA, Albert SA. Spousal suffering and partner's depression and cardiovascular disease: the cardiovascular health study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2009, 17: 246-54.

74. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontological Society of America* 2000, 40: 147-64.
75. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Koslow NJ. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2008, 23: 258-65.
76. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 15: 48-54.
77. Arpacı F. Yaşlıya bakan kadınların bakım yüklerinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2009, 2009: 61-72.
78. Park B, Kim SY, Shin JY, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, Park JH. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient–family caregiver dyads in Korea. *Support Care Cancer* 2013, 21: 2799-807.
79. Dew MA, Myaskovsky L, DiMartini AF, Switze GE, Schulberg HC, Kormos RL. Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. *Psychological Medicine* 2004, 34: 1065-82.
80. Ilse B, Feys H, De Wit L, Putman K, Weerd W. Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. *Disability and Rehabilitation* 2008, 30: 523-30.
81. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Rayens MK. The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: testing dyadic dynamics using actor-partner interdependence model. *Journal of Psychosomatic Research* 2009, 67: 29–35.

82. Pihla E, Jacobsson A, Fridlund B, Strfmberg A, Martensson J. Depression and health-related quality of life in elderly patients suffering from heart failure and their spouses: a comparative study. *European Journal of Heart Failure* 2005, 7: 583-9.
83. Koçak, G. İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yüğü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
84. Hunt CK. Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship* 2003, 35: 27-32.
85. Prasad D, Rani I. Older persons and caregiver burden and satisfaction in rural family context. *Indian Journal of Gerontology* 2007, 21: 216-32.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

1986 yılında Gaziantep’te doğdu. İlk, ortaokul ve lise eğitimini Gaziantep’te tamamladı. 2010 yılında Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden ikincilikle mezun oldu. 2011 yılında Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2013 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programında lisansüstü eğitimine başladı. 2013 yılından itibaren İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

Kevser IŞIK

EK-2. Bakım Vereni Tanıtıcı Anket Formu

Bu çalışmada kalp yetersizliği olan yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Sizden alacağımız bilgiler araştırma ekibince saklı tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Kevser IŞIK

1.Cinsiyetiniz nedir?

- a) Kadın b) Erkek

2.Kaç yaşındasınız?

3.Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üzeri

4.Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b) Bekar

5. Çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

6.Mesleğiniz nedir?

- a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Emekli e) Diğer(Açıklayınız).....

7.Sosyal güvenceniz var mı?

- a)Evet.....b) Hayır

8. Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

9.Çocuğunuz var mı?

- a) Evet.....b) Hayır

10. Evinizde toplam kaç kişi yaşıyorsunuz?.....

11.Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

- a) Evet (Nedir)..... b) Hayır

12. Bakım verdiğiniz yaşlı ile yakınlık dereceniz nedir?

- a) Eşi b) Kızı c) Gelini d) Oğlu e) Damadı f) Torunu g)Diğer (Açıklayınız).....

13. Yaşlıya bakım vermektan memnun musunuz?

a) Evet b)Hayır/ Neden?.....

14. Yaşlıya bakım konusunda yardım aldığınız birileri var mı?

a) Evet (Kim?)..... b)Hayır

15. Yaşlıya ne kadar süredir bakıyorsunuz?.....

EK-3. Yaşlı Hastayı Tanıtıcı Anket Formu

1.Yaşlının cinsiyeti nedir?

a) Kadın b) Erkek

2. Yaşlı kaç yaşında?.....

3.Yaşlının medeni durumu nedir?

a) Evli b) Bekar

4.Yaşlının eğitim durumu nedir?

a) Okur-yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e)Lise f) Üniversite ve üzeri

5.Yaşlı ne kadar süredir kalp hastasıdır?.....

EK-4. Bakım Yüğü Ölçeği (BYÖ)

| Kliniğe uyarlanan ZARİT Bakım Yüğü Ölçeği | Hiçbir zaman 0 | Nadiren 1 | Bazen 2 | Sık sık 3 | Hemen hemen her zaman 4 |
|---|-------------------|--------------|------------|--------------|----------------------------|
| 1-Bakım verdiğiniz yakınınızın ihtiyaç duyduğundan daha çok yardım istediğini düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 2-Bakım verdiğiniz yakınınıza harcadığınız zaman nedeniyle kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 3-Yakınınızın bakımı ile aileniz ya da işinize karşı diğer sorumluluklarınızı yerine getirmeye çalışma arasında sıkıntı hissediyor musunuz? | | | | | |
| 4-Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman kızgınlık hissediyor musunuz? | | | | | |
| 5-Bakım verdiğiniz yakınınızın son zamanlarda diğer aile üyeleriyle ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 6-Bakım verdiğiniz yakınınızın geleceği ile ilgili olarak endişeleniyor musunuz? | | | | | |
| 7-Bakım verdiğiniz yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 8-Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman gerginlik hissediyor musunuz? | | | | | |
| 9-Bakım verdiğiniz yakınınızla ilgilendiğiniz için sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 10-Yakınınızın bakımı nedeniyle istediğiniz gibi özel yaşamınızın olmadığını düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 11-Yakınınızın bakımı nedeniyle sosyal yaşamınızın kısıtlandığını hissediyor musunuz? | | | | | |
| 12-Bakım verdiğiniz yakınınızın bakım vermeniz gereken tek kişi oymuş gibi sizden ona bakım vermenizi beklediğini düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 13-Kendi harcamalarınıza ek olarak bakım verdiğiniz yakınınızın bakımı için yeterince paranız olmadığını düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 14-Bakım verdiğiniz yakınınızın, bakımını daha fazla üstlenemeyeceğinizi düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 15-Bakım verdiğiniz yakınınızın hastalığı nedeniyle yaşam kontrolünüzü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 16-Yakınınız için ne yapılması gerektiği konusunda kararsızlık çektiğiniz oluyor mu? | | | | | |
| 17-Yakınınıza daha iyi bakabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu? | | | | | |
| 18-Bakım verdiğiniz yakınınızın size yük olduğunu düşünüyor musunuz? | | | | | |

EK-5. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

| | | Hiç | Biraz | Çok | Tamamıyla |
|-----|--|-----|-------|-----|-----------|
| 1. | Şu anda sakinim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2. | Kendimi emniyette hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 3. | Su anda sinirlerim gergin | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 4. | Pişmanlık duygusu içindeyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 5. | Şu anda huzur içindeyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 6. | Şu anda hiç keyfim yok | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 7. | Başıma geleceklerden endişe ediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 8. | Kendimi dinlenmiş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 9. | Şu anda kaygılıyım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 10. | Kendimi rahat hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 11. | Kendime güvenim var | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 12. | Şu anda asabım bozuk | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 13. | Çok sinirliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 14. | Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 15. | Kendimi rahatlamış hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 16. | Şu anda halimden memnunum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 17. | Şu anda endişeliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 18. | Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 19. | Şu anda sevinçliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 20. | Şu anda keyfim yerinde. | (1) | (2) | (3) | (4) |

| | | Hemen hemen hiçbir zaman | Bazen | Çok zaman | Hemen her zaman |
|-----|--|--------------------------|-------|-----------|-----------------|
| 21. | Genellikle keyfim yerindedir | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 22. | Genellikle çabuk yorulurum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 23. | Genellikle kolay ağlarım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 24. | Başkaları kadar mutlu olmak isterim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 25. | Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 26. | Kendimi dinlenmiş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 27. | Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 28. | Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 29. | Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 30. | Genellikle mutluyum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 31. | Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 32. | Genellikle kendime güvenim yoktur | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 33. | Genellikle kendimi emniyette hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 34. | Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınıyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 35. | Genellikle kendimi hüzünlü hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 36. | Genellikle hayatımdan memnunum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 37. | Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 38. | Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 39. | Aklı başında ve kararlı bir insanım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 40. | Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor | (1) | (2) | (3) | (4) |

EK-6. TÖTM Başhekimliği İzin



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 58606022/40

21/02/2014

Konu: TEZ ÇALIŞMASI hk.

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ : 18/02/2014 ve 1223 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Kevser IŞIK' ın 'Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Yükü ve Aksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi' konulu tez çalışmasını yapması uygundur.

Prof.DR.Ramazan ÖZDEMİR
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı

| | |
|--|-------------------|
| İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ | TIP FAKÜLTESİ |
| TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE | |
| KONU: TEZ ÇALIŞMASI | |
| SAYI: 58606022/40 | TARİH: 21/02/2014 |
| 670-93/2022 | 27/02/14 |

EK-7. Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------|-------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--|
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | |
| | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | Açıklama | | | | | |
| | SİGORTA | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| DİĞER: | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 2014/06 | Tarih: 15.01.2014 | | | | | |
| | <p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p> <p>Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.</p> | | | | | | |

| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | |
|--|---|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ |
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|---------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|------|
| | | | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ | Psikiyatri | İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Metin GENÇ | Halk Sağlığı | İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Saim YOLOĞLU | Biyostatistik | İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Türkan TOĞAL | Anesteziyoloji ve Rea. | İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ | Çocuk Sağlığı ve Hast. | İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Alaadin POLAT | Fizyoloji | İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. H.Birgül CUMURCU | Psikiyatri | İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |