

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

**DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE YATAN  
HASTALARIN YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ VE  
PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tuba DOĞRU**

**Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik**

**Tez Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT**

**NİSAN-2019**




**DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE YATAN  
HASTALARIN YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ VE  
PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Tuba DOĞRU

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik

“Bu tez 26.04.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği /Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Hicran YILDIZ	Basarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Gökçe DURAR	Basarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Hava SEKT	BASARILI	

## BEYAN

Bu çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden çalışma izni ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağılı Beykoz Devlet Hastanesi Etik Kurul'undan onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

...../...../2019

Tuba DOĞRU

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen ve her zaman varlığını yanımda hissettiğim değerli danışmanın Öğr. Üyesi Dr. Havva SERT'e, eğitimim boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, ihtiyacım olduğunda hep yanımda olduğunu bildiğim arkadaşım ve Klinik Sorumlu Hemşiresi olan Aysel ŞİRİN'e, yüksek lisansa başlamama vesile olan, desteklerini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen annem Seyhan DOĞRU, babam Şerafettin DOĞRU ve kardeşim Tuğçe DOĞRU'ya sonsuz teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER .....	viii
TABLolar .....	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY .....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. BAKIM, BAKIM VEREN VE BAKIM YÜKÜ KAVRAMLARI .....	6
2.1.1. Bakım Kavramı.....	6
2.1.2. Bakım Veren Kavramı .....	7
2.1.3. Bakım Yükü Kavramı .....	8
2.2. BAKIM YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER .....	12
2.2.1. Bakım Verene Ait Özellikler .....	12
2.2.1.1. Sosyo-demografik özellikleri .....	12
2.2.1.2. Hasta ile ilişkisi .....	13
2.2.1.3. Bilgi, beceri ve öz-yeterlilik düzeyi .....	14
2.2.1.4. Bakım süresi.....	15
2.2.1.5. Algılanan sağlık durumu .....	15
2.2.1.6. Fiziksel sağlık durumu .....	16
2.2.1.7. Psikolojik sağlık durumu.....	17
2.2.1.8. Problemlerle başa çıkabilme becerisi .....	17
2.2.1.9. Maneviyatı/dini inancı veya hayata bakışı.....	18
2.2.1.10. Sosyal destek düzeyi .....	19
2.2.1.11. Irk-etnik köken ve kültürün etkisi .....	19
2.2.2. Bakım Verilen Hastaya Ait Özellikler .....	20

2.2.2.1. Hastanın sosyo-demografik özellikleri .....	20
2.2.2.2. Hastalığa ait faktörler .....	20
2.2.2.3. Hastalığa ait fonksiyonel ve bilişsel semptomlar .....	21
2.2.2.4. Hastanın bağımlılık düzeyi .....	22
2.2.2.5. Hastanın hastaneye yatış/kalış durumu .....	23
<b>2.3. BAKIM YÜKÜNÜ AZALTMAYA YÖNELİK GİRİŞİMLER .....</b>	<b>23</b>
<b>2.4. BAKIM VERENLERDE SIK GÖZLENEN PSİKOMETRİK DEĞİŞKENLER.....</b>	<b>26</b>
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ .....</b>	<b>32</b>
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular .....	32
<b>3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....</b>	<b>33</b>
<b>3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN .....</b>	<b>33</b>
<b>3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....</b>	<b>34</b>
3.4.1. Örneklem Seçim Kriterleri.....	34
<b>3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....</b>	<b>34</b>
3.5.1. Tanıtım Formu .....	35
3.5.2. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ).....	35
3.5.3. Dışa vurum Duygu-Durum Ölçeğı (DDÖ).....	36
3.5.4. Durumluluk ve Sürekli Kayğı Ölçeğı (DSKÖ).....	37
3.5.5. Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ) .....	38
3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeğı (BAÖ) .....	38
3.5.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı (ÇBASDÖ).....	39
3.5.8. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı .....	40
3.5.9. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğı (Katz GYA).....	41
3.5.10. Lawton ve Brady Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğı (Lawton ve Brady EGYA).....	42
<b>3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ .....</b>	<b>42</b>
<b>3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....</b>	<b>43</b>
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>44</b>
<b>4.1. BAKIM VERENLERİN VE HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ .....</b>	<b>44</b>

4.2. KULLANILAN ÖLÇEKLERİN PUAN ORTALAMALARI, FREKANS VE CRONBACH'S ALPHA DEĞERLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	53
4.3. BAKIM VERENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE BAKIM YÜKÜ, DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	57
4.4. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE BAKIM YÜKÜ, DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	74
4.5. BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ İLE BAKIM YÜKÜ, DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	89
4.6. BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ DÜZEYLERİ İLE DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR .....	95
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	97
5.1. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI.....	97
5.2. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI.....	118
5.3. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, DURUMLULUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI.....	133
5.4. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİ İLE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMA SONUÇLARININ TARTIŞILMASI.....	148

<b>5.5. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO- DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI.....</b>	<b>165</b>
<b>5.6. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO- DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI .....</b>	<b>180</b>
<b>5.7. BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİ DEĞİŞKENİNİN, BAKIM YÜKÜ, DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ İLE TARTIŞILMASI ....</b>	<b>194</b>
<b>5.8. BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ İLE DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI .....</b>	<b>196</b>
<b>5.9. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>198</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>203</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>261</b>
<b>Ek 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Kurum İzni .....</b>	<b>261</b>
<b>Ek 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne Bağlı Beykoz Devlet Hastanesi'nden Çalışma İzni .....</b>	<b>262</b>
<b>Ek 3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne Bağlı Beykoz Devlet Hastanesi'nden Etik Kurul İzni.....</b>	<b>263</b>
<b>Ek 4. Bakım Veren Bireylerin ve Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri Tanıtım Formu.....</b>	<b>264</b>
<b>Ek 5. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ).....</b>	<b>267</b>
<b>Ek 6. Dışavurum Duygudurum Ölçeğı (DDÖ).....</b>	<b>268</b>
<b>Ek 7. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğı (DSKÖ).....</b>	<b>269</b>
<b>Ek 8. Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ) .....</b>	<b>270</b>
<b>Ek 9. Beck Anksiyete Ölçeğı (BAÖ).....</b>	<b>272</b>
<b>Ek 10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı.....</b>	<b>273</b>



<b>Ek 11. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği .....</b>	<b>274</b>
<b>Ek 12. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....</b>	<b>276</b>
<b>Ek 13. Lawton ve Brady Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.</b>	<b>277</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>278</b>



## KISALTMALAR VE SİMGELER

<b>AİKKO</b>	: Aşırı İlgili Koruyucu Kollayıcı Olma
<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği
<b>BDÖ</b>	: Beck Depresyon Ölçeği
<b>ÇBASDÖ</b>	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal destek Ölçeği
<b>DDÖ</b>	: Dışavurum Duygudurum Ölçeği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DK</b>	: Durumluluk Kaygı
<b>DSKÖ</b>	: Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği
<b>EDO</b>	: Eleştirel Düşmancıl Olma
<b>EGYA</b>	: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>GYA</b>	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>İQR</b>	: İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik)
<b>KBY</b>	: Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>KVH</b>	: Kardiyovasküler Hastalık
<b>SK</b>	: Sürekli Kaygı
<b>SVH</b>	: Serbrovasküler Hastalık
<b>ZBYÖ</b>	: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

## TABLÖLAR

<b>Tablo 1.</b> Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=174).....	45
<b>Tablo 2.</b> Bakım Verilen Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=174) .....	51
<b>Tablo 3.</b> ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ, BDÖ, BAÖ ve ÇBASDÖ'nün Puan Ortalamaları ve Chronbach Alpha Katsayıları .....	55
<b>Tablo 4.</b> ZBYÖ, BDÖ, BAÖ, Katz GYA ile Lawton ve Brady EGYA Ölçeklerinin Frekansları (N=174) .....	56
<b>Tablo 5.</b> Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları .....	61
<b>Tablo 6.</b> Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları .....	65
<b>Tablo 7.</b> Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları .....	75
<b>Tablo 8.</b> Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları .....	79
<b>Tablo 9.</b> Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Değişkeninin, ZBYÖ ve DDÖ'ye İlişkin Karşılaştırma Sonuçları.....	90
<b>Tablo 10.</b> Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Değişkeninin, DSKÖ, BDÖ ve BAÖ'ye İlişkin Karşılaştırma Sonuçları.....	91
<b>Tablo 11.</b> Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Değişkeninin, ÇBASDÖ'ye İlişkin Karşılaştırma Sonuçları.....	92
<b>Tablo 12.</b> ZBYÖ ile DDÖ, DSKÖ, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'nün Korelasyonuna İlişkin Sonuçlar .....	96

## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Bu çalışmada, dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve psikometrik değişkenlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Tanımlayıcı olarak planlanan ve kesitsel araştırma modeli kullanılan çalışma; bir devlet hastanesinin dahiliye kliniklerinde, Mart-Haziran 2016 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmaya 65 yaş üzeri bakım hastalarına primer bakım veren 174 kişi ve onların hastaları dahil edildi. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan hasta ve bakım verenlerin sosyo demografik özelliklerini içeren tanıtım formu, Zarit Bakım Yükü Ölçeği, Duygu Dışavurum Ölçeği, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Lawton ve Brady Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Çalışma verilerinin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yüzde, ortalama, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H ve Spearman korelasyon testi ile yapıldı.

**BULGULAR:** Bakım verenlerin %81,6'sının ağır düzeyde bakım yüküne sahip olduğu, %73'ünün şiddetli düzeyde depresif belirtileri, %88'5'inin şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olduğu belirlendi. Bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arttıkça toplam duygu dışavurum, toplam durumluluk-sürekli kaygı, depresyon, anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı, algılanan sosyal destek düzeyleri ve yaşam kalitesinin azaldığı saptandı.

**SONUÇ:** Dahiliye hastalarına bakım verenlerin bakım yükünün, duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete düzeylerinin yüksek, sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğubelirlendi. Hastaların bağımlılık düzeyi arttıkça bakım yükünün arttığı ve bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin bakım yükü, duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkilediği belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım Veren, Bakım Yükü, Dahiliye Klinikleri, Hasta, Psikometrik Parametre.

## SUMMARY

### **The Caregiver Burden Of Inpatient Relatives In Internal Medicine Clinics And An Evaluation Of Their Psychometric Properties**

**INTRODUCTION AND OBJECTIVE:** This study aimed to evaluate the caregiver burden and psychometric variables of caregivers in internal medicine clinics.

**MATERIALS AND METHOD:** The present study was designed to be a descriptive study and adopted cross-sectional research model and was performed in the internal medicine clinics of a state hospital in March-June 2016. The study included 174 individuals who provide primary care to patients aged 65 and older, and the relatives of the patients. The data was obtained via an introductory form prepared by the researcher featuring the socio-demographic characteristics of the patients and caregivers, in addition to the Zarit Care Burden Scale, the Emotion Expression Scale, the State-Trait Anxiety Inventory, Beck's Depression Inventory, Beck's Anxiety Scale, Perceived Social Support Scale, the SF-36 Quality of Life Questionnaire, the Katz Index of Independence in Activities of Daily Living and the Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale, by face-to-face interview method. Statistical analyses of the study data were carried out by the Mann Whitney U, Kruskal Wallis H and Spearman correlation tests.

**RESULTS:** It was determined that 81.6% of the caregivers were under heavy care burden, 73% had severely depression symptoms and 88.5% had severely anxiety problems. It was found that, with the increase in caregiver burden, total emotion expression, total state-trait anxiety, depression and anxiety levels statistically increased whereas the perceived social support levels and quality of life decreased.

**CONCLUSION:** It was determined that the caregiver burden, state-trait anxiety, depression, anxiety levels were high in individuals who provide care to inpatients in internal medicine clinics, whereas their social support levels and quality of life levels were low. It was found that the care burden increased as the patients' dependency increased and that the socio-demographic characteristics of caregivers had an effect on their care burden, emotion expression, state-trait anxiety, depression, anxiety, social support and quality of life properties.

**Keywords:** Caregiver, Care Burden, Internal Medicine Clinics, Inpatient, Psychometric Parameters

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bakım kavramı, Türk Dil Kurumu'na göre "*Bir şeyin iyi durumda kalması için, beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini sağlama işi*" olarak tanımlanırken, bakım veren kavramı ise "*herhangi bir hastalığı, sakatlığı veya yaşlı olan yardıma muhtaç bireylere yardım eden ve onları günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede destekleyen bireyleri*" ifade etmektedir (Akı ve Dikmen 2012, TDK: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&kelime=BAKIM](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=BAKIM) Erişim tarihi: 20 Mart 2019). Tıp alanında yaşanan gelişmeler ve tedavi imkanlarının artması ile beraber pek çok hastalığın iyileşme ve sağkalım oranları artarken, diğer yandan uzun süre bakım ve tedavi gerektiren kronik hastalıkların çoğalmasına neden olmaktadır (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Özpolat 2011, Özdemir ve Taşçı 2013). Bu nedenle hastalar; hastalık, tedavi ve semptom yönetiminde, öz bakımında, fiziksel gereksinimlerinde, finansal işlemlerde ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bir bakım verene ihtiyaç duymaktadır (Keskin, Uncu, Tanburoğlu ve Adapınar 2016, Selçuk ve Avcı 2016). Hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılamada, yaşam kalitesi ve refah düzeyini arttırmada aile üyeleri en önemli kaynaktır. Fakat, uzun süre kronik bir hastaya bakım verme durumu aile üyelerini zaman içerisinde fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan etkilemekte, duygu dışavurum, anksiyete, depresyon, kaygı, sosyal izolasyon ve bakım yükü yaşamalarına neden olmaktadır (Aktaş ve Sertel-Berk 2012, Carrasco, Rodriguez, Panchon, Hermoso and Fraile 2014, Sert 2015, Yıldız, Dedeli ve Pakyüz 2015, Ceco ve Memik 2017, Koca, Taşkapılıoğlu ve Bakar 2017).

Bakım yükü kavramı; "*bakıma muhtaç yaşlı, engelli veya hastalara uzun süre bakım vermek zorunda olan primer bakım verenlerinin; fiziksel, psikolojik, ekonomik, sosyal alanlarda yaşadığı problemler ile iş, aile, arkadaş ve akraba ilişkilerinde meydana gelen bozulmaların hepsi olarak*" ifade edilmektedir (Aşiret ve Kapucu

2013, Adelman, Tmanova, Delgado, Dion and Lachs 2014, Yıldırım 2017). Ülkemizde ve dünyada çoğunlukla aile üyeleri bakım verme işlevini kendi görev ve sorumluluğu olarak algılamakta, buna bağlı olarak bakım verme sonucu yaşadıkları bakım yükünün farkında olmamakla beraber yaşadığı problemleri dile getirmekte sıkıntı yaşamaktadır (Yılmaz ve ark 2010). Bakım verenlere yönelik yapılan tanımlayıcı bir çalışmada, bakım verenlerin %35'inin yaşadıkları sorunu içine attıkları/kendi kendilerini teselli ettikleri bu nedenle fiziksel olarak etkilendikleri ve bakım yüklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. (Yıldırım, Engin ve Başkaya 2013). Ayrıca hastalığa ait semptomlar, uzun süreli bakım verme, bakım işlevini çok fonksiyonlu olarak gerçekleştirme, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, sosyal izolasyon, hastanın acı çekmesi, hastalığı, hastanın bağımlılık düzeyinin artması ve terminal dönemde olması gibi durumların bakım yüküne neden olduğu tespit edilmiştir (Etters, Goodall and Harrison 2008, Adelman et al 2014, Cheng 2017, Gel ve Kesgin 2017). Fakat bakım verenler açısından bir tek sorunun bakım yükü olmadığı, bakım verenlerin aynı zamanda yüksek düzeyde psikometrik değişim de yaşadığı bilinmekte ve literatürde çalışmaların çoğunluğunun bakım yükü, anksiyete ve depresyon üzerine odaklandığı görülmektedir. Bakım verenlerin yaşadığı sorunların ortaya konması için ayrıntılı bir değerlendirme yapılması, bu sorunların çözümü ve bütüncül yaklaşım açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle çalışmada; İstanbul sınırları içerisinde yer alan bir devlet hastanesinin dahiliye kliniklerinde, çeşitli tanılarla yatan hastalara bakım verenlerin;duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete, sosyal destek, yaşam kalitesi ve bakım yüküdüzeylerinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

Tıpta yaşanan gelişmeler, gelişen teknoloji ve tedavi olanaklarının artması ile hastalıkların sağkalım oranları artmakta ve bireylerin yaşam süresi uzamaktadır. Bu duruma paralel olarak hastalıklar; hasta bireylerde üzüntü, çaresizlik, aile ve iş hayatında işlev kaybı, ölüm endişesi, bağımlı olma korkusu gibi pek çok olumsuz duruma yol açmakta, aynı zamanda topluma ve hastaların yakınlarına ciddi düzeyde bakım yükügetirmektedir (Atagün ve ark 2011, Urizar et al 2014, Atkan ve Özkan 2017). Literatür incelemelerinde bakım yüküne en sık neden olan hastalıkların; serebro-vasküler hastalık (SVH) veya inme, kronik böbrek yetmezliği (KBY), kardiyovasküler hastalık (KVH), kanser, Alzheimer ve parkinson olduğu görülmektedir (Atagün ve ark 2011, Özdemir ve Taşçı 2013, Keskin ve ark 2016, Selçuk ve Avcı 2016, Altay, Erkuran ve Avcı 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ölüm nedenlerinin %39,7'si dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmakta ve dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %22,9'unu SVH oluşturmaktadır (TÜİK 2017, <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620> Erişim Tarihi: 19.03.2019). İnme, hipertansiyon, aşırı kilolu olma, sigara içme, fiziksel inaktivite ve kötü beslenme sonucu oluşmakta, dünyada ölüm ve sakatlık nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (WSO and ESO 2017). İnmeli hastalar, sağkalım sonrasında sakatlık yaşamakta ve yaşamlarının birçok alanında bakım verene ihtiyaç duymaktadır. Özellikle bakım verenlerin hastanın mobilizasyonunu sağlama, öz bakımını gerçekleştirme, ilaç ve tedavi desteği verme, iletişim kurmasına yardımcı olma ve günlük yaşam aktivitelerinde destek olma durumu; bakım verenlerin; fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan zorlanmasına ve bakım yükü yaşamalarına neden olmaktadır (Han and Haley 1999, Camak 2015, İnci ve Temel 2016). Yapılan birçok çalışmada inmeli hastaya bakım veren bireylerin bakım yükü düzeylerinin



yüksek olduğu tespit edilmiştir (Aşiret ve Kapucu 2013, Yıldırım ve ark 2013, Şirzai ve ark 2015, Rawat, Sharma and Goel 2017, Yılmaz ve Ata 2017).

2015 de KBY nedeniyle 1,2 milyon insanın öldüğü ve bu oranın 2005'den bu yana %31,7 oranında arttığı tahmin edilmektedir (GBD 2016, Luyckx, Tonelli and Stanifer 2018). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Sağlık İstatistik Yıllığı'na göre; 2002 yılından 2017 yılına kadar KBY nedeniyle kaybedilen yaşam yılının %11,9 ve engelli olarak geçirilen yaşam yılının ise %32,7 oranında arttığı görülmektedir (Birinci ve ark 2018). Artan KBY prevelansı pek çok kişiyi etkilemekte ve bu kişilerin diyaliz programlarına, diyet düzenlemelerine, su kısıtlamasına ve diğer yardımcı tedavi rejimlerine uyma zorunluluğu yaşam tarzında önemli değişimleri de beraberinde getirmektedir (Feroze, Martin, Patton, Zadeh and Kopple 2010). Bu durum sadece hastaları değil, bu hastaların bakım verenlerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Akı ve Dikmen 2012). Yapılan birçok çalışmada KBY tanısı alan ve hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin fiziksel sağlık sorunlar yaşadığı, yaşam kalitelerinin azaldığı, tükenmişlik ve bakım yükü düzeylerinin ise yükseldiği tespit edilmiştir (Babayiğit 2009, Pürlüsoy, Sunay, Şengezer ve Yalçıntaş 2011, Akı ve Dikmen 2012).

Dünya Sağlık Örgütü' nün (DSÖ) 2018 yılı raporuna göre dünyada ölüme neden olan ve bulaşıcı olmayan hastalıkların %44'ünü KVH oluşturmaktadır (WHO 2018a). TÜİK verilerine göre 2016 ve 2017 yıllarında dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanan ölüm nedenlerin başında (sırasıyla %40,6 ve %39,7) iskemik kalp hastalığının olduğu görülmektedir (TÜİK 2017, <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620> Erişim Tarihi: 19.03.2019). KVH, kalbin yapısal ve fonksiyonel bozukluğu sonucu meydana gelmekte ve hastalık ilerledikçe nefes darlığı, uykudan uyandıran dispne, yorgunluk, bilinç bozukluğu, fiziksel hareket kısıtlılığı ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu gereksinimleri karşılamakta zorlanan hastalar bir bakım verene ihtiyaç duymaktadır (Özer 2010a). Fakat hastalara bakım verme durumu bilgi eksikliği, sağlık profesyonellerinden destek alamama, hasta ve hastalık hakkında bilgisizlik ve bakım vermede özyetersizlik gibi nedenlerden dolayı bakım

verenleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz şekilde etkilemekte ve bakım verenlerin zaman içerisinde stres, depresyon ve bakım yükü düzeylerini arttırmaktadır (Saunders 2003, Özer 2010a, Bahrami, Etemadifar, Sahriari and Farsani 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılı raporuna göre, bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölüm nedeninin %22'sini kanser oluşturmaktadır (WHO 2018a). TÜİK 2017 verilerine göre, ölüm nedenlerinin %19,6'sını iyi ve kötü huylu tümörlerden kaynaklanan hastalıklar oluşturmaktadır (TÜİK 2017, <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620> Erişim Tarihi: 19.03.2019). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2017 yılındaki Sağlık İstatistik Yıllığı'na göre erkeklerde en fazla akciğer kanseri (%21), kadınlarda ise en fazla meme kanseri (%25) görülmektedir (Birinci ve ark 2018). Uygulanan cerrahi girişimler, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemleri ile kanser hastalarının sağkalım süresini arttırırken, kanserin ve tedavi sürecinin getirdiği pek çok semptom hastanın yaşam kalitesini azaltmaktadır (Bahar 2007, Ertem 2010, Kapucu 2018). Kanser uzun süreli tedavi gerektiren kronik bir hastalık haline gelmesiyle beraber hastalar bir bakım verene ihtiyaç duymakta, hastaların ilaç alımı, problemlerini çözme, rutin sağlık kontrolleri, öz bakımı, tedavi ve semptom yönetimi gibi pek çok fiziksel, psikolojik ve maddi gereksinimleri bakım verenler tarafından karşılanmaktadır (Şentürk, Bıçak ve Akça 2018). Kanserli hastaya bakım desteği verme, bakım verenleri olumsuz yönde etkilemekte stres, anksiyete, tükenmişlik, depresyon, sosyal izolasyon yaşamakta ve bakım yükleri artmaktadır (Karabuğa 2009, Orak ve Sezgin 2015, Yıldız 2015, Longacre, Valdmani, Handorf and Fang 2017, Şentürk ve ark 2018).

Demans, bireylerde zihinsel işlevlerin bozulması ile meydana gelen; hafıza, konuşma, dikkat gibi var olan bilişsel yeteneklerini kaybetmesi sonucu kişilerde günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine engel olan gizli başlangıçlı ve ilerleyici özellikte bir hastalıktır (Akyar 2011, WHO 2018b, 2018c). Demansın en sık görülen formu Alzheimer hastalığıdır (WHO 2018b, 2018c). Dünyada her yıl 9,9 milyon insanda demans gelişmektedir (WHO 2018b, 2018c). Parkinson ise; 55-65 yaş arasında görülmekte, hareketlerin yavaşlaması, titreme, duruş ve postür bozukluğu

ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Toplumda 65 yaş üzeri olan her 100 kişiden birinin Parkinson hastası olduğu tahmin edilmektedir (Apaydın, Özekmekçi, Oğuz ve Zileli 2013). Demans ve Parkinson hastaları; titreme, hareket yeteneğinin azalması, unutkanlık, bağımlılık düzeyinin artması, bilişsel ve zihinsel işlevlerde bozulma gibi pek çok semptom nedeniyle bir bakım verene gereksinim duymaktadır (Akyar 2011, Civil 2018). Bu durum bakım verenlerde fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal problemlere yol açmakta ve bakım yüküne neden olmaktadır (Gallagher et al 2011, Çetinkaya ve Karadakovan 2012, Çiçek 2012, Naharcı ve ark 2016, Eğilli ve Sunal 2017).

Sonuç olarak günümüz teknolojisinin ilerlemesi, tedavi olanaklarının artması, hastanın yaşam süresinin artması ile birlikte, uzun süre bakım ve tedavi gerektiren kronik hastalıkların çoğalması, hastaların hayatının pek çok alanında işlev kaybına neden olmakta, yaşam kalitesini azaltmakta, bağımlılık düzeyini arttırmakta ve gereksinimlerini karşılayabilmek için bir bakım verene ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Fakat kronik bir hastanın ihtiyaçlarını karşılamak, tedavisini sürdürmek, hastalık semptomlarıyla başedebilmek, etkin bir şekilde bakım verme rolünü sürdürebilmekle mümkündür. Bakım ve bakım verme rolü bazen bakım verenlerin yaşamlarının birçok alanında sorun çıkmasına yani bakım yükü yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle bakım yükü ve etkileyen faktörlerin bilinmesi bu sorunların önlenmesi açısından önemlidir.

## **2.1. BAKIM, BAKIM VEREN VE BAKIM YÜKÜ KAVRAMLARI**

### **2.1.1. Bakım Kavramı**

*Türk Dil Kurumu'na göre "Bakım sözcüğü; 'bakma işi', 'bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek' veya 'birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi' olarak tanımlanmaktadır"*(TDK: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&kelime=BAKIM](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=BAKIM) Erişim tarihi: 20 Mart 2019). Başka bir tanımla bakım, bireylerin temel ihtiyaçları karşılayabilmesi, yeteneklerini ilerletebilmesi ve devam ettirebilmesi, hayatlarını devam ettirebilmek için yeterli düzeyde işlev görmelerini sağlayabilmek amacıyla titiz ve özenle yapılan

her türlü faaliyettir (Altıok, Şengün ve Üstün 2011). Bu nedenle bakım, belli bir meslek grubuna ait olmamakla beraber, yaşayan her canlı için öncelikli ihtiyaç ve tüm insanlar için bir zorunluluktur (Dinç 2010).

Bakım, günümüzde herkesi etkileyen bir kavramdır. Bakım, dil, kültür ve yaşadığı ülkesi ne olursa olsun dünya üzerinde milyonlarca insanın günlük hayatının bir parçası haline gelmiştir. Bakım kavramı için her kıtada farklı bir isimlendirme yapılsa da milyonlarca bakıcı veya bakım veren kişi, hasta, yaşlı veya engeli olan akrabalarına, eşlerine veya arkadaşlarına bakım vermektedir (Wai and Chan 2011, Adelman et al 2014, Oğlak 2017).

### **2.1.2. Bakım Veren Kavramı**

Bakım veren, *"herhangi bir hastalığı, engeli ya da yaşlı olan ve yardıma ihtiyaç duyan bireylere yardım eden ya da onların yaşamsal fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için gerekli düzenlemeleri yapan kişilerdir"* (Akı ve Dikmen 2012). Bakım verme eyleminin çoğu ülkelerde aile üyeleri tarafından gerçekleştirildiği bilinmektedir (Wai and Chan 2010). Yapılan birçok çalışmada bakım veren bireyleri kadınların oluşturduğu ve bakım verdikleri hastaların eşleri, kız çocukları veya gelinleri olduğu görülmektedir (Luttik et al 2007, Yılmaz ve ark 2010, Ak, Yavuz, Lapsekili ve Türkçapar 2012, Zaybak, Güneş, İsmailoğlu ve Ülker 2012, Aşiret ve Kapucu 2012, Aşiret ve Kapucu 2013, Orak ve Sezgin 2015, Yıldız ve ark 2016, Sinha, Desai, Prakash, Kushwaha and Tripathi 2017). Literatürde bireylerin yapmış olduğu hastaya bakım verme eyleminin; formal (uzmanlık gerektiren) bakım verme ve informal (uzmanlık gerektirmeyen) bakım verme olmak üzere iki şekilde gerçekleştiği görülmektedir (Karahan ve Güven 2002, Dölek 2012).

*Formal (Uzmanlık Gerektiren) Bakım Verme;* evde bakıma muhtaç bireylere farklı meslek gruplarından yarı uzman yada uzman kişilerin sağladıkları bakım olarak tanımlanmaktadır (Dölek 2012). Formal bakım kavramı literatürde, *'Profesyonel düzeyde bakım'*, *'ücretli bakım'* ve *'resmi bakım'* olarak da geçmektedir (Karahan ve Güven 2002, Dölek 2012). Formal bakım, kişisel bakım hizmetleri ve sağlık bakımı sunan meslek grupları tarafından verilmekte, ayrıca günlük olarak hasta ve ailelerinin

ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmaktadır (Karahana ve Güven 2002). Formal bakımı sağlayan kişiler; hemşireler, fizyoterapistler (solunum, konuşma terapistleri, ergoterapi vs.), beslenme ve diyet uzmanları, sosyal hizmet uzmanları ve evde bakım yardımcılarından oluşmaktadır (Boyoğlu ve Oktay 2002).

*İnformal (uzmanlık gerektirmeyen) bakım verme ise; kişisel yeterliliğini kaybetme riski olan veya kaybetmiş; hasta, yaşlı, engelli bireylere; sağlığını, refah düzeyini, yaşam kalitesini arttırmak ve fonksiyonel destek vermek için herhangi bir karşılık beklemezsizin kişilerin sağladıkları bakım olarak tanımlanmaktadır (Lum et al 2011, Oğlak 2017). İnformal bakıcı terimi literatürde 'gayri resmi bakıcı' veya 'ücretsiz bakıcı' olarak da geçmektedir. İnformal bakım verme daha çok yaşlı hastalara yönelik olmakta ve informal bakım veren kişiler; fiziksel, duygusal ve zihinsel sağlık sorunlarından dolayı desteğe ihtiyaç duyan kişilere, bakım boyunca herhangi bir ücret talep etmeden yardım ve destek sağlayan kişilerdir (Lum et al 2011). İnformal bakım sağlayıcıları genellikle bakım verilen hastanın aile üyesi, komşusu veya arkadaşı gibi yakınlarından oluşmaktadır (Dölek 2012). Çoğu ülkede aile bireylerinin; bakım hizmeti veren kuruluşlardan ziyade, yaşlı, engelli ve bakım gereksinimi olan hastalara, uzun vadeli ve doğrudan bakım veren birincil kişiler olduğu görülmektedir (Aşiret ve Kapucu 2012, Oğlak 2017). Bakım gereksinimini karşılayan aile üyeleri; bu hastaların yaşam kalitesini, refah düzeyini ve bakım kalitesini arttırmada önemli bir kaynaktır. Fakat bakım veren kişiler hasta bakım sürecinin getirdiği psikolojik ve fiziksel etkiler nedeniyle bakım verme rolünde zorlanmaktadır. Aynı zamanda bakım verme sorumluluğunun yanında diğer rol ve sorumluluklarının devam etmesi, hastalarının durumuyla ilgili endişe yaşamaları, kendilerine yeterli zaman ayıramama gibi nedenlerle bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar giderek artmakta ve bakım yükü yaşamalarına neden olmaktadır (Sert 2015, Koca ve ark 2017).*

### **2.1.3. Bakım Yükü Kavramı**

Bakım yükü; "yaşlı, kronik veya akıl hastalığına sahip kişilerin yetilerinin yitimi ile karşılaşan aile bireylerinin yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal, finansal problemler yaşama ve aile içi ilişkilerde bozulmanın tümü olarak" tanımlanmaktadır (Aşiret ve

Kapucu 2012, Adelman et al 2014, Yıldırım 2017). Başka bir deyişle bakım yükü, bakım verenlerin sosyal, mesleki ve kişisel rollerinin bakım sağlama sürecine olumsuz etkisi olarak da ifade edilmektedir (Wai and Chan 2011).

Bakım verme sürecinin bakım veren kişilere getirdiği sonuçlar; fiziksel sağlık problemleri, sosyal izolasyon, mali sorunlar, yaşam kalitesinde bozulma, bakım verme de öz-yetersizlik, bilgi ve beceri eksikliği, benlik saygısında azalma, problemle başa çıkamama, aile ve iş hayatında problem yaşama, sıkıntı, zorlanma, depresyon, stres, anksiyete, kaygı, tükenmişlik, fazla sayıda hastaya bakma, bakım verilen hastaya duygusal bağlılık, hastanın ölümüne hazırlıksız yakalanmaya bağlı kayıp ve üzüntü yaşama olarak sıralanabilir (Tsai and Jirovec 2005, Akı ve Dikmen 2012, Aşiret ve Kapucu 2012, Kent et al 2016, Koca ve ark 2017). 23 çalışmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasında bakım veren bireylerin bakım vermeyenlere göre daha fazla fiziksel sağlık sorunu yaşadıkları ve potansiyel hastalık sahibi oldukları görülmüştür (Vitaliano, Zhang and Scanlan 2003). Başka bir çalışmada yaşlı ve bağımlı bir hastaya bakım veren bireylerin bakım yükünün artması ile tükenmişlik düzeylerinin de arttığı, katılımcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşmaya neden olduğu tespit edilmiştir (Kalınkara ve Kalaycı 2017). 47 engelli hasta ve bakım verenlerine yönelik yapılan bir çalışmada ise bakım verilen engelli/yaşlı sayısı arttıkça bakım veren bireylerde yaşam kalitesinin azaldığı gözlenmiştir (Tayaz ve Koç 2018). İnmeli hastalara bakım veren kişilere yönelik yapılan bir çalışmada çalışan bakım verenlerin %32'sinin bakım nedeniyle işlerini yürütemediği bu durumun kişi başına yılda yaklaşık 10,000 dolar maliyet kaybına neden olduğu tespit edilmiştir (Ganapathy et al 2015). İnmeli hastaların ve bakıcılarının dahil edildiği başka bir çalışmada, bakım veren katılımcıların %65,3'ünün hastanın öz bakımını (hasta transferi, üriner bakım, iletişim, kişisel bakım vs.) yerine getirmede zorlandıkları ve bağımlı bir hastaya bakım vermenin bakım yükü yaşamalarına neden olduğu gözlenmiştir (Şirzai, Delialioğlu, Sarı ve Özel 2015). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlere yönelik yapılan bir araştırmada da katılımcıların bakım vermeden önce ve sonrasındaki algılanan sağlık düzeylerinin değiştiği, %80,3'ünün bakım vermeden önce kendi sağlığını iyi olarak

yorumlarken, %51,6'sının bakım sonrası kendi sağlık durumunu kötü olarak yorumladığı saptanmıştır (Şahin, Polat ve Ergüney 2009).

Sonuç olarak bakım verme sürecinin, çocuk yetiştirme, kariyer geliştirme ve sosyal ilişkiler gibi pek çok unsurla bir arada yürütülmek zorunda olunması ve bakım verenlerin yukarıda belirtildiği gibi hem psikolojik, hem sosyal, hem fiziksel, hem de mali açıdan pek çok sorunla karşı karşıya kalmaları bakım verenlerin bakım yükü yaşamalarına neden olmaktadır (Brodaty and Donkin 2009, Arslantaş 2018).

Kanser tanısı almış hastalara bakım verenlere yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların %48,8'i orta düzey bakım yüküne sahipken, %38,8'i ise ağır düzey bakım yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir (Koç, Sağlam ve Çınarlı 2016). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %50,4'ünün hafif düzey, %35,2'sinin ise orta düzey bakım yüküne sahip olduğu, ayrıca yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyinin bakım yükünü etkilediği belirlenmiştir (Yıldız ve Ekinci 2017). 104 şizofreni hastalarına bakım verenlerin dahil edildiği bir çalışmada %86,5'inin ruhsal sağlığının bozulması açısından yüksek riskli olduğu, ayrıca fiziksel yük, duygusal yük ve ekonomik yükleri arttıkça ruhsal sağlık durumlarında da bozulmaların olduğu gözlenmiştir (Harmancı ve Duman 2016).

Bakım yükü, objektif ve subjektif olmak üzere iki kategoride ele alınmaktadır. Objektif bakım yükü; bakım veren bireyin bu süreçte yaşadığı aile ve sosyal çevre ilişkilerinde değişimler, günlük yaşam düzeninin değişmesi, sosyal aktivitelerinin kısıtlanması, ekonomik problemlerle karşılaşma, fiziksel sağlık sorunları yaşama ve boş zamanın olmaması şeklinde tanımlanırken, Subjektif bakım yükü; bakım verenlerin karşılaştığı değişiklikler karşısında gösterdikleri kaygı, stres, korku, öfke, sinirlilik, çaresizlik, keder, suçluluk duygusu, zorlanma gibi duygusal tepki ve tutumlar olarak tanımlanır (Brodaty and Donkin 2009, Atagün ve ark 2011, Sert 2015, Arslantaş 2018). Objektif ve subjektif bakım yüküne sahip bakım veren kişilerde, depresyon, kaygı, endişe, emosyonel stres, psiko-sosyal distress, tükenmişlik, ekonomik problemler, arkadaş ve sosyal çevrede azalma, boş zamanlarının olmaması, fiziksel sağlık sorunları, benlik saygısında azalma, kendisini

yetersiz hissetme, uyku, yeme problemleri yaşama ve kendi sağlık sorunlarını erteleme şeklinde sorunları meydana getirmekte ve bireylerin yaşam kaliteleri bozulmaktadır (Atagün ve ark 2011, Aşiret ve Kapucu 2012, Blake 2013, Sert 2015, Yıldırım, Yalçın ve Güler 2017, Qadeer et al 2017). İleri evre kanser hastalarının aile bakıcılarına yönelik yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %96'sında psiko-sosyal distres, %83'ünde üzüntü, %80'inde keder, %80'inde tükenmişlik, %70'inde anksiyete ve %21'inde depresyon olduğu, yaşam kalitelerinde en fazla bozulmaların duygusal rol ve zihinsel sağlıkta olduğu gözlenmiştir (Ullrich et al 2017). 100 bakım verenin dahil edildiği bir çalışmada katılımcıların %49'unun bakım yükü, %55'nin ruhsal sağlık sorunları yaşadığı görülmekte, ayrıca objektif yük, subjektif yük, fiziksel sağlık sorunları, anksiyete, uykusuzluk, sosyal işlev bozukluğu ve depresyonun genel bakım yükü ve ruhsal sağlıklarını etkilediği tespit edilmiştir (Anjum, Chaudhry and Irfan 2010). Taşdelen ve Ateş'in (2012) yaptığı bir çalışmada hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça zaman bağımlılık yükünün arttığı; Özyeşil, Oluk ve Çakmak'ın (2014) yaptığı çalışmada ise durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri arttıkça, zaman bağımlılık, gelişimsel, fiziksel, sosyal ve duygusal yüklerinin arttığı tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada bakım veren kişilerde bakım vermeye bağlı olarak %87,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu, kendi sağlık durumunu kötü olarak algılayan katılımcıların depresyona eğilimli olduğu (%72'si) ve uyku düzeninin daha kötü olduğu, ayrıca %46'sının anksiyete riski taşıdığı saptanmıştır (Karabulutlu, Akyıl, Karaman ve Karaca 2013). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada kanserli hastalarına bakım vermeye bağlı; bakım veren kişilerin %53,3'ünün stres yaşadığı, %56,7'sinin hastasına bakım konusunda gerekli desteği veremediği, %43,3'ünün endişe ve %30'unun ise sağlık problemi yaşadığı belirlenmiştir (Görgülü ve Akdemir 2010). Karabuğa ve Pınar'ın (2013) yaptığı bir çalışmada bakım veren bireylerin %90,8'inin ruhsal sağlık, %9,2'sinin fiziksel sağlık sorunları yaşadığı; kanser ve tedavisi sürecine bağlı kendi sorumluluklarını yerine getiremediği, iş ve aile hayatlarını idame ettirmede güçlük yaşadığı, aile ilişkilerine yeterince zaman ayıramadığı, ayrıca bakım veren katılımcıların sorumluluklarını yerine getirememesinin yaşam kalitelerini de etkilediği gözlenmiştir.



## 2.2. BAKIM YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bakım yükü, pek çok faktöre bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Literatür taramalarında bakım yükünü etkileyen faktörler; '*bakım verene ait özellikler*' ve '*bakım verilen hastaya ait özellikler*' olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Bakım verene ait özellikler; bakım veren bireyin sosyo-demografik özellikleri, hasta ile ilişkisi, hasta bakımı için sahip olması gereken bilgi, beceri ve öz-yeterlilik düzeyi, harcanan bakım süresi, algılanan sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, psikolojik sağlık durumu, problemle başa çıkabilme becerisi, maneviyatı, dini inancı veya hayata bakış açısı, aldığı sosyal destek düzeyine ırk-etnik kökeni olarak tanımlanırken, bakım verilen hastaya ait özellikler ise; hastanın sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ait faktörler, hastalığa ait fonksiyonel ve bilişsel semptomlar, hastanın bağımlılık düzeyi, hastanın hastaneye yatış/kalış durumu olarak tanımlanmaktadır (Savage and Bailey 2004, Özer 2010b Rafiyah and Sutharangsee 2011, Aşiret ve Kapucu 2012, Urizar et al 2014, Atkan ve Özkan 2017, Wit et al 2018).

### 2.2.1. Bakım Verene Ait Özellikler

#### 2.2.1.1. Sosyo-demografik özellikleri

Bakım veren kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, sosyal güvence varlığı, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı ve gelir durumu gibi sosyo-demografik özellikler bakım yükünü etkilemektedir (Savage and Bailey 2004, Rafiyah and Sutharangsee 2011, Aşiret ve Kapucu 2012, Urizar et al 2014, Wit et al 2018). Kansere mücadele eden eşler üzerinde yapılan ve 46 makalenin dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında cinsiyetin etkisi üzerinde durulmuş, kadın bakım verenlerin erkeklere göre daha fazla stres yaşadığı, eşlerin birbirleri ile ilişkilerinin ılımlı olduğu, fakat eşlerin kanserle baş etme sürecinde duygusal tepkiler verdiği ve ayrıca oluşan cinsiyet farklılığının kanserin özelliklerinden (türü, evresi ve şiddeti vs.) etkilendiği tespit edilmiştir (Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra and Coyne 2008). 172 demanslı hastaya bakım verenlere yönelik yapılan çalışmada eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların bakım yükünün yüksek olduğu, kadınların erkeklere göre daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu, bakım rolünde ve yönetiminde zorlandığı, toplam katılımcıların %68'inin bakım yükü altında olduğu ve %65'inin ise

depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari and Sourtzi 2007). Benzer şekilde yapılan başka bir araştırmada ise bakım veren katılımcılardan daha yaşlı olan, kadın cinsiyetine sahip, bakım verdikleri hasta ile aynı evde kalan eşlerin; daha genç, erkek cinsiyetine sahip, bekar ve hastası ile aynı evde yaşamayan bakım verenlere göre bakım yüklerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Kim, Chang, Rose and Kim 2012). Kore'de demanslı yaşlı hastalar ve bakım verenleri için yapılmış bir çalışmada bakım verenlerin yaşı ve hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım yükünün de arttığı tespit edilmiştir (Lim, Son, Song and Beattie 2008). Çin'de kalp yetmezliği tanısı alan hastalar ve bakıcılarına yönelik yapılan bir araştırmada bakıcıların eğitim düzeyi, medeni hali, aylık gelir düzeyi, iş durumu, hasta ile ilişkisinin bakım yüküne neden olduğu ve hastaların yetişkin çocuklarının daha fazla bakım yükü yaşadığı saptanmıştır (Hu, Yang, Kong, Hu and Zeng 2018). Yunanistan'da ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerde bakım verenlerin cinsiyeti, medeni durumu, küçük çocuk sahibi olma, anksiyete ve depresyon düzeylerinin zaman-bağımlılık yüküne neden olduğu belirlenmiştir (Govina et al 2014).

#### **2.2.1.2. Hasta ile ilişkisi**

Bakım veren kişilerin bakım verdikleri hasta ile ilişkisi; ebeveyni (özellikle anne), eşi, kızı/oğlu ve ya kardeşi olması bakım yüküne neden olmaktadır (Savage and Bailey 2004, Aşiret ve Kapucu 2012, Urizar et al 2014). Ak ve ark. nın (2012) yaptığı bir çalışmada kronik psikiyatrik hastalığa sahip kişilere bakım veren eşlerin %35'i, ebeveynlerin ise %33,75'inin öznel yük yaşadığı gözlenmiştir. Kanser hastalarına bakım veren bireylere yönelik yapılan bir araştırmada bakım sürecinin aile içi ilişkileri etkilediği, kanser hastasına bakım veren ebeveynlerin özel hayatlarında değişim yaşadığı, eşleri ve çocukları ile yeterli zaman geçiremediği ifade edilirken, kanserli hastasına bakım veren eşlerin ise hastalarının ruhsal durumlarının kendilerini kötü bir şekilde etkilediği bildirilmiştir (Aktaş, Barış, Hıdıroğlu ve Save 2012). Kronik hastalığa sahip kişilere bakım veren eşler ve yetişkin çocuklarda bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaya bakım vermenin nesnel yüklerini arttırdığı ve hastada görülen semptomların her iki grup için bakım yüküne neden olduğu gözlenmiştir. Ayrıca çalışmada katılımcı eşlerin, yetişkin çocuklara

göre daha fazla stres yaşadığı ve yetişkin çocukların ise hastaları için kurumsal destek almaya daha meyilli olduğu saptanmıştır (Savundranayagam, Montgomery and Kosloski 2010). Benzer şekilde bakım veren eş ve yetişkin çocuk arasındaki farkı incelemek üzere yapılan bir araştırmada, bakım veren eşlerin yetişkin çocuklara göre daha fazla zihinsel, fiziksel sağlık problemleri yaşadığı, günlük aktivitelerini yerine getirmede zorlandığı ve öznel yüke sahip olduğu gözlenirken, bakım veren yetişkin çocuklarda ise bakım için daha fazla zaman harcadığı, buna bağlı kişisel sorumluluklarını yerine getirmede zorlandığı ve bakım için yeterli deneyime sahip olmadığı belirlenmiştir (Oldenkamp et al 2016).

### **2.2.1.3. Bilgi, beceri ve öz-yeterlilik düzeyi**

Bakım veren bireylerin bakım işlevi için yeterli bilgi, beceri düzeyi ve öz-yeterliliğe sahip olma veya yetersiz düzeyde olması, bakım için yardım alma veya almama durumu bakım yüküne neden olan faktörler arasındadır (Savage and Bailey 2004, Rafiyah and Sutharangsee 2011). Çin'de kalp yetmezliği hastalarına bakım veren bireylere yapılan araştırmada bakım süresi, bakım verenlerin-öz yeterliliği ve sosyal destek düzeyinin bakım yükünü etkilediği tespit edilmiştir (Hu, Dolansky, Hu, Zhang and Qu 2016). 40 katılımcı ile yapılan benzer bir çalışmada beyin tümörlü hastalara bakım verenlerin çalışma durumu, bakım için yardım alma, hasta bakımı konusunda deneyimli olma durumlarının bakım yükü ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (Malak ve Dicle 2008). Kanser hastalarına bakım veren bireylere yönelik yapılan çalışmada katılımcıların öz-yeterliliğin ılımlı düzeyde olduğu, bakım verenlerin öz yeterlilik düzeyi azaldıkça bakım yüklerinin arttığı gözlenmiştir (Yildiz, Karakas, Güngörmüş ve Cengiz 2017). Kronik hastalığa sahip bireylere bakım verenlerin %60'ı günlük görevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyarken, %40'ının yardıma gerek duymadığı ve yardıma ihtiyacı olan katılımcıların %88'inin yüksek düzeyde bakım yüküne sahip olduğu belirlenmiştir (Garlo, O'Leary, Ness and Fried 2010). Kronik hastalığa sahip hastalara bakım verenlerin %74,8'i bakım için yardım almadığını, %52,3'ü başka sorumluluklarını yerine getiremediğini, %90'nı bakım için yeterli deneyime sahip olmadığını belirtmiş ve bakım için yardım almayan katılımcıların alanlara göre yaşam kalitelerinin düşük, bakım yüklerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Yeşil, Uslusoy ve Korkmaz 2016).

#### **2.2.1.4. Bakım süresi**

Hastaya bakım verme işlevinde bakım süresi arttıkça bakım verenler kişisel sorumluluklarını yerine getirmede zorlanma, iş ve kariyer planlaması yapamama, tıbbi randevularını erteleme veya gidememe, kendi sağlık sorunları ile ilgilenememe, aile ilişkileri için yeterli zaman bulamama, boş zaman olmaması şeklinde problemler yaşamakta ve bu durumların hepsi bakım yüküne neden olmaktadır (Brodaty and Donkin 2009, Aşiret ve Kapucu 2012, Sert 2015, Wit et al 2018). Yapılan bir çalışmada uzun süreli bakım verenlerin daha fazla bakım yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir (Kim et al 2012). Kanserli hastaların primer bakım verenlerine yönelik yapılan bir araştırmada bakım verme süresi azaldıkça bakım yükü puanlarının da azaldığı, '*üç yıl ve üzeri*' bakım veren katılımcılarda diğer bakım süresi gruplarına göre bakım yükünün daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Orak ve Sezgin 2015). Demanslı hastaya bakım verenler üzerinde yapılan bir araştırmada ise bir yıldan uzun süre bakım verenlerin bakım yüklerinin arttığı, katılımcıların %38,2'sinin bakım sürecine bağlı sağlık sorunları yaşadıkları, %64'ünün aile içinde güçlük yaşadığı, en çok yaşanan güçlüklerin ise bakımda zorlanma, psikolojik problemler yaşama ve finansal sorunlar olduğu gözlenmiştir (Eğilli ve Sunal 2017). Yapılan başka bir çalışmada bakım verenlerin bakım yükünün çalışma durumu, bakım verilen hastanın bağımlılık düzeyi ve bakım sürelerinden etkilendiği, çalışan bakım verenlerin çalışmayanlara göre üç kat daha fazla bakım yükü yaşadığı, bağımlılık düzeyinin arttıkça bakım yükünün de arttığı ve günde 14 saatten fazla bakım verenlerin daha az süre bakım verenlere göre bakım yükünün beş kat daha fazla olduğu gözlenmiştir (Ghazali et al 2015).

#### **2.2.1.5. Algılanan sağlık durumu**

Bakım veren kişilerin kendi sağlık algısı; sağlığını '*iyi*' veya '*kötü*' şeklinde yorumlaması, yaşamdan aldığı zevk, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu düzeyi bakım yükünü etkilemektedir (Leow and Chan 2011, Rafiyahand Sutharangsee 2011, Manzini, Brigola, Pavarini and Vale 2016). 129 katılımcı ile yapılan bir çalışmada bakım veren bireyler, bakım işlevinden önce algıladıkları sağlık durumunu %64,4'ü '*iyi*', %1,6'sı '*kötü*' olarak bildirirken, bakım işlevini gerçekleştirdiği süreçte

%40,4'ünün 'iyi', %14,7'sinin 'kötü' olarak bildirdiği gözlenmiştir (Ateş ve Bilgili 2013). 1594 katılımcı ile yapılan bir çalışmada bakım verenlerde genel sağlık algısı bakım veren yaşı, ailevi ilişkiler, eğitim seviyesi ve gelir düzeyinden etkilenmekte, öznel ve nesnel bakım yükü arttıkça genel sağlık algısının bozulduğu saptanmıştır (Hughes, Hurder, Weaver, Kubal and Henderson 1999). İnme hastalarına bakım verenlere yönelik yapılan çalışmada bakım verenlerin algılanan sağlık durumunu '*çok sağlıklı*' olarak değerlendirenlerin yaşam kalitelerinin yüksek düzeyde olduğu gözlenirken, algılanan sağlık durumunu '*çok sağlıksız*' olarak tanımlayanlarda ise bakım yüklerinin daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Jeong, Jeong, Kim and Kim 2015). 63 diyaliz hastasına bakım veren bireylere yapılan bir araştırmada bakım verenlerin algılanan genel sağlık düzeyi bozuldukça bakım yükünün arttığı, fakat bu durumdan anksiyete ve depresyon düzeylerinin etkilenmediği tespit edilmiştir (Babayiğit 2009).Yapılan başka bir araştırmada ise yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin büyük çoğunluğu (%86) başlangıçta kendi sağlıklarını 'iyi' olarak tanımlarken şu andaki sağlıklarını 'kötü' olarak tanımlayanların oranının %45 olduğu ve sağlıklarını kötü olarak algılayan bakım verenlerin iyi-orta olarak algılayanlara göre bakım yükünün daha yüksek olduğu saptanmıştır (Zaybak ve ark 2012).

#### **2.2.1.6. Fiziksel sağlık durumu**

Bakım verenlerin kronik bir hastalığa sahip olması, yorgunluk, ağrı, solunum problemleri, gastrointestinal problemler (mide-bağırsak sorunları), güçsüzlük, halsizlik ve uyku düzensizlikleri bakım yüküne neden olan faktörler arasındadır (Leow and Chan 2011, Manzini et al 2016). Diyabeti olan ve diyabeti olmayan bakım verenlerin karşılaştırılmasına yönelik yapılan bir çalışmada, diyabeti olan bakım verenlerin olmayanlara göre günlük aktivitelerini yerine getirmede daha fazla zaman harcadığı, ayaktan tedavi görme durumlarında %91'lik artış olduğu ve Zarit Bakım Yükü ölçek puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Lebec et al 2016). Yıldız ve ark. nın (2016) yaptığı tanımlayıcı bir araştırmada bakım verenlerin %42,5'inde yorgunluk, %70'inde iştahsızlık, %44,5'inde uykusuzluk ve %44'ünün ise kişisel bakımını gerçekleştirmede problem yaşadığı belirlenmiştir. Yaşlı hastalara bakım verenlere yönelik yapılan bir çalışmada da katılımcıların %57'si ağrı, %49'u sistemik arteriyel hipertansiyon, %43'ü sırt problemleri ve %41'inin uykusuzluk

yaşadığı, mevcut sağlık durumlarının hafif düzeyde bakım yüküne neden olduğu ve %16.2'sinin depresif belirtilere maruz kaldığı tespit edilmiştir (Brigola et al 2017).

#### **2.2.1.7. Psikolojik sağlık durumu**

Bakım veren kişiler çok fazla stres, anksiyete, kaygı, tükenmişlik ve depresyon yaşamakta, yaşam kaliteleri düşmekte ve bu durum bakım yüküne neden olmaktadır (Özer 2010b, Aşiret ve Kapucu 2012, Urizar et al 2014, Wit et al 2018). Yıldız ve ark. nın (2016) yaptığı olduğu çalışmada bakım veren bireylerin %49,5'inin sıkıntı, %46'sının güçsüzlük, %50'sinin korku ve %48'inin ümitsizlik yaşadığı ayrıca stres düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır. 265 makalenin taranması ile yapılan bir çalışmada fiziksel olarak zayıf ve yaşlı olan bakım verenlerin, anksiyete ve depresyon yaşadıkları, ayrıca bu kişilerin kanser, diyabet ve demans hastalarına bakım verirken fiziksel zorlanma kadar psikolojik distres ve finansal problemler yaşadıkları da tespit edilmiştir (Ringer, Hazzan, Agarwal, Mutsaers and Papaioannou 2017). İnmeli hastalara bakım verenlere yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların %51,82'si kendi sağlıklarının olumsuz etkilendiğini, %57'sinin fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları yaşadığı, yaşanan sorunların başında duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın geldiği, ayrıca erkeklerin kadınlara oranla tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tuna ve Olgun 2010).

#### **2.2.1.8. Problemlerle başa çıkabilme becerisi**

Bakım verenler; yaşamış olduğu kaygı, endişe, stres nedeniyle yaşadıkları problemlerle baş edememekte buna bağlı sıkıntı, zorlanma, bakım vermekten kaçınma veya bakımı bırakma durumları yaşanmakta ve bu durumu bakım yüküne neden olmaktadır (Savage and Bailey 2004, Eppers et al 2008, Urizar et al 2014). Bakım verenler karşılaştıkları problemlerle baş edebilmek için, duygu odaklı ve sorun odaklı stratejiler kullanabilmektedir. *Duygu odaklı baş etme stratejilerinde;* duygusal tepkiler öne çıkarken, sorun odaklı baş etme stratejilerinde ise soruna odaklanılmakta ve mevcut kaynaklar sorunun çözümü için kullanılmaktadır (Arslantaş 2018). 64 katılımcı ile yapılan bir çalışmada bakım verenlerde stresle baş etme tarzları ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu; kendine güvenen ve iyimser yaklaşımı benimseyen katılımcıların daha az bakım yükü yaşadığı, çaresiz ve

boyun eğici yaklaşım tarzlarını benimseyen katılımcılarda ise bakım yükünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz ve Ata 2017). İnme hastalarına bakım verenlere yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların bakım süreci ile baş edebilmek için kullandıkları stratejiler; %72,33'nün sosyal destek alma , %70'inin mevcut durumu kabul etme, %68,5'inin sorunlarını kendi başına çözmeye ve %58,11'inin dini ritüelleri gerçekleştirme olduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada inkar ve suçlamanın bakım yükünü etkilediği, bakım yükü arttıkça bakım verenlerin başkalarını suçlama eğiliminde olduğu ve bu duruma bağlı olarak bakım verenlerin stres düzeyini azaltmak için alkol kullanma, sigara içme veya diğer zararlı aktivitelere yöneldiği saptanmıştır (Kumar, Kaur and Reddemma 2015).

#### **2.2.1.9. Maneviyatı/dini inancı veya hayata bakışı**

Bakım veren bireylerde dini inanç ve maneviyat düzeyi, dini ritüelleri gerçekleştirmek, pozitif/negatif bakış açısı ve olumlu/olumsuz tutum sergileme bireylerde stres, depresyon, problemle baş etme durumlarını ve bakım yükü düzeylerini etkilemektedir (Hebert, Weinstein, Martire and Schulz 2006). Yapılan bir araştırmada yaşlı hastalara bakım veren bireylerde dini baş etme yöntemlerinin kullanıldığı, pozitif düzeydeki dini baş etme yöntemlerinin bakım verenler tarafından daha çok tercih edildiği, olumsuz maneviyat düzeyinin depresif belirtiler ile ilişkili olduğu, ayrıca din ve maneviyatın bakım verenlerde stresle baş etmenin bir yolu olarak kullanıldığı tespit edilmiştir (Vitorino et al 2018). Alzheimer hastalarına bakım veren 209 katılımcı ile yapılan bir çalışmada bakım veren bireylerde maneviyat düzeyi arttıkça depresif belirtilerin azaldığı, ancak anksiyete düzeylerinin etkilenmediği gözlenmiştir (Samadi, Mokhber, Faridhosseini, Haghighi and Assari 2015). 285 katılımcı ile yapılan bir çalışmada 60 yaş üzeri olan ve pozitif düşünceye sahip bakım verenlerin, bakım verme işlevine bağlı olarak gelişen zihinsel veya duygusal durumlarını değerlendirebildiği, yaşamdan memnuniyet duyduğu ve pozitif düşünceye bağlı gelişen yaşam doyumunun bakım yükünü de olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Fauziana et al 2018).

### **2.2.1.10. Sosyal destek düzeyi**

Bakım veren kişilere aile, akraba, komşu, arkadaş, sosyal gruplar, uzmanlar veya kurumlar tarafından sosyal destek sağlanabilmekte, alınan sosyal destek düzeyi ve kalitesi, kişinin kendi algıladığı sosyal destek düzeyinden memnuniyet/memnuniyetsizlik, aile ile vakit geçirebilme/geçirememeye, yetersiz akraba veya arkadaş desteği alma veya aile içi ilişkilerde bozulma durumları bakım yüküne neden olmaktadır (Savage and Bailey 2004, Urizar et al 2014). Yapılan bir çalışmada bakım veren aile üyelerinde %60,5'inin güncel olayları takip etmede zorlanma, %59,5'inin komşuluk ilişkilerinde ve %61,5'inin ise diğer insanlarla iletişimde azalma yaşadıkları tespit edilmiştir (Yıldız ve ark 2016). İnmeli hastalara bakım verenler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcılarda aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeyleri azaldıkça bakım yüklerinin arttığı saptanmıştır (Tosun ve Temel 2017). 203 katılımcı ile yapılan çalışmada bakım yükünün gelir düzeyi düşük, kötü sağlığa ve düşük sosyal destek düzeyine sahip bakım veren bireylerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Chien, Chan and Morrissey 2007). Başka bir çalışmada ise ruhsal hastalığa sahip kişilere bakım verenlerin bakım işlevine bağlı aile ve iş ortamındaki rollerinin etkilendiği, bu kişilerde bakım yükünün etkilemeyenlere göre daha yüksek olduğu, aile ve iş ortamındaki rollerinde problem yaşamayan katılımcılarda ise yaşayanlara göre sosyal destek düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Türkmen 2015).

### **2.2.1.11. Irk-etnik köken ve kültürün etkisi**

Bakım veren bireylerin ırk-etnik kökeni ve kültürü bakım yükünü etkilemekte; bireylerde bakım işlevi, ırk-etnik kökene göre farklılık göstermekte ve yaşadığı toplumun kültürü, algısı, değerleri ve normları doğrultusunda gerçekleştirilmektedir (Dilworth-Anderson, Williams and Gibson 2002, Urizar et al 2014, Manzini et al 2016). Bakım verenlerde yaygın olan kültürel değerlerin; aile ve evlilik kavramına bağlılık, akraba ile karşılıklı ilişki içinde olma, aile büyüklerine karşı yaşlılık döneminde de bakım sorumluluklarını devam ettirme olduğu görülmektedir (Dilworth-Anderson et al 2002). Yapılan bir çalışmada, bakım verme rolü ile baş etmede siyah ırktaki bakım verenlerin beyaz ırktan olanlara göre eğitim seviyeleri ile gelir düzeylerinin düşük ve geniş aile yapısına sahip olduğu, ayrıca siyah ırka sahip



bakım verenlerin geleneklerine daha fazla bağılı olduğu, bakım sorumluluğundan kaçınma veya durumu kabul etme şeklinde baş etme yöntemlerini kullandığı ve bu yüzden daha fazla psikolojik distrese maruz kaldığı gözlenmiştir (Sander et al 2007). 18 çalışma ile yapılan bir derlemede Amerikalı bakım verenlerin Afrika kökenli bakım verenlere göre daha fazla aktivite kısıtlılığı, maddi sıkıntı, stres, depresyon ve bakım yükü yaşadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada Latin kökenli bakım verenlerin Amerikalı bakım verenlere göre daha fazla stres ve depresyon yaşadıkları, bu durumun sebebinin ise etnik köken ve bakım verenlerin hasta ile ilişkisinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada Latin kökenli bakım verenlerin Afrika kökenli bakım verenlere göre kişisel ve rol güçlüğü yaşadığı, Koreli bakım verenlerin de Afrika kökenli bakım verenlere göre daha fazla gelişimsel ve sosyal yük yaşadıkları gözlenmiştir (Janevic and Connell 2001).

## **2.2.2. Bakım Verilen Hastaya Ait Özellikler**

### **2.2.2.1. Hastanın sosyo-demografik özellikleri**

Bakım verenlerde bakım yükü, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve ek hastalığı olması gibi hastaya ait sosyo-demografik özelliklerden etkilenebilmektedir (Rafiyah and Sutharangsee 2011, Aşiret ve Kapucu 2012, Chiao, Wu and Hsiao 2015). Gülseren ve ark. nın (2010) şizofren tanısı almış hastalara bakım verenlere yönelik yapmış olduğu çalışmada bakım verenin kadın, bakım alıcısının cinsiyetinin erkek olması, bakım verenin hastasından şiddet görmesi, hastanın bedensel bir hastalığa sahip olması gibi faktörlerin ailelerin de bakım yükünü arttırdığı belirlenmiştir. 342 yaşlıya bakım verenlerin dahil edildiği bir çalışmada 85 ve üzeri yaş grubunda olan, eğitimi ilkökul mezunu olmayan, inme hastalığına sahip, sosyal güvencesi bulunmayan ve bağımlılık düzeyi yüksek olan bir yaşlıya bakım veren katılımcıların bakım yüklerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Selçuk ve Avcı 2016).

### **2.2.2.2. Hastalığa ait faktörler**

Bakım veren bireylerin demans, kanser, inme, kronik psikiyatrik hastalık vs. gibi tanılara sahip hastalara bakma, hastaların tanı alma süresi, hastalığın şiddeti ve evresi gibi faktörler bakım yükünü etkilemektedir (Özer 2010b, Atagün ve ark 2011, Urizar et al 2014, Atkan ve Özkan 2017). Örneğin; kanserli hastalara bakım

verenlerin hastalığa adaptasyonu, hastalığın süresi, evresi, kötüleşen semptomların sıklığı ve şiddeti bakım verenlerin stres düzeyleri ile bakım yüklerini arttırarak, yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır (Polat 2011). İran'da kanser hastalarına bakım verenlere yönelik yapılan bir çalışmada bakım verenlerin stres düzeyleri; bakım verilen hastanın cinsiyeti, hasta-bakıcı ilişkisi, kanser tanısı alma süresi ve aylık gelir düzeylerinden etkilendiği, ayrıca katılımcılarda stres düzeylerinin artması fiziksel, duygusal, sosyal ve zaman-bağımlılık yüküne neden olduğu belirlenmiştir (Mirsoleymani, Rohani, Matbouei, Nasiri and Vasli 2017). Kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastalara bakım veren 80 katılımcı ile yapılan bir çalışmada başka bir psikiyatrik bozukluğu olan hastaya bakmanın bakım yükünü arttırdığı, hastalığın şiddeti arttıkça bakım verenlerin öznel yükünün arttığı, ayrıca şizofreni hastalarına bakım verenlerin ve bipolar bozukluğa sahip hastalara bakım verenlerin her ikisinde de öznel bakım yükünün yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ak ve ark 2012). Kalp yetmezliği hastalarına bakım verenlerde yapılan bir araştırmada kalp yetmezliğinin şiddeti, hastanın cinsiyeti, bakım verilen hastanın fiziksel ve mental sağlık düzeyi bakım verenlerin günlük işlevlerini yerine getirmede zorlanma, aile desteğinde azalma ve fiziksel güç kaybı yaşamalarına neden olduğu, ayrıca bakım yükünü arttırdığı gözlenmiştir (Luttik et al 2007). Yapılan başka bir çalışmada kemoterapi alan, kanser evresi 4 olan, metastazları yaygın, ayrıca 7 ay ve üzeri tanı süresine sahip hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin anlamlı düzeyde etkilendiği belirlenmiştir (Özdemir ve ark 2017).

### **2.2.2.3. Hastalığa ait fonksiyonel ve bilişsel semptomlar**

Hastanın hastalığa ait bilişsel ve fonksiyonel semptomlarının varlığı (ağrı, ajitasyon, saldırgan tutum, inkontinans, konstipasyon, sanrı varlığı, oryantasyon sorunu, konuşma problemleri, uyku problemleri vs.), bakım verenlerin bu semptomları yönetmede yeterli bilgiye ve deneyime sahip olmaması emosyonel stres, anksiyete ve bakım yüküne neden olmaktadır (Özer 2010b, Polat 2011, Rafiyah and Sutharangsee 2011, Atkan ve Özkan 2017, Wit et al 2018). Sinha ve ark. nın (2017) yaptığı bir çalışmada demans ve psikoz hastalarının zihinsel işlevlerinin bozulması, demans süresinin uzaması, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, demansın getirdiği psikolojik ve davranışsal semptomların artması bakım verenlerde bakım yüküne

neden olduğu tespit edilmiştir. Çin'de bakım veren aile üyelerine yapılan bir çalışmada demansın getirdiği idrar inkontinansı, davranış bozukluğu, gece dolaşmaları ve konuşma zorluğu gibi semptomların bakım verenlerin emosyonel ve psikolojik iyilik halini etkilediği, hastanın bağımlılık seviyesinin arttıkça aile üyelerinin fiziksel zorlanma yaşadığı, kültürel sebeplerden dolayı aile bireylerinin çok fazla baskı görmesi onların sosyal desteğini azalttığı ve stres yaşamalarına neden olduğu tespit edilmiştir (Petrus and Wing-Chung 2006).

#### **2.2.2.4. Hastanın bağımlılık düzeyi**

Hasta bireyin bağımlılık düzeyi, günlük aktivitelerini yerine getirmede yetersiz kalma, engelli veya sakat olması bakım verenlerde bakım yükünü arttırmaktadır (Savage and Bailey 2004, Rafiyah and Sutharangsee 2011, Aşiret ve Kapucu 2012, Cheng 2017). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin; %61,5'inin hastalarının ilaçlarını verme, %44'ünün giyinme-soyunmasına ve %36,7'sinin ise banyo yapmasına yardımcı olma gibi bakım aktivitelerinde bulunduğu, ayrıca 65 yaş ve üzeri, mobilizasyonda yardımcı cihaz kullanan ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirilmede bağımlı olan hastalara bakım vermenin yaşam kalitesi ve bakım yüklerini olumsuz şekilde etkilediği saptanmıştır (Tel, Demirkol, Kara ve Aydın 2012). 80 katılımcının dahil edildiği bir çalışmada inmeli hastaların %41,3'ünün tamamen, %23,8'inin ise ciddi düzeyde bağımlı olduğu, hastaların bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin uyku kalitesinin bozulduğu ve bakım yükünün arttığı belirlenmiştir (Görgülü, Polat, Kahraman, Özen ve Arslan (2016). Demans hastalarına bakım verenlerin dahil edildiği bir araştırmada hastaların bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerde anksiyete, depresyon ve düşmanlık duygularının geliştiği, ayrıca zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, emosyonel yük, sosyal yük ve fiziksel yükün arttığı gözlenmiştir. Ayrıca çalışmada bakım verenlerde gözlenen düşmanlık duygusu ve zaman-bağımlılık yükünün hastanın finansal becerilerindeki bozulmalardan kaynaklandığı, gelişimsel yükün artmasına ise hastanın ulaşım becerilerindeki bozulmanın neden olduğu tespit edilmiştir (Razani et al 2007).

### **2.2.2.5. Hastanın hastaneye yatış/kalış durumu**

Bakım gereksinimi olan hastanın hastaneye sık yatması, uzun süre hastanede kalması ve tedavi sürecinin uzaması bakım veren kişilerin bakım yükünü etkilemektedir (Sert 2015). Yazıcı ve ark.nın (2016) yaptığı bir çalışmada hastanın işlevselliği, hastaneye yatış sayısı, bakım verenin hasta ile aynı yerde yaşaması, hastayla geçirilen süre ve aylık gelir düzeylerinin bakım yüküne neden olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara bakım veren 235 bireyin dahil edildiği bir çalışmada hastalık süresi ve hemodiyaliz tedavi süresi arttıkça katılımcıların bakım yüklerinin de arttığı belirlenmiştir (Gülpak ve Kocaöz 2014). Gülseren ve ark. nın (2010) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının tanı süresinin ve hastanede yatarak tedavi görme sayısının artması katılımcıların anksiyete, depresyon, öznel ve nesnel yüklerini arttırdığı tespit edilmiştir. İnmeli hastalara bakım verenlere yönelik yapılan bir çalışmada erkek hastalara bakım verme ve hastaneden taburcu olduktan sonra ücretli yardım alma durumları bakım yükünü arttırırken, hekim ziyaretlerinin sayısı arttıkça bakım veren bireylerin bakım yükünün arttığı tespit edilmiştir (Nelson, Smith, Martinson , Kind and Luepker 2008).

### **2.3. BAKIM YÜKÜNÜ AZALTMAYA YÖNELİK GİRİŞİMLER**

Bakım verenlerin bakım yükü, hasta ve bakım verenlere yönelik olarak yapılan girişimler ile azaltılabilmektedir. Bakım yükünü azaltabilmek için uygulanabilecek girişimler; bilgi gereksinimlerin karşılanması (hastalığın tanısı, tedavisi, hastalığın aile üzerindeki etkisi, hastanın öz bakımı/ev bakımının sağlanması, bakım desteği, hastane bakımı, hastalığın takibi ve rehabilitasyonu hakkında bilgiler vs.), bakım için yardım almasını sağlama,diğer aile üyelerini de bakım sürecine dahil etme, bakım için destek gruplarına dahil olmasını sağlama, bakım evleri veya çeşitli kurumlar aracılığı ile bakım verenin mola vermesini ve ya dinlenmesini sağlama, problem çözme/bakım becerisini geliştirmesine yardımcı olma (hastalığın semptomları ile başa çıkabilme ve yönetebilme vs.), bakım için teşvik etme,emosyonel gereksinimlerini karşılayacak terapi yöntemleri geliştirme, aile ilişkilerini geliştirme, fiziksel ve zihinsel yorgunluğu azaltacak terapiler uygulama (masaj, müzik dinleme, günlük egzersiz yapma veya yürüyüş, duygu, düşünce veya hislerini yazıya dökmek

vs.), uyku hijyeninin sağlanması, hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanları, fiziksel ve mesleki terapistlerden danışmanlık hizmeti alabilmesini sağlama, telefon, internet veya web tabanlı yöntemler kullanmasını sağlayarak bakım vericilerin özellikle istediği her vakitte ve sürekli olarak danışmanlık hizmeti alabilmesini sağlama, bakımı kolaylaştıracak teknolojik yöntemler kullanma (olağandışı durumları haber verecek ev monitörleri, alarmlı ilaç dağıtıcıları, sesli hatırlatıcı cihazlar kullanma vs), eve bağlı ve sosyal izolasyonu olan hastalara yönelik entegre telefon sistemi ile canlı eğitim programları uygulama, stres kaynaklarını belirleme, stresle baş edebilme becerisini geliştirme ve stres yönetiminde bakım verenin kendisini geliştirmesine yardımcı olma şeklinde sıralanmaktadır (Applebaum and Breitbart 2013, Adelman et al 2014, Sert 2015, Çapan 2016, Kent et al 2016). Yapılan bir çalışmada inmeli hastalara bakım veren 50 yaş üzerindeki katılımcılara 12 hafta boyunca problem çözme becerilerini geliştirecek yöntemler kullanılmış 13. haftada yapılan tekrar ölçümler sonucunda bakım verenlerin depresyon düzeylerinin azaldığı ve bakım sürecinden olumlu düzeyde etkilendiği saptanmıştır (Günel 2014).İleri evre gastrointestinal kanser hastalarına bakım verenlerin yarısına kendisi gibi kanser hastasına sahip ailelerin yer aldığı ve ailelerin kendi baş etme stratejilerini sunduğu akran desteği verilmiş, diğer yarısına telefon yardımı ile baş etme becerilerini geliştirmesi sağlanmıştır. Her iki grupta başlangıçta orta derece psikolojik distrese sahipken, girişimden sonraki 1. ve 5. haftalarda ölçümler yapılmış, ölçümlerin sonucunda her iki gruptaki katılımcıların olumlu bakış açısı için baş etme stratejileri geliştirebildiği, bakım verenin yorgunluk düzeylerinin azaldığı ve bakım yükünde küçük çaplı düşüş yaşandığı gözlenmiştir (Mosher et al 2017). 12 çalışmanın dahil edildiği bir araştırmada bakım verenler aileden aileye destek programına dahil edilmiş, program sonunda şizofreni hastalarına bakım verenlerin memnuniyet ve bilgi düzeyleri, aile işlevsellikleri, sosyal destek düzeylerinin arttığı ve bakım yükünün azaldığı tespit edilmiştir (Bademli ve Duman 2011).

Hastalığın özelliği, tedavisi, belirtileri, hasta ile iletişim yöntemleri, stres kontrolü ve problemle baş edebilme konularını içeren psiko-eğitimin uygulandığı başka bir çalışmada katılımcıların eğitimden sonraki 3. ayda yapılan ölçümlerde bakım yükünün azaldığı tespit edilmiştir (Çabuk 2014)). Benzer şekilde yapılan başka bir

çalışmada psiko-eğitim programına dahil edilen katılımcıların eğitim sonunda bakım yüklerinin önemli düzeyde azaldığı gözlenirken, kadın cinsiyetine sahip, 51 yaş üstü, eğitim seviyesi düşük, çalışmayan ve bakım konusunda yardım almayan katılımcıların eğitim sonrasında da bakım yüklerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Tanrıverdi 2008).

Demanslı hastaya bakım veren 100 kadının dahil edildiği bir çalışmada, egzersiz grubuna dahil edilen katılımcılardan haftada 30-40 dakikalık yürüyüş yapmaları, günlük rutin aktivitelerini arttırmaları istenmiş, beslenme eğitimi grubuna dahil edilen katılımcılara ise telefon destekli beslenme eğitim uygulanmıştır. Eğitimlerin sonunda her iki grupta da yaşlı, başlangıçta daha düşük depresyon ve kaygı düzeyine sahip kadınların eğitimlere daha fazla uyum gösterdiği, stres, depresyon ve bakım yükü düzeylerinin ise önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir (Castro, Wilcox, O'Sullivan, Baumann and King 2002). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada demanslı hastalara bakım verenler beslenme eğitimi ve egzersiz programı olmak üzere iki gruba dahil edilmiş, 12 aylık program sonunda katılımcılarda strese bağlı kan basınçlarının düştüğü, uyku kalitesinin arttığı, uyku hijyeninin sağlanmasına bağlı objektif ve subjektif yükün azaldığı, beslenme eğitimi alan katılımcıların egzersiz programına katılanlara göre 12 ayın sonunda vücut yağ oranının daha fazla düştüğü, ayrıca her iki grupta da stres ve depresyon düzeylerinin başlangıca göre iyileşme gösterdiği tespit edilmiştir (King, Baumann, O'Sullivan, Wilcox and Castro 2002).

McCullagh, Brigstocke, Donaldson ve Kalra'nın (2005) yaptıkları bir çalışmada, inmeli hastaların bakım verenlerine bakım yönetimi için temel hemşirelik bilgileri ve kişisel bakım eğitimi verilmiş, 3. ve 12. ayda ölçümler yapılarak katılımcılar değerlendirilmiştir. Bu ölçümlere göre 3. aydaki bakım yükünün %50'sine, hasta ve bakım veren bireylerin anksiyete düzeylerinin neden olduğu, katılımcıların 3. ve 12. ayda yaşam kalitelerinin yükseldiği, bakım verenlere uygulanan eğitimin hasta ve bakım veren özelliklerine bakılmaksızın bakım yükünü azalttığı ve 12. ayın sonundaki bakım yükü puanının bakım verenin özellikleri veya aldığı destek düzeyinden değil, hastanın artan sakatlığı ile anksiyete ve depresyon düzeyinden

kaynaklandığı saptanmıştır. Bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada ise; demanslı hastaların davranışsal problemleri ile başa çıkabilmeleri için 12 ay boyunca bilgisayar aracılığı ile destek olunmuş, yeterli deneyimi olmayan bakım verenlerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı, ayrıca bakım sağlayan eşler üzerinde önemli derecede olumlu etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Mahoney , Tarlow and Jones 2003).

Sonuç olarak bakım yükünün azaltılması bakımın sürekliliğinin sağlanması, kalitesinin artırılması, bakım verenlerin fiziksel, ruhsal, sosyal açıdan sağlıklarının korunması ve yaşam kalitelerinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

#### **2.4. BAKIM VERENLERDE SIK GÖZLENEN PSİKOMETRİK DEĞİŞKENLER**

Psikometri, bireylerin psikolojik yapılarının gözlem yolu ile en iyi düzeyde yapılabilmesini sağlayan bilimsel bir disiplin olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca psikometri; istatistik, veri teorisi, ekonometri, ölçme teorisi ve matematiksel psikolojiye bağlı disiplinler arası bir alan olarak da bilinmektedir (BorsboomandMolenaar 2015). Başka bir deyişle psikometri, bireylerin veya nesnelerin özelliklerini belirlemeyi sağlayan ölçümlerin, yeterlilik düzeylerini tanımlamada kullanılmaktadır (Güleç 2009). Yapılan çalışmalarda, bakım verenlerin en fazla; stres, anksiyete(kaygı), depresyon, duygu dışavurum, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi şeklinde psikometrik değişkenlere sahip olduğu ve bakım verenlerin psikolojik düzeylerinin bu değişkenler ile değerlendirildiği görülmüştür (Aktaş ve Sertel-Berk 2012, Carrasco, Rodriguez, Panchon, HermosoandFraile 2014, Yıldız, Dedeli ve Pakyüz 2016, Ceco ve Memik 2017).

Stres, Latince dilinde "*estricia*"dan türemiş, 17. Yüzyılda musibet, bela, felaket, dert, keder anlamlarına karşılık gelirken, 18 ve 19. Yüzyıllarda ise obje, organ veya kişilere güç, baskı ve zorlama anlamlarında kullanılmıştır (Güçlü 2001). Başka bir deyişle stres, bireylerin sosyal veya fiziksel çevreden gelen kötü koşullara, uyarıcılara veya her türlü isteme karşipsikolojik ve biyolojik olarak verilen tepki

olarak da ifade edilmektedir (Gökler ve Işıtan 2012).Yaşlı, engelli, sakat, yetişkin veya çocuk hasta bakımı ile ilgilenen bakım verenlerin, yaşının hastalık durumu, bilişsel ve davranışsal bozukluğu ve hasta ile iletişim kurmada yetersiz kalma durumlarının bakım verenlerde strese neden olmaktadır. Bakım verme işi ile karşı karşıya kalan bireylerin bakımda yeterli olamama kaygısı, yaşam ideallerini ertelemek zorunda kalması, fiziksel ve psikolojik sağlık problemleri yaşaması gibi durumlarında stres düzeylerini arttırmaktadır (Zarit, BottigiandGaugler 2007, Çapan 2016). Yapılan bir çalışmadanörolojik hastalığı olan bireye bakım verenlerin bakım yükü arttıkça strese baş etme düzeylerinin azaldığı, ayrıca bakım verenlerin kendine güvensiz, kötümser, çaresiz ve boyun eğici bir tutum sergiledikleri tespit edilmiştir (Yılmaz ve Ata 2017).Yapılan başka bir çalışmada bakım veren kadınların hasta eşlerine ve çocuklarına bakım verme fonksiyonun psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği ve stres düzeylerini arttırdığı belirlenmiştir (PeningandWu 2016).

Anksiyete, Latince dilinde “*angere*” den gelmekte, “*tıkanma, boğulma*” anlamında kullanılmaktadır. Ayrıca “*anksiyete, hoşça gitmeyen pek çok bedensel uyarıların olduğu, bireye tehlike sinyali veren ve bunun için önlem almasını sağlayan içgüdüsel bir tepki*” olarak da tanımlanmaktadır(Pıçakçitefe 2010).Anksiyete bireyde psikolojik ve bedensel etkilere neden olmakta, psikolojik etkileri bireye göre değişkenlik gösterirken, bedensel olarak sırt, göğüs, baş ağrıları, idrara çıkma, taşikardi, ritm bozukluğu, soğuk terleme, ağız kuruluğu, yorgunluk ve irkilme şeklinde belirtiler görülmektedir (Uzbay 2002). Hasta yakınınınbakımı ile ilgilenen bireyler geleceklere ile ilgili kendilerini karamsar, ümitsiz ve çaresiz hissetmekte ve bu durumu düzeltebilecek yeterli gücü kendilerinde bulamadıkları için üzüntü, korku ve anksiyeteyaşamaktadır (Şentürk ve ark 2018). Yapılan bir çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %19'unda anksiyete belirtileri olduğu ve bakım vermeye bağlı gelişen yükün anksiyete düzeylerini de arttırdığı tespit edilmiştir (Medrano, Rosario, PayanoandCapellan 2014). İnmeli hastalara bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada da bakım verenlerin %21,6'sının anksiyete belirtileri yaşadığı ve bakım yükünün anksiyete düzeylerini anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır (Denno et al 2013). Ateş ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada da benzer



şekilde kanserli hastaların anksiyete düzeyleri arttıkça, bakım veren bireylerinde anksiyete düzeylerinin arttığı bulunmuştur.

Duygu dışavurum, *"gün boyu yaşanan duyguların ve duygusal tecrübelerin sonrasında sergilenen davranış"* veya *"değeri (olumlu veya olumsuz)ya da kanalı (jest, mimik veya sözel) ne olursa olsun, duygunun görünümdeki şekli"* olarak tanımlanmaktadır (Araz ve Erkuş 2014). Duygu dışavurum, hasta yakınlarına bakım verenlerinin hastaya karşı edindiği; eleştirel, düşmancıl veya aşırı duygusal davranış tutumu ifade etmektedir (Hooley and Parker 2006). Benzer şekilde *"duygu dışavurum kavramı; özellikle aile üyelerinin hasta bireylere yönelik yaptığı eleştirilerin sayısı veya aile üyeleri tarafından yapılan aşırı duygusal tutumun kalitesi"* olarak da tanımlanmaktadır (Hatfield, Spaniol ve Zippel 1987). Ailelerin hastalarına karşı duygu dışavurum düzeylerin yüksek olması, hastaların sosyal desteğini ve ailesinden aldığı desteği azalmakta, ayrıca bu durum hastaların hastalıklarının iyileşme sürecini uzattığı gibi, tekrar nüksede neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarına bakım veren ebeveynler ile hastanede yatışı ve şizofreni başlangıç yaşı küçük olan hastalara bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Algönül 2017). Yapılan başka bir çalışmada hastanın semptomları arttıkça bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Elmasri 2011). Başka bir çalışmada ise hastanın erkek olması, sosyal güvencesinin olmaması, bakım verenin eğitim düzeyinin düşük olması, ailedeki birey sayısının az olması ve gelir düzeyinin yetersiz olması gibi durumların bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini arttırdığı tespit edilmiştir (Arslantaş ve Adana 2012).

Depresyon, *"sözlük anlamı ile çökkünlük veya zaman zaman yaşanan sıkıntılar sonucu gelişen, sendrom, anlık bir ruh hali veya hastalık belirtisi"* olarak tanımlanmaktadır (Savrun 1999). Depresyon, *"genel anlamı ile bireylerde çaresizlik, mutsuzluk, karamsarlık ve umutsuzluk gibi duyguların hissedilmesi ile başlayan ve beraberinde hüznün, moral bozukluğu ve yas gibi duyguların gözlemlendiği bir tablo"* olarak da ifade edilmektedir (Aslan, Sarı ve Kuruoğlu 2012). Bireylerin kendilerini yetersiz hissetmesi, karamsarlık ve üzüntü duygusu ile karakterize bir duygudurum bozukluğu olan depresyon, kişilerin hayatlarını ve yaşam kalitelerini de ciddi

düzyeyde etkilemektedir (IyerandKhan 2012). Özelliik hasta, yaşı, engelli veya sakat yakınlarına bakım veren bireylerin stres, kaygı ve yük düzeyleri artmakta, yaşam kalitesi azalmakta, sağlık durumları bozulmakta ve bu nedenle bakım verenlerde yüksek orandadepresif semptomlar gözlenmektedir (Gray 2003, Atagün ve ark 2011). Yapılan bir çalışmada demans hastalarına bakım verenler arasında klinik depresyon prevalansının %15 olduğu saptanmıştır (Alfakhri et al 2018). Kanseri hastalarına bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin %64'ünde depresif belirtilerin olduğu, kronik bir hastanın olması ve bakım süresinin artması durumlarının depresyon düzeylerini arttıran faktörler olduğu tespit edilmiştir (Sarı 2017). Hu ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada inmeli hastalara bakım verenlerin %27,4'ünde şiddetli düzey depresif belirtilerin olduğu, günlük bakım verme süresi fazla olan ve tıbbi ödemeler için sağlık güvencesi bulunmayan bakım verenlerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sosyal destek, *"gereksinim duyan bireye yardım edebilecek kişi sayısı"* veya *"insanların hayatında önemli bir yeri olan, bireye maddi, zihinsel ve duygusal destek sağlayan ve sağlığı koruyan tüm kişiler arası ilişkiler"* olarak tanımlanmaktadır (Ardahan 2006).

Sosyal destek; beğenme, sevgi ve saygı duyma gibi şefkat desteği, kişinin davranış durumlarının uygunluğunu gösteren onaylama desteği, para, zaman ve bilgi sağlamak için verilen maddi desteklerin tamamı olarak da ifade edilmektedir (Şimşek, Demirci ve Bolsoy 2018). Aile, arkadaş, akraba veya diğer sosyal ilişkilerden alınan desteğin tamamı olarak tanımlanan sosyal destek, bireylerin fiziksel, bilişsel sağlığı ve kendisini iyi hissetme üzerinde pozitif katkı sağlamaktadır (Khorshid ve Arslan 2006). Yapılan bir çalışmada aileden alınan desteğin bireylerde anksiyete, depresyon, öfke ve saldırganlığı azalttığı saptanmıştır (Doğan 2008).Hasta bireye bakım verme eylemi, bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, ekonomik, aile ilişkileri açısından olumsuz yönde etkilemekte ve beraberinde sosyal destek düzeylerini de azaltmaktadır (Atagün ve ark 2011). Yapılan bir çalışmada psikolojik hastalığı olan bakım verenlerin bakım yükü arttıkça sosyal destek düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (Türkmen 2015). Benzer şekilde inmeli hastalara bakım verenlerin

sosyal destek düzeylerinin azalması ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık yaşadığı görülmüştür (Tuna ve Olgun 2010). Bakım verme eylemi, bakım verenlerin sosyal destek düzeylerini olumsuz yönde etkileyebileceği gibi, bakım verenlerin yeterli düzeyde aldığı sosyal desteğinde bakımın getirdiği olumsuz sonuçları azalttığı saptanmıştır (Dam, Vugt, Klinkenberg, VerheyandBoxtel 2016). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin sosyal destek düzeyi arttıkça refahının arttığı ve bu durumun bakım verenlerin stres düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir (Sharda, Sutherby, Cavanaugh, HughesandWoodward 2019).

Yaşam kalitesi, *"yaşam koşulları altında elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen, günlük yaşamın veya hastalıkların fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkileri sonucu ortaya çıkan kişisel tepkileri ifade eden kavram"* olarak tanımlanmaktadır (Top, Özden ve Efe Sevim 2003). Dünya Sağlık Örgütü ise *"yaşam kalitesini, bir bireyin kültür ve değerler doğrultusundaki yaşamdan beklentileri, hedefleri ve standartları ile ilgili algısı"* olarak tanımlamıştır. Ayrıca yaşam kalitesi, *"bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevresel faktörlerden etkilenen bir kavram"* olarak da ifade edilmiştir (WHOQoLGroup 1993). Yaşam kalitesinde refah düzeyinin iyi olması, yaşam doyumunu, yeterlilik ve sosyal iyilik hali gibi bireyin yaşam niteliğini öne çıkaran bileşenlerden oluşmaktadır (Müezzinoğlu 2004). Bireyin yaşam kalitesi her ne kadar kültür, değer yapısı, beklentileri veya bireyin algıları ile ilişkili olsa da; özellikle bir hastaya bakım verme, bakım verme nedeniyle aktivitelere ayıracak yeterli boş zamana sahip olamama, kadın olma, yaşın büyük olması, gelir düzeyinin yetersiz olması ve bir hastalığa sahip olma gibi durumlar bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yakar ve Pınar 2013, Boylu ve Paçacıoğlu 2016).Yapılan bir çalışmada kanser hastalarına uzun süre bakım veren bireylerde yaşam kalitesinin bozulduğu belirtilmiştir (Erdoğan ve Yavuz 2014). Yıldız ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada da benzer şekilde bakım verenlerin bakım yükü arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada da,KOAH'lı hastalara bakım veren, 45 yaşın üstünde, eğitim düzeyi düşük, gelir durumu az, geniş bir ailede yaşayan ve bakım vermekte zorlanan bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (Tel ve ark 2012).

Sonuç olarak; bakım verme eylemi, bakım verenlerin sadece bakım verme yükünü değil aynı zamanda psikometrik değişkenlerini de önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle çalışmada bakım verenlerin bakım yükü ile diğer psikometrik değişkenlerinin ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi planlanmıştır.



## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü ve psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmada tanımlayıcı ve kesitsel araştırma modeli kullanıldı.

#### 3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Dahiliye kliniklerinde hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeyi yüksek mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri bakım yükünü etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların sosyo-demografik özellikleri bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri duygu dışavurum düzeylerini etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların sosyo-demografik özellikleri bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların sosyo-demografik özellikleri bakım verenlerin durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri depresyon düzeylerini etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların sosyo-demografik özellikleri bakım verenlerin depresyon düzeylerini etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri anksiyete düzeylerini etkiler mi?

- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların sosyo-demografik özellikleri bakım verenlerin anksiyete düzeylerini etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri algılanan sosyal destek düzeylerini etkiler mi?
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların sosyo-demografik özellikleri bakım verenlerin algılanan sosyal destek düzeylerini etkiler mi?
- Bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyleri bakım yükü, duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeylerini etkiler mi?
- Bakım verenlerin bakım yükü ile duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında ilişki var mı?

### **3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyuldu. Çalışmaya başlamadan önce T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden kurum izni (Ek 1), T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Beykoz Devlet Hastanesi'nden çalışma izni (Ek 2) ve etik kurul izni alındı (Ek 3). Çalışmaya katılmada gönüllük ilkesine dikkat edilerek bakım verenlere çalışmanın amacı ve yararı açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca çalışmayı yapan kişi tarafından değerlendirileceği ve bilgilerin başka kişilerle paylaşılmayacağı belirtildi.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Beykoz Devlet Hastanesi dahiliye kliniklerinde Mart-Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### 3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini araştırma tarihleri arasında dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım veren 246 kişi, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 174 bakım veren oluşturdu. Çalışma sırasında evren içinden 43 bakım veren dahil edilme kriterlerine uymadığı için, 29 bakım veren de çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışma 174 kişi ile tamamlandı.

#### 3.4.1. Örneklem Seçim Kriterleri

*Dahil edilme kriterleri;*

- Dahiliye kliniklerinde yatan 65 yaş üzeri bakım hastalarına bakım verme,
- Hastanın primer bakım vericisi olma,
- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Bilişsel ve mental bozukluğu olmama,
- Tanılanmış bir psikiyatrik rahatsızlığı olmamama,
- Türkçe bilme,
- İletişim problemi olmamadır.

*Dışlanma Kriterleri;*

- Hastanın 65 yaş altında olması veya 65 yaş üzeri olup rutin tedavi gören ve sürekli bakım gereksinimi olmayan hastaların yakını olma,
- Bakım verenin 18 yaş altında olması,
- İletişim kurma problemi olma,
- Bilişsel ve mental bozukluğu olma,
- Tanılanmış bir psikiyatrik rahatsızlığı olma,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemedir.

### 3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veriler; tanıtım formu (Ek 4), Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (Ek 5), Dışavurum Duygu Ölçeği (Ek 6), Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek 7), Beck Depresyon Ölçeği (Ek 8), Beck Anksiyete Ölçeği (Ek 9), Çok Boyutlu Algılanan

Sosyal Destek Ölçeği (Ek 10), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 11), Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Ek 12) ve Lawton ve Brady Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Ek 13) ile toplandı.

### **3.5.1. Tanıtım Formu**

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi ışığında hazırlanan tanıtım formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde bakım verenlerin sosyo-demografik ve bakım verme ile ilişki özellikleri içeren sorular, ikinci bölümde ise bakım verilen hastaların sosyo-demografi ve hastalıklarına ilişkin sorular yer almaktadır.

### **3.5.2. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ)**

Ölçek, Zarit ve arkadaşları tarafından bakım veren bireylerin bakım yükü derecesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Zarit, Reeve and Peterson 1980). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları İnci ve Erdem (2008) ile Özlü, Yıldız ve Aker (2009) tarafından yapılmıştır. ZBYÖ, bakım verenleri; sosyal, zihinsel, fiziksel ve ekonomik yönü ile inceleyen maddelerden oluşmakta, bu maddeler ile bakım verenlerin stres düzeyleri ve psikolojik sağlık durumları tespit edilmektedir (Zarit 2004, Schreiner, Morimoto, Arai and Zarit 2006, Tang et al 2017). Ölçeğin maddeleri Likert tipi skala ile değerlendirilmekte ve her bir maddeye '0=Asla veya Hiçbir Zaman', '1=Nadiren', '2=Bazen', '3=Oldukça Sık' ve '4=Hemen Hemen Her Zaman' şeklinde puan değeri verilmektedir. Ölçeğin puan hesaplaması her bir maddeye verilen puanların toplanması ile elde edilmekte ve toplam puan 0-88 arasında değişmektedir. Buna göre bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri; ölçeğin toplam puanı 0-20 puan arasında ise 'bakım yükü yok veya az bakım yükü', 21-40 puan arasında ise 'hafif bakım yükü', 41-60 puan arasında ise 'orta düzey bakım yükü' ve 61-88 puan arasında ise 'ağır düzey bakım yükü' şeklinde sınıflandırılmaktadır. ZBYÖ'de toplam puanın yüksek olması, bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin de yüksek olduğunu ifade etmektedir (Mollaoğlu, Özkan Tuncay, Kars Fertelli 2011, Hart 2015, Al Rawashdeh, Lennie and Chung 2016, Ong et al 2018, Özmen ve Yurttaş 2018). Ölçekle ilgili yapılan literatür çalışmalarında Cronbach's Alpha değerinin 0,82 ila 0,93 arasında değiştiği saptanmıştır (Özlü, Yıldız ve Aker 2009, Braun, Scholz, Hornung and Martin 2010, Flynn Longmire and Knight 2011, Gürol



ve apık 2014, Al-Rawashdeh et al2016, Ong et al 2018, zmen ve Yurttaş 2018). Mevcut çalışmada ise ZBYÖ'nn Cronbach's Alpha değerinin 0,98 olduğu tespit edildi (Tablo 3).

### **3.5.3. Dışa vurum Duygu-Durum leği (DD)**

Cole ve Kazarian (1988) tarafından geliştirilen DD'nn Türkçe geçerlik ve güvenirlik alışması Berksun (1992) tarafından yapılmıştır. Ölçek, eleştirel düşmancıl olma (EDO) ve aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma (AİKKO) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek de toplam 41 soru bulunmakta, EDO alt boyutu 29 sorudan, AİKKO alt boyutu ise 12 sorudan oluşmaktadır. 'Onun bazı şeyleri kasten yaptığımı düşünüyor ve fkeleniyorum' veya 'Ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor' gibi sorular EDO'yu belirtirken, 'Ona sık sık öğüt veriyorum' veya 'Onun zerine titrerim' gibi sorular ise AİKKO'yu belirtmektedir. leği cevaplanması 'Doğru-Yanlış' şeklinde yapılmakta, 'Doğru' olarak cevaplandırılan maddeye '1', 'Yanlış' olarak cevaplandırılan maddeye ise '0' puan verilmektedir. Fakat ölçeğin 3., 8., 14., 28., 36., 38., 39., 40. ve 41. soruları (rn; 'Biz birbirimize benziyoruz' gibi) cevapları ters olup olumlu bir ifadeyi belirtmektedir. Bu nedenle diğer sorularda 'Doğru' olarak cevaplandırılan maddelere '1' puan verilirken, bu sorularda 'Yanlış' olarak cevaplandırılan maddelere '1' puan verilerek hesaplama yapılmaktadır. Her bir maddeye verilen puanlar toplanarak toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Toplam lek puanı 0-41 arasında değer alırken, alt boyutlarının toplam puanı, AİKKO için '0-12' ve EDO için ise '0-29' arasında değişmektedir. Bireylerin lek puanının yüksek olması, duygu dışavurum düzeylerinin de yüksek olduğunu göstermektedir (Berksun 1992, Kocabıyık, Beştepe, Karşıdağ, Kükürt ve Alpay 2005, Duman Kuşçu ve zgn 2013). Berksun (1992) tarafından yapılan çalışmada Cronbach's Alpha değerlerinin EDO alt boyutu için 0,92 olduğu, AİKKO alt boyutu için 0,82 olduğu tespit edilmiştir. Bu alışmadaki Cronbach's Alpha değerlerinin EDO için 0,82, AİKKO için 0,70 ve toplam ölçek için ise 0,74 olduğu bulundu (Tablo 3).

#### 3.5.4. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ)

DSKÖ, Spielberger tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg and Jacobs 1983, Öner ve Le Compte 1985). Ölçek bireylerin deneyimlediği kaygı duygusunun yoğunluğunu göstermektedir. Durumluluk kaygı (DK) ve sürekli kaygı (SK) alt boyutlarından oluşan ölçek için; DK alt boyutu bireyin zamansal kaygı düzeylerini değerlendirirken, SK alt boyutu ise bireyin kişiliğini ve kişilik eğilimlerini değerlendirmektedir. Ölçek, bireylerin DK ve SK düzeylerini değerlendirmek için 20 soruluk iki ayrı formdan oluşmakta ve toplamda 40 soru ile değerlendirme yapılmaktadır. Ölçeğin puanlaması likert tipi skala ile yapılmakta ve her bir madde '1' ile '4' arasında bir değer almaktadır. DK alt boyutunda on madde, SK alt boyutunda ise on bir madde olumsuz ifade belirttiği (Şu anda kaygılıyım veya Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim), DK'da on maddenin, SK'da ise dokuz maddenin olumlu ifade belirttiği (Kendimi rahat hissediyorum veya kendimi sakin hissediyorum) görülmektedir. DK alt boyutunda olumlu ifade belirten maddelerin; 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., ve 20. maddeler, sürekli kaygı alt boyutunda ise; 21., 23., 26., 27., 30., 33., 34., 36., ve 39. maddeler olduğu görülmektedir. Bu nedenle ölçek puanlaması, en olumlu kaygı ifadesine '1' ve en olumsuz kaygı ifadesine '4' verilerek yapılmaktadır. Verilen değerler toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilmekte ve toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçek puanının yüksek olması bireylerin kaygı düzeylerinin de yüksek olduğunu göstermektedir (Spielberger et al 1983, McDowell 2006). Özusta (1995) ile Bacanlı, İlhan ve Aslan'ın (2009) yaptığı çalışmada DK alt boyutunun Cronbach's Alpha değerinin 0,82 ile 0,96 arasında değiştiği saptanırken, SK alt boyutunun Cronbach's Alpha değerinin ise 0,81 ile 0,87 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Taşçıoğlu, Beyazıt ve Ayhan'ın (2017) yaptığı çalışmada ise DDÖ toplamının Cronbach's Alpha Değerinin 0,90 olduğu belirlenmiştir. Mevcut çalışmada ise DK alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri 0,91, SK alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri 0,90 ve ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri ise 0,94 olarak bulundu (Tablo 3). Elde edilen değerlerin literatür ile benzer olduğu belirlendi.

### 3.5.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ, Beck ve arkadaşları tarafından bireylerdeki depresyon belirtilerini tanımlamak için geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (Beck, Ward, Mendelson, Mock and Erbauch 1961, Hisli 1989). Ölçek 21 kategoriden oluşmakta ve her bir kategori bireylerin depresyon düzeylerini değerlendirmeyi amaçlayan dört veya beş maddelik ifadeler içermektedir. Bu ifadeler, depresyon belirtilerinin en az düzeyden en yüksek düzeye kadar olan şiddetini yansıtacak şekilde sıralanmakta ve 4 puanlık Likert tipi bir skala ile değerlendirilmektedir. Ölçek değerlendirilmesi, depresyon şiddeti en az olana '0', depresyon şiddeti en yüksek olana ise '3' puan verilerek (Örn; '0'=Gelecek hakkında iyimserim, '1'=Gelecek hakkında karamsarım, '2' = Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok ve '3' = Gelecek hakkında tamamen umutsuz olduğumu hissediyorum vs.) yapılmaktadır. Her bir kategoride işaretlenen puanlar birbirine eklenmekte ve bu şekilde toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Bu puan 0-63 arasında değişmekte olup, puanının yüksek olması depresyon düzeylerinin de yüksek olduğunu ifade etmektedir. Depresyon şiddeti toplam ölçek puanı üzerinden değerlendirilmekte olup; '0-13' arası puan *minimal düzeyde depresif belirti*, '14-19' arası puan *hafif düzeyde depresif belirti*, '20-28' arası puan *orta düzeyde depresif belirti* ve '29-63' arası puan *şiddetli düzeyde depresif belirti* olarak tanımlanmaktadır (Beck et al 1961, Farinde 2013, Dekker et al 2014, Huang, Hsieh, Wu and Lu 2017, Nilforoush, Sepehrnejad and Habibi 2017, Garcia Batista, Guerra Pena, Cano Vindel, Herrera Martinez and Medrano 2018). Literatür incelemelerinde BDÖ'nün Cronbach's Alpha değerinin 0,85 ile 0,93 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Steer, Ball, Ranieri and Beck 1999, Grothe et al 2005, Arslan, Mergen, Mergen, Arslan ve Ayyıldız 2016, Düzgün ve Akgün 2017, Huang et al 2017). Mevcut çalışmada ise BDÖ'nün Cronbach's Alpha değerinin 0,95 olduğu belirlendi (Tablo 3).

### 3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

BAÖ, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Beck, Epstein, Brown and Steer 1988, Ulusoy, Şahin ve Erkmen 1988). Ölçek kişilerin deneyimlediği anksiyete düzeylerini değerlendirmekte ve kişinin kendisinin

doldurabileceği 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde dörtlü Likert tipi bir skala ile değerlendirilmekte ve bu maddelere '0' (Hiç) ile '3' ('Şiddetli düzeyde' veya 'Dayanmakta çok zorlandım') arasında bir puan verilmektedir (Ulusoy ve ark 1988, Ekinci, Yalçınay, Kural ve Kandemir 2016). Bu puanlar birbirine eklenerek toplam ölçek puanına ulaşılmaktadır. Toplam ölçek puanı '0' ile '63' arasında değişmekte ve puanın yüksek olması anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Bu duruma göre toplam ölçek puanı üzerinden; '0-7' arası puan *minimal anksiyete belirtisi*, '8-15' arası puan *hafif düzey anksiyete belirtisi*, '16-25' arası puan *orta düzey anksiyete belirtisi* ve '26-63' arası puan ise *şiddetli düzey anksiyete belirtisi* olarak ifade edilmektedir (Carney, Moss, Harris, Edinger and Krystal 2011, Chen, Lin, Li, Huang and Lin 2015, Altıntaş 2018). Literatür incelemelerinde BAÖ'nün Cronbach's Alpha değerinin 0,89 ile 0,94 arasında değiştiği saptanmıştır (Beck et al 1988, Ulusoy ve ark 1988, Avcı 1995, Clark et al 2016). Bu çalışmada BAÖ'nün Cronbach's Alpa değerinin ise 0,98 olduğu tespit edildi (Tablo 3).

### **3.5.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)**

ÇBASDÖ, Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çakır ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Zimet, Dahlem, Zimet and Farley 1988, Çakır ve Palabıyıkoglu 1997). Ölçek, 12 soru ve her biri dört sorudan meydana gelen üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; aile desteği (Örn; 'Ailem karar vermemde yardımcı olur' gibi 3., 4., 8. ve 11. maddeler), arkadaş desteği (Örn; 'Arkadaşlarım ile sorunlarım hakkında konuşabilirim' gibi 6., 7., 9. ve 12. maddeler) ve özel biri desteği (Örn; 'İhtiyacım olduğunda etrafımda özel biri var' gibi 1., 2., 5. ve 10. maddeler) olarak ifade edilmektedir. Ölçek 7'li Likert tipi bir skala ile değerlendirilmekte ve her madde '1' (Tamamen katılmıyorum) ile '7' (Tamamen katılıyorum) arasında bir puan almaktadır. Bu puanlar birbirine eklenerek toplam puana ulaşılmaktadır. Buna göre ölçeğin alt boyutları '4-28' arasında bir puan alırken, toplam ölçek puanı '12-84' arasında puan almaktadır. ÇBASDÖ puanının yüksek olması, algılanan sosyal destek düzeylerinin de yüksek olduğunu ifade etmektedir (Çoşkun ve Akkaş 2009, Tel 2010, Hardan Khalil and Mayo 2015, Ong et al 2018). Literatür incelendiğinde Cronbach's Alpha değerinin; aile desteği alt boyutu için 0,78 ile 0,90, arkadaş desteği alt boyutu için 0,83 ile 0,91 ve özel biri desteği alt

boyutu için de 0,74 ile 0,93 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Çakır ve Palabıyıkoglu 1997, Eker, Arkar ve Yaldız 2001, Bıkmaz 2009, Wongpakaran, Wongpakaran and Ruktrakul 2011, Meral ve Cavkaytar 2012, Bagherian-Sararoudi, Hajian, Ehsan, Sarafraz and Zimet 2013, Mohammad, Sadat, Loh and Chinna 2015, Wang, Wan, Huang, Huang and Kong 2017). Ayrıca literatür çalışmalarında ÇBASDÖ toplamının Cronbach's Alpha değerinin 0,76 ile 0,92 arasında değiştiği saptanmıştır (Çakır ve Palabıyıkoglu 1997, Eker ve ark 2001, Bıkmaz 2009, Wongpakaran et al 2011, Meral ve Cavkaytar 2012, Bagherian Sararoudi et al 2013, Mohammad et al 2015, Ong et al 2018). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değerinin aile desteği için 0,92, arkadaş desteği için 0,97, özel biri desteği için 0,90 ve toplam ölçek değeri için 0,96 olduğu bulundu (Tablo 3).

### **3.5.8. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Ware tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ware and Sherbourne 1992, Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez ve Memiş 1999). 36 maddelik ölçek, kişinin fonksiyonel sağlığını, iyilik halini ve genel sağlığını değerlendirmek amacıyla sekiz alt boyut ve iki ana boyuttan meydana gelmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık algısı Fiziksel ana boyutu oluştururken; mental rol, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve canlılık ise Mental ana boyutu oluşturmaktadır. Ölçeğin iki alt boyutuna ait sorular (13., 14., 15., 16., 17., 18. ve 19. sorular) 'evet' veya 'hayır' şeklinde cevaplanıyorken, diğer altı alt boyut Likert tipi bir skalayla cevaplanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi yapılırken; en kötü sağlık belirten cevaba en düşük puan, en iyi sağlık belirten cevap ise en yüksek puan verilmektedir. Bu puan '0' (Örn; beş maddelik 1., 2., 20., 22., 34. ve 36. sorular için beşinci maddesi kötü sağlığı ifade etmekte ve '0' puan alması gibi) ile '100' (Örn; beş maddelik 1., 2., 20., 22., 34. ve 36. sorular için birinci maddesi iyi sağlığı ifade etmekte ve '100' puan alması gibi) arasında değişmektedir. Sorulara verilen cevaplar doğrultusunda alınan puanlar birbirine eklenerek alt boyut ve ana boyutların toplam puanı elde edilmektedir. Alt ve ana boyutlara ait toplam puanın yüksek olması yaşam kalitesi düzeyinin de yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ware and Sherbourne 1992, Tseng, Lu and Gande 2003, Arat 2006, Twiss et al 2013, Işık,

Gümüş, Okudan ve Yılmaz 2014, Stull et al 2014, Kelly et al 2015, Huber Oldridge and Höfer 2016). Literatür taramalarında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach's Alpha değeri; fiziksel fonksiyon için 0,75 ile 0,98, fiziksel rol için 0,76 ile 0,99, sosyal işlevsellik için 0,57 ile 0,91, mental rol için 0,75 ile 0,96, mental sağlık için 0,64 ile 0,95, ağrı için 0,70 ile 0,93, genel sağlık algısı için 0,73 ile 0,95 ve canlılık için ise 0,65 ile 0,96 arasında değıştiğı tespit edilmiştir (Brazier et al 1992, Koçyiğit et al 1999, Tseng et al 2003, Demiral ve ark 2006, Stull et al 2014, Kelly et al 2015, Kaya ve İçağasioğlu 2018). Stull ve ark. nın (2014) yaptığı çalışmada ölçeğın ana boyutlarının Cronbach's Alpha değeri; fiziksel ana boyut için 0,89 ve mental ana boyut için ise 0,92 olduğu saptanmıştır. Mevcut çalışmada yaşam kalitesinin alt ve ana boyutlarının Cronbach's Alpha değerleri; fiziksel fonksiyon için 0,96, fiziksel rol için 0,92, ağrı için 0,89, genel sağlık algısı için 0,88, canlılık için 0,82, sosyal fonksiyon için 0,73, emosyonel-rol fonksiyon için 0,95, mental sağlık için 0,68, Fiziksel ana boyut için 0,95 ve Mental ana boyut için ise 0,89 olduğu bulundu (Tabloda verilmemiştir).

### **3.5.9. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğı (Katz GYA)**

Katz GYA ölçeğı, Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Katz, Downs, Cash and Grotz 1970, Arık ve ark 2015). Ölçek, *banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım ve beslenme* gibi bireyin günlük yaşam aktivite düzeylerini sorgulayan altı sorudan oluşmaktadır. Her bir soru için, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olması durumunda '3', yardım alarak yapabilmesi durumunda '2' ve tamamen başka bir bireye muhtaç olması durumunda ise '1' puan verilmektedir. Bu puanların birbirine eklenmesi ile ölçeğın toplam puanı elde edilmektedir. Bu puana göre günlük yaşam aktivitelerinde birey; '0-6' arası bir değerde olması durumunda bağımlı, '7-12' arası bir değerde olması durumunda yarı bağımlı ve '13-18' arasında bir değerde olması durumunda ise bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Tel, Güler ve Tel 2011, Gürol ve Çapık 2014, Doğan ve Ünsar 2015). Bu duruma göre bireylerin ölçek puanının düşük olması bağımlılık düzeyinin de yüksek olduğunu ifade etmektedir. Literatür taramaları incelendiğinde Katz GYA ölçeğinin Cronbach's Alpha değerinin 0,74 ile 0,94 arasında değıştiğı tespit edilmiştir (Tel ve ark 2011,

Gürol ve Çapık 2014, Arık ve ark 2015, Pehlivanoglu ve ark 2016). Mevcut çalışmada Katz GYA ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0.98 olarak saptandı (Tabloda verilmemiştir).

### **3.5.10. Lawton ve Brady Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Lawton ve Brady EGYA)**

Lawton ve Brady ölçeği, 1969 yılında Lawton ve Brady tarafından geliştirilmiş olup bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmektedir (Lawton ve Brady 1969). Ölçek, *telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkayabilme, ulaşım araçlarına binebilme, ilaçlarını kullanabilme ve para yönetimini yapabilme* gibi günlük yaşam aktivitelerini sorgulayan sekiz sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi; birey yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsız ise '3' puan, eğer bir kişinin yardımıyla veya bir araç yardımı ile yapabiliyorsa '2' puan, hiç bir şekilde yerine getiremeyecek düzeyde ise '1' puan verilerek yapılmaktadır. Bu puanlar birbirine eklenerek ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Buna göre toplam puan; '0-8' arasında olması durumunda birey enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı, '9-16' arasında olması durumunda birey enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı ve '17-24' arasında olması durumunda ise birey enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olarak ifade edilmektedir (Tel ve ark 2011, Doğan ve Ünsar 2015, Turgay, Tatal ve Sezer 2017, Göçer ve Günay 2018). Ölçeğin toplam puanının düşük olması, bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Literatür incelemelerinde Lawton ve Brady EGYA'nın Cronbach's Alpha değerinin 0,73 ile 0,87 arasında değiştiği belirlenmiştir (Altın 2006, Tel ve ark 2011, Gümüş ve Ünsal 2014). Bu çalışmada Lawton ve Brady EGYA ölçeğinin Cronbach's Alpha değerinin 0,89 olduğu bulundu (Tabloda verilmemiştir).

## **3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ**

Çalışmadaki veriler dahiliye klinikleri sorumlu hekim ve hemşirelerinden izin alınarak toplandı. Anket formları doldurulmadan önce bakım verenlere çalışma ile

ilgili bilgiler verilip izinleri alındı. Veriler, araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Anketleri doldurma süresi her bir bakım veren için yaklaşık 35-40 dakika sürdü.

### **3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çalışma verilerinin girilmesi ve değerlendirilmesi, bilgisayar ortamında yapıldı. Bakım verenlerin ve hastaların tanıtıcı özellikleri, bakım yükü, depresyon, anksiyete, günlük yaşam aktiviteleri, enstrumental günlük yaşam aktiviteleri, çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri ile yaşam kaliteleri değerlendirilirken; yüzdeler hesaplamalar, ortalamalar ve standart sapmalar, karşılaştırılmalı istatistiklerde; iki grup arasındaki farkın belirlenmesinde Mann Whitney U, üç veya daha fazla grup arasındaki farkın belirlenmesinde Kruskal Wallis H testi, ölçekler arasında ilişkiyi belirlemek için ise Spearman korelasyon testi kullanıldı.



## 4. BULGULAR

Mart-Haziran 2016 tarihleri arasında Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü ve psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışma bulguları altı ana başlıkta sunuldu.

- Bakım verenlerin ve hastaların tanıtıcı özellikleri
- Kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları, frekans ve Cronbach's Alpha değerlerine ilişkin bulgular
- Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile bakım yükü, duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile bakım yükü, duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- Bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyleri ile bakım yükü, duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- Bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri ile duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

### 4.1. BAKIM VERENLERİN VE HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 1 ve Tablo 2'de bakım verenler ile hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler verildi.

**Tablo 1. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=174)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	130	74,7
Erkek	44	25,3
<b>Yaş (Ort) ± Yıl</b> 51,17±12,81		
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okur-Yazar	15	8,6
İlköğretim	99	56,9
Ortaokul	19	10,9
Lise	24	13,8
Üniversite	17	9,8
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	51	29,3
Çalışmıyor	123	70,7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	149	85,6
Bekar/Dul/Boşanmış	25	14,4
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Çocuk yok	24	13,8
1-3 Çocuk	95	54,6
3 Çocuktan fazla	55	31,6
<b>Sosyal Güvence Varlığı</b>		
Var	160	92,0
Yok	14	8,0
<b>Ailedeki Birey Sayısı</b>		
0-3 kişi	56	32,2
4 ve üzeri kişi	118	67,8
<b>Gelir Düzeyi</b>		
İyi	5	2,9
Kötü	14	8,0
Orta	155	89,1
<b>Hastaya Yakınlık Durumu</b>		
Kızı	65	37,4
Oğlu	30	17,2
Eşi	29	16,7
Kardeşi	50	28,7
<b>Bakım İçin Yardım Alma</b>		
Evet	109	62,6
Hayır	65	37,4

**Tablo 1 (Devam 1). Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=174)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Finansal Sorun Yaşama</b>		
Evet	153	87,9
Hayır	21	12,1
<b>Ev Yaşantısında Değişim Olma</b>		
Evet	157	90,2
Hayır	17	9,8
<b>Aile İçi İlişkilerde Değişim Olma</b>		
Evet	157	90,2
Hayır	17	9,8
<b>Destek Aldığı Kurum Varlığı</b>		
Evet	22	12,6
Hayır	152	87,4
<b>Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişi Varlığı</b>		
Evet	22	12,6
Hayır	152	87,4
<b>Hastaya Bakma Süresi (Ort)±Yıl</b>	5,03±4,04	
<b>Bakım Sürecinde Karşılaşılan Güçlük Durumu</b>		
Yok	11	6,3
Maddi Sıkıntı	89	51,1
Kendi Sağlık Sorunları Sebebi İle Bakım Vermede Yeterli Olamama	22	12,6
Hastaya Pozisyon Verme/Hasta Transportunda Güçlük Yaşama	7	4,0
Hastanın Bakıma Uygun Davranışta Bulunmaması	5	2,9
Bakım Verenin Kendine Yeterince Zaman Ayıramaması	23	13,2
Yeterli Bilgiye Sahip Olmamaya Bağlı Problem Yaşamak	6	3,4
Sosyal İzolasyon	11	6,3
<b>İş Yaşantısında Değişim Olma Durumu</b>		
Evet	48	27,6
Hayır	10	5,7
Çalışmıyor	116	66,7
<b>İş Yaşantısındaki Yaşanılan Değişim</b>		
Yok	126	72,4
Aşırı Yorgunluğa Bağlı Dikkat Dağınıklığı	17	9,8
İşten Ayrılma	9	5,2
İzne Bağlı Maaş Kesintisi	9	5,2
Aileye Yeterince Vakit Ayıramama	6	3,4
İşi Takip Edememe	7	4,0

**Tablo 1 (Devam 2). Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=174)**

Özellikler	n	%
<b>Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olma Durumu</b>		
Var	124	71,3
Yok	50	28,7
<b>Var Olan Hastalık Adı</b>		
Yok	50	28,7
Eklemler-Bağ Dokusu Hastalıkları (Bel/Boyun)	48	27,6
Fıtığı/Osteoartrit/Osteoporoz/Skolyoz)	26	14,9
Kardiyovasküler Hastalık (Hipertansiyon/Konjestif Kalp)	9	5,2
Yetmezliği/Koroner Arter Has.)	29	16,7
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları (Reflü/Gastrit/Ülser)	12	6,9
Endokrin Hastalıklar (Diyabet/Guatr)		
Psikiyatrik Hastalıklar(Depresyon)		
<b>Bakım Vermeye Bağlı Ağrı Olma Durumu</b>		
Evet	166	95,4
Hayır	8	4,6
<b>Ağrı Şiddeti (Ort)</b>	6,27±1,82	
<b>Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Hastalık Olma Durumu</b>		
Evet	80	46,0
Hayır	94	54,0
<b>Bakım Vermekten Memnun Olma</b>		
Evet	82	47,1
Hayır	92	52,9
<b>Memnuniyetsizlik Nedeni</b>		
Yok	82	47,1
Yorucu ve Yıpratıcı Bir Süreç Olması	25	14,4
Sürekli Yanında Bulunmak Zorunda Olmak	11	6,3
İş Yükü Fazlalığı Sebebi İle Kendisine Yeterince Vakit Ayıramaması	20	11,5
Kendi Sağlık Sorunları Sebebi İle Hastaya Yeterli bakım Sağlayamaması	36	20,7
<b>Daha Önce Başka Birine Bakım Verme Durumu</b>		
Evet	44	25,3
Hayır	130	74,7

**Tablo 1 (Devam 3). Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=174)**

Özellikler	n	%
<b>Hastasının Kaldığı Klinik Adı</b>		
Dahiliye-1 Kliniği	67	38,5
Dahiliye-2 Kliniği	40	23,0
Palyatif Bakım Kliniği	67	38,5
<b>Klinikte Kalınan Süre (Ort)±Gün</b> 13,60±7,77		
<b>Bakım Vereninin Klinikte Hasta Bakımı Konusunda Zorlandığı Durum Varlığı</b>	30	17,2
Yok	7	4,0
Kişisel Bakım Sağlamada Yetersizlik	13	7,5
Hasta Bakımında Yeterli Gelememe	43	24,7
Hastaya Pozisyon Verme/Hasta Transportunda Güçlük Yaşamak	18	10,3
Hasta Odasında Fazla Hasta ve Hasta Yakını Olmasına Bağlı Hareket Kısıtlılığı ve Rahat Olamama	7	4,0
Hasta Bakımı Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olamamak	23	13,2
Hasta Odasının Yeterince Temizlenememesi	14	8,0
Hastanın İhtiyacı Olan Bakım Malzemelerinin Eksikliği	19	10,9
Kliniklerde Hasta ve Hasta Yakını İçin Mutfak, Ofis, Mescit Gibi Alanların Olmaması		
<b>Klinikte Zorlanma Durumlarının Nedenleri</b>		
Yok	30	17,2
Personel Yetersizliği	25	14,4
Yeterli Sayıda Hasta Bakıcılarının Olmaması	46	26,4
Yeterli Hasta Odası Olmaması-Odada Fazla Sayıda Hasta ve Hasta Yakını Olması	25	14,4
	7	4,0
Sağlık Personellerinin Yeterli Bilgi Vermemesi-Yönlendirme Yapmaması	8	4,6
Hasta Transfer Araçlarının Yetersiz Olması	14	8,0
Bakım Malzemelerini Temin Edememe	19	10,9
Kliniklerde Ofis, Mutfak, Mescit, vs. Gibi Hasta ve Hasta Yakınlarına Ait Alanların Olmaması		

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bakım verenlerin %74,7'sinin kadın, yaş ortalamalarının 51,17±12,81 yıl (en düşük; 18 yaşında, en yüksek; 78 yaşında) olduğu saptandı. Bakım verenlerin öğrenim durumları sorgulandığında; bireylerin yaklaşık yarısından fazlasının (%56,9) ilköğretim, %13,8'inin ise lise mezunu olduğu belirlendi. Bakım veren bireylerin %70,7'sinin çalışmadığı, büyük çoğunluğunun (%85,6'sı) evli olduğu gözlemlendi. Bakım veren bireylerin çocuk sayılarına

bakıldığında yaklaşık yarıdan fazlasının (%54,6'sının) 1-3 arası sayıda çocuk sahibi olduğu, %13,8'inin ise çocuk sahibi olmadığı saptandı. Katılımcıların sadece %8'inin sosyal güvencesi yoktu. Bakım verenlerin % 67,8'inin ailedeki birey sayılarının 4 kişi ve üzeri olduğu büyük çoğunluğunun (%89,1) ise orta gelir düzeyine sahip olduğu saptandı. Bakım veren bireylerin hastaya yakınlık durumu sorgulandığında sırasıyla %37,4'ü kızı, %28,7'si kardeşi, %17,2'si oğlu ve %16,7'sinin ise eşi olduğu ve bakım veren bireylerin % 62,6 'sının bakım için yardım aldığı gözlemlendi.

Tablo 1'in Devam 1'inde görüldüğü üzere, önemli çoğunluğunun finansal sorun yaşadığı (%87,9), neredeyse tamamına yakınının (%90,2) ev yaşantısında ve aile içi ilişkilerde değişim yaşadığı gözlemlendi. Bakım veren bireylerin %87,4'ünün destek aldığı herhangi bir kurum olmadığı görüldü. Bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları başka kişi olup olmadığı sorgulandığında %87,4'ünün bakmakla yükümlü olduğu başka kişi olmadığı saptandı. Hastasına bakım veren bireylerin hastasına bakma süresinin ortalamasının  $5,03 \pm 4,04$  yıl (en düşük;1 yıl, en yüksek; 20 yıl) olduğu, bakım veren bireylerin bakım sürecinde herhangi bir güçlükle karşılaşılan durumu sorgulandığında; %51,1'inin maddi sıkıntı yaşadığı, %13,2'sinin kendisine yeterince zaman ayıramadığı ve %12,6'sının kendi sağlık sorunları sebebi ile bakım vermede yeterli olamadığı belirlendi. Bakım veren ve aynı zamanda çalışan bireylerin %27,6'sınımiş yaşantısında değişim yaşadığı, yaşanan değişikliklerin sırasıyla aşırı yorgunluğa bağlı dikkat dağınıklığı (%9,8), işten ayrılma (%5,2) ve sürekli izin almaya bağlı maaş kesintisi (%5,2) olduğu belirlendi.

Tablo 1'in Devam 2'sinde görüldüğü gibi, katılımcıların %71,3'ünün herhangi bir hastalığa sahip olduğu, bu hastalıkların sırasıyla eklem-bağ dokusu hastalıkları (%27,6), endokrin hastalıkları (%16,7) ve kardiyovasküler hastalıklar (%14,9) olduğu saptandı. Bakım verenlerin neredeyse tamamına yakınının (%95,4) bakım vermeye bağlı ağrı yaşadığı ağrı şiddeti ortalamasının ise  $6,27 \pm 1,82$  görüldü. Bakım veren bireylerin bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir hastalığa sahip olma durumları incelendiğinde yarısına yakınının (%46) yeni bir hastalığa sahip olduğu belirlendi. Hastasına bakım vermektan %52,9'unun memnun olmadığı, memnun olmayan bakım verenlerin memnuniyetsizlik nedenlerinin; kendi sağlık sorunları

sebebi ile hastaya yeterli bakım sağlayamama (%20,7), bakım vermenin yorucu ve yıpratıcı bir süreç olması (%14,4) ve iş yükü fazlalığı sebebi ile kendisine yeterince vakit ayıramamasından (%11,5) dolayı olduğu gözlemlendi. Daha önce başka birine bakım verip vermediği sorgulandığında yarısından fazlasının bakım deneyimi olmadığı (%74,7) saptandı.

Tablo 1'in Devam 3'ünde ki gibi, bakım verilen hastaların %38,5'inin dahiliye-1 kliniği (kardiyoloji, nöroloji ve enfeksiyon hastaları), %38,5'inin palyatif bakım kliniği ve %23'ünün ise dahiliye-2 kliniğinde (nefroloji, endokrinoloji ve gastroenteroloji hastaları) yattıkları belirlendi. Hastaların kliniklerde kalma süre ortalaması  $13,60 \pm 7,77$  gündü (en düşük; 2 gün, en yüksek; 50 gün). Bakım veren bireylerin kliniklerde hasta bakımı verirken zorlandığı durumların varlığı sorgulandığında %24,7'si hastaya pozisyon verme/hasta transportunda, %13,2'si hasta odası temizliği yetersizliğine bağlı bakım verememe, %10,9'u kliniklerde hasta ve hasta yakını ihtiyaçları için yeterli alan olmaması ve %10,3'ünün de hasta odasında fazla hasta ve hasta yakını olmasına bağlı hareket kısıtlılığı ve rahat olamama şeklinde cevapladıkları gözlenmiştir. Bakım verenlerin klinikte zorlanmalarının nedenleri sorgulandığında ise; yeterli sayıda hasta bakıcısının olmaması (%26,4), personel yetersizliği (%14,4), yeterli hasta odası olmaması-odada fazla sayıda hasta ve hasta yakını olması (%14,4) ve kliniklerde ofis, mutfak, mescit, vs. gibi hasta ve hasta yakınlarına ait alanların olmamasını (%10,9) gerekçe gösterdikleri belirlendi.

Tablo 2' deki bakım verilen hastaların demografik özelliklerine bakıldığında, %62,1'inin kadın, %56,9'unun bekar, yaş ortalamalarının ise  $79,72 \pm 7,81$  yıl (en düşük; 65 yaş, en yüksek; 101 yaş) olduğu görüldü. Hasta bireylerin hastalık süresi ortalaması  $7,32 \pm 6,61$  yıldır (en düşük; 1 yıl, en yüksek; 30 yıl). Bakım verilen hastaların eğitim düzeyleri sorgulandığında; %54,6'sının ilköğretim, %25,9'unun ise okur-yazar olmadığı belirlendi. Hastaların %78,7'sinin alkol, %47,1'inin sigara kullanmadığı belirlendi. Hastaların yarısından fazlasının kendisini ifade edebildiği (%56,3), %34,5'inin gözlük kullandığı, %5,7'sinin ise işitme cihazı kullandığı tespit edildi. Mobilizasyon durumları incelendiğinde bakım verilen hastaların %83,3'ünün

yatağa bağımlı %16,7'sinin yardımla mobilize olduğu, %8'inin mobilizasyon için yardımcı cihaz kullandığı belirlendi.

**Tablo 2: Bakım Verilen Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=174)**

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	108	62,1
Erkek	66	37,9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	75	43,1
Bekar	99	56,9
<b>Hastanın Yaşı (Ort)±Yıl</b> 79,72 ± 7,81		
<b>Hasta Bireyin Hastalık Süresi (Ort)±Yıl</b> 7,32±6,61		
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-Yazar Değil	45	25,9
Okur-Yazar	23	13,2
İlköğretim	95	54,6
Lise/Yüksekokul	11	6,3
<b>Alkol Kullanmış/Kullanıyor Olma Durumu</b>		
Evet	37	21,3
Hayır	137	78,7
<b>Kendisini İfade Edebilme Durumu</b>		
Evet	98	56,3
Hayır	76	43,7
<b>Sigara Kullanmış/Kullanıyor Olma Durumu</b>		
Evet	92	52,9
Hayır	82	47,1
<b>İşitme Cihazı Kullanma Durumu</b>		
Evet	10	5,7
Hayır	164	94,3
<b>Gözlük Kullanma Durumu</b>		
Evet	60	34,5
Hayır	114	65,5
<b>Mobilizasyon İçin Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu</b>		
Evet	14	8,0
Hayır	160	92,0
<b>Mobilizasyon Durumu</b>		
Yatağa Bağımlı	145	83,3
Yardımla Mobilize (Refakatçi Yardımı, Walker,Baston,Tekerlekli Sandalye İle)	29	16,7



**Tablo 2 (Devam 1). Bakım Verilen Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=174)**

Özellikler	n	%
<b>Kliniğe Yatış Tanısı</b>		
SVh	37	21,3
KVH	48	27,6
KBY	26	14,9
Alzheimer+Parkinson	32	18,4
Kanser	31	17,8
<b>SVH Tanı Süresi (Ort) ±Yıl</b>	3,34±6,76	
<b>KVH Tanı Süresi (Ort) ±Yıl</b>	12,01±6,82	
<b>KBY Tanı Süresi (Ort) ±Yıl</b>	6,05±3,99	
<b>Diyalize Girme Süresi (Ort) ± Yıl</b>	5,86±4,14	
<b>Alzheimer-Parkinson Tanı Süresi (Ort)± Yıl</b>	8,97±5,56	
<b>Kanser Süresi (Ort) ± Yıl</b>	2,59±2,50	
<b>Kemoterapi/Radyoterapi Alma Süresi (Ort) ± Ay</b>	13,91±15,99	
<b>Kliniğe Yatış Tanısına Eşlik Eden Başka Hastalığa Sahip Olma Durumu</b>		
Evet	170	97,7
Hayır	4	2,3
<b>Tanıya Eşlik Eden Diyabet Varlığı</b>		
Var	35	20,1
Yok	139	79,9
<b>Tanıya Eşlik Eden Hipertansiyon Varlığı</b>		
Var	67	38,5
Yok	107	61,5
<b>Tanıya Eşlik Eden Astım/KOAH Varlığı</b>		
Var	25	14,4
Yok	149	85,6

Tablo 2'nin Devam 1'inde verildiği gibi, bakım verilen hastaların kliniğe yatış tanıları incelendiğinde; %27,6'sının kardiyovasküler hastalık, %21,3'ünün SVH, %18,4'ünün alzheimer-parkinson, %17,8'inin kanser ve %14,9'unun KBY nedeniyle hastanede yattığı saptandı. Bakım verilen hastalardan SVH tanısı alanların tanı süre ortalamalarının 3,34±6,76 yıl (en düşük; 1 yıl, en yüksek; 32 yıl), KVH tanısı alanların tanı süre ortalamalarının 12,01±6,82 yıl (en düşük; 1 yıl, en yüksek; 28 yıl), KBY tanısı alanların tanı süre ortalamalarının 6,05±3,99 yıl (en düşük; 1 yıl, en yüksek; 15 yıl), diyalize girenlerin diyalize girme süre

ortalamlarının  $5,86 \pm 4,14$  yıl (en düşük; 1 yıl, en yüksek; 15 yıl), alzheimer-parkinson tanısı alanların tanı süre ortalamalarının  $8,97 \pm 5,56$  yıl (en düşük; 1 yıl, en yüksek; 30 yıl), kanser tanısı alanların tanı süre ortalamalarının  $2,59 \pm 2,50$  yıl (en düşük; 1 yıl, en yüksek; 10 yıl) ve kemoterapi-radyoterapi alanların kemoterapi-radyoterapi alma süre ortalamalarının ise  $13,91 \pm 15,99$  ay (en düşük; 1 ay, en yüksek; 60 ay) olduğu tespit edildi. Bakım verilen hastaların kliniğe yatış tanısına eşlik eden başka bir hastalığı olup olmadığı sorgulandığında hastaların tamamına yakınının ek bir hastalığı olduğu (%97,7) ve en fazla hipertansiyon (%38,5) ve diyabet (%20,1) tanısı aldıkları görüldü.

Tablo 2'nin Devam 2'sinde görüldüğü gibi, bakım verilen hastaların beslenme şekilleri incelendiğinde %36,8 'inin parenteral, %35,1'inin oral, %20,7'sinin oral-parenteral ve %7,5'inin enteral beslendiği gözlemlendi. Bakım verilen hastaların %65,5'ininde idrar inkontinansı, %48,9'unun gaita inkontinansı olduğu ve hastaların çoğunluğunda (%78,2) idrar sondası takıldığı saptandı.

#### **4.2. KULLANILAN ÖLÇEKLERİN PUAN ORTALAMALARI, FREKANS VE CRONBACH'S ALPHA DEĞERLERİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Tablo 3'de, ZBYÖ, DDÖ, DSÖ, BDÖ, BAÖ VE ÇBASDÖ'nün puan ortalamaları ve Cronbach's Alpha değerleri verildi. Tablo 4'de, ZBYÖ, BDÖ, BAÖ, Katz GYA ile Lawton ve Brady EGYA ölçeklerinin frekans değerleri verildi.

**Tablo 2 (Devam 2). Bakım Verilen Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=174)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Taniya Eşlik Eden SVH Varlığı</b>		
Var	16	9,2
Yok	158	90,8
<b>Taniya Eşlik Eden Alzheimer/Parkinson Varlığı</b>		
Var	13	7,5
Yok	161	92,5
<b>Taniya Eşlik Eden KBY Varlığı</b>		
Var	11	6,3
Yok	163	93,7
<b>Taniya Eşlik Eden Kanser Varlığı</b>		
Var	3	1,7
Yok	171	98,3
<b>Hastanın Beslenme Şekli</b>		
Oral Beslenme	61	35,1
Parenteral Beslenme	64	36,8
Oral+Parenteral Beslenme	36	20,7
Enteral Beslenme	13	7,5
<b>İdrar Sondası Varlığı</b>		
Evet	136	78,2
Hayır	38	21,8
<b>İdrar İnkontinans Varlığı</b>		
Evet	114	65,5
Hayır	60	34,5
<b>Gaita İnkontinans Varlığı</b>		
Evet	85	48,9
Hayır	89	51,1

**Tablo 3: ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ, BDÖ, BAÖ ve ÇBASDÖ'nün Puan Ortalamaları ve Chronbach Alpha Katsayıları**

<b>ÖLÇEKLER</b>	<b>Puan Ortalaması</b>	<b>Chronbach Alpha Katsayısı</b>
<b>ZBYÖ</b>	71,68±17,75	0,98
<b>DDÖ</b>		
EDO	7,56±4,56	0,82
AİKKO	4,40±2,25	0,70
<b>TOPLAM</b>	<b>11,96±4,71</b>	0,74
<b>DSKÖ</b>		
Durumluluk Kaygı	56,64±9,88	0,91
Sürekli Kaygı	57,14±10,03	0,90
<b>TOPLAM</b>	<b>113,79±18,60</b>	0,94
<b>BDÖ</b>	35,81±13,62	0,95
<b>BAÖ</b>	52,45±16,96	0,98
<b>ÇBASDÖ</b>		
Aile Desteği	12,02±5,93	0,92
Arkadaş Desteği	7,54±5,65	0,97
Özel Kişi Desteği	12,08±5,15	0,90
<b>TOPLAM</b>	<b>31,64±15,16</b>	0,96

Tablo 3'de gösterilen hastaya bakım veren bireylerin ölçeklerden aldıkları puanları ve ölçeklerin Chronbach Alpha katsayıları incelendiğinde, katılımcıların ZBYÖ toplam puan ortalamasının 71,68±17,75, Chronbach Alpha katsayısının 0,98, DDÖ toplam puan ortalamasının 11,96±4,71, Chronbach Alpha katsayısının 0,74, DSKÖ toplam puan ortalamasının 113,79±18,60, Chronbach Alpha katsayısının 0,94, BDÖ puan ortalamasının 35,81±13,62, Chronbach Alpha katsayısının 0,95, BAÖ puan ortalamasının 52,45±16,96, Chronbach Alpha katsayısının 0,98, ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 31,64±15,16, Chronbach Alpha katsayısının 0,96 olduğu saptandı.

**Tablo 4: ZBYÖ, BDÖ, BAÖ, Katz GYA ile Lawton ve Brady EGYA Ölçeklerinin Frekansları (N=174)**

<b>ÖLÇEKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ZBYÖ</b>		
Bakım Yüğü Yok	4	2,3
Hafif Bakım Yüğü	11	6,3
Orta Düzey Bakım Yüğü	17	9,8
Ağır Bakım Yüğü	142	81,6
<b>BDÖ</b>		
Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	10	5,7
Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	12	6,9
Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	25	14,4
Şiddetli Düzeyde Depresif Belirtiler	127	73,0
<b>BAÖ</b>		
Minimal Anksiyete Belirtisi	11	6,3
Hafif Düzeyde Anksiyete Belirtisi	5	2,9
Orta Düzeyde Anksiyete Belirtisi	4	2,3
Şiddetli Düzeyde Anksiyete Belirtisi	154	88,5
<b>Katz GYA</b>		
Bağımlı	151	86,8
Yarı Bağımlı	20	11,5
Bağımsız	3	1,7
<b>Lawton ve BradyEGYA</b>		
Bağımlı	169	97,1
Yarı Bağımlı	5	2,9
<b>TOPLAM</b>	<b>174</b>	<b>100</b>

Tablo 4' de hastalara bakım veren bireylerin bakım yüğü değerlendirildiğinde; %81,6'sının ağır, %9,8'inin orta, %6,3'ünün hafif bakım yüküne sahip oldukları belirlendi. Depresif belirtileri incelendiğinde %73'ünün şiddetli düzeyde, %14,4'ünün ise orta düzeyde depresif belirtileri olduğu saptandı. Anksiyete durumları incelendiğinde de büyük çoğunluğunun (%88,5) şiddetli düzeyde, %6,3'ünün ise minimal düzeyde anksiyete belirtilerinin bulunduğu tespit edildi. Bakım verilen hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri değerlendirildiğinde Katz GYA'a göre hastaların %86,8'inin bağımlı, Lawton ve Brady EGYA göre de %97,1'inin bağımlı olduğu belirlendi.

### **4.3. BAKIM VERENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE BAKIM YÜKÜ, DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR**

Tablo 5'de, bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye ilişkin bulguları verildi. Tablo 6'da, bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'YE ilişkin bulguları sunuldu.

Tablo 5 ve Tablo 6'da verildiği gibi, cinsiyet değişkeni ile ZBYÖ ( $p=0,392$ ), DDÖ'nün EDO ( $p=0,548$ ), AİKKO ( $p=0,900$ ) alt boyutları, DSKÖ'nün DK ( $p=0,520$ ) alt boyutu, BDÖ ( $p=0,189$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,061$ ) ve arkadaş desteği ( $p=0,181$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, cinsiyetin DSKÖ'nün SK ( $p=0,001$ ) alt boyutu, BAÖ ( $p=0,014$ ), ÇBASDÖ'nün özel biri desteği ( $p=0,034$ ) alt boyutu ve toplamını ( $p=0,045$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi. Kadınların anksiyetesi ve kaygısının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülürken, erkeklerin özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım veren bireylerin yaş ortalaması ile AİKKO ( $p=0,443$ ) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. Yaş ile ZBYÖ ( $p=0,000$ ), BDÖ ( $p=0,000$ ) ve BAÖ ( $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde orta düzeyde, yaş ile EDO ( $p=0,000$ ), DK ( $p=0,000$ ) ve SK ( $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, yaş ile aile desteği ( $p=0,043$ ), özel biri desteği ( $p=0,009$ ) ve ÇBASDÖ'nün toplamı ( $p=0,002$ ) arasında negatif yönde zayıf düzeyde, arkadaş desteği ( $p=0,000$ ) ile yaş arasında ise negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Yaş arttıkça bakım verenlerin bakım yükü, eleştirel düşmancıl olma, kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı, arkadaş desteği, özel biri desteği ve genel olarak sosyal desteklerinin ise azaldığı belirlendi.

Öğrenim durumu ile yapılan analizlerde AİKKO ( $p=0,672$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,514$ ), özel biri desteği ( $p=0,218$ ) ve toplamında ( $p=0,063$ ) istatistiksel

düzyeyde anlamlı bir fark bulunmamakta iken, ZBYÖ (p=0,000), EDO (p=0,004), DK (p=0,002), SK (p=0,001), BDÖ (p=0,000), BAÖ (p=0,000) ve arkadaş desteği (p=0,000) arasında istatistiksel düzyeyde anlamlı fark olduğu görüldü. Bulunan bu anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde üniversite mezunlarının ilköğretim (p=0,006) ve okur yazar olanlara (p=0,000) göre, lise mezunlarının da okur yazarlara (p=0,002) göre bakım yüklerinin daha az olduğu belirlendi. Yapılan ileri analizde okur yazarların lise (p=0,025) ve üniversite mezunlarına (p=0,016) göre DK düzyeylerinin daha yüksek olduğu, benzer şekilde SK düzyeylerinin de ortaokul (p=0,045)), lise (p=0,013) ve üniversite mezunlarına (p=0,001) göre daha yüksek olduğu anlamlılığı yaratan grubun okur yazar olanlar olduğu belirlendi. Lise mezunlarının ilköğretim (p=0,016) ve okur yazarlara (p=0,004) göre, üniversite mezunlarının ise okuryazarlara (p=0,004) göre depresyon düzyeylerinin daha düşük olduğu saptandı. Anksiyete düzyeylerinde belirlenen istatistiksel anlamlılığı ortaya çıkaran grup değerlendirildiğinde ise; lise mezunlarının ilköğretim (p=0,032) ve okuryazarlara (p=0,005) göre aynı zamanda üniversite mezunlarının da ilköğretim mezunları(p=0,001) ile okuryazarlara (p=0,000) göre anksiyetelerinin daha düşük olduğu belirlendi. Yapılan ileri analizde arkadaş desteğinde anlamlılığı yaratan grubun okur yazar olanlar ve ilköğretim mezunları olduğu görüldü. Okur yazarların lise (p=0,027) ve üniversite mezunlarına (p=0,005) göre arkadaş desteğinin daha az olduğu belirlendi. Benzer şekilde ilköğretim mezunlarının da lise (p=0,001) ve üniversite mezunlarına (p=0,000) göre arkadaş desteği daha azdı. Okur yazar olanların lise mezunlarına (p=0,010) göre eleştirel-düşmancıl olma düzyeylerinin ise daha yüksek olduğu saptandı (tabloda yer almamaktadır).

Çalışma durumu değişkenine uygulanan istatistiksel analizde EDO (p=0,358), AİKKO (p=0,360) ve aile desteğinde (p=0,167) istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemezken, ZBYÖ (p=0,041), DK (p=0,033), SK (p=0,002), BDÖ (p=0,002), BAÖ (p=0,003) ve ÇBASDÖ'nün arkadaş desteği (p=0,007), özel biri desteği (p=0,030) ile toplamında (p=0,035) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Çalışmayan bakım veren katılımcıların bakım yükü, kaygı, depresyon ve anksiyete düzyeyleri daha yüksek saptanırken, çalışan bakım veren katılımcıların da arkadaş

desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Medeni durum ile arkadaş desteği ( $p=0,040$ ) karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, evli olan bakım veren bireylerin arkadaş desteğinin daha az olduğu saptandı. Medeni durumun; ZBYÖ ( $p=0,233$ ), EDO ( $p=0,669$ ), AİKKO ( $p=0,308$ ), DK ( $p=0,822$ ), SK ( $p=0,898$ ), BDÖ ( $p=0,250$ ), BAÖ ( $p=0,394$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,973$ ), özel biri desteği ( $p=0,758$ ) ve toplamını ( $p=0,591$ ) istatistiksel düzeyde anlamlı olarak etkilemediği görüldü.

Çocuk sayısı değişkeni ile yapılan istatistiksel ölçümlerde EDO ( $p=0,429$ ), AİKKO ( $p=0,429$ ), DK ( $p=0,087$ ) ve aile desteğinde ( $p=0,225$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken, ZBYÖ ( $p=0,000$ ), SK ( $p=0,011$ ), BDÖ ( $p=0,001$ ), BAÖ ( $p=0,000$ ) ve ÇBASDÖ'nün arkadaş desteği ( $p=0,000$ ), özel biri desteği ( $p=0,036$ ) ve toplamında ( $p=0,018$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlemlendi. Uygulanan ileri istatistiksel analizde üçten fazla çocuk sahibi olan bakım verenlerin istatistiksel olarak anlamlı farka neden olduğu tespit edildi. Buna göre üçten fazla çocuk sahibi olanların hiç çocuk sahibi olmayan bakım verenlere göre bakım yükü ( $p=0,000$ ), kaygı ( $p=0,010$ ), depresyon ( $p=0,000$ ) ve anksiyete ( $p=0,000$ ) düzeylerinin daha yüksek olduğu, arkadaş desteği ( $p=0,000$ ) ve toplam sosyal destek düzeyinin ( $p=0,035$ ) ise daha düşük olduğu belirlendi. Ayrıca üçten fazla çocuk sahibi olan katılımcıların 1-3 arası çocuk sahibi olan katılımcılara göre bakım yükü ( $p=0,002$ ), depresyon ( $p=0,001$ ) ve anksiyete ( $p=0,001$ ) düzeylerinin yüksek, arkadaş desteğinin ( $p=0,002$ ) ise düşük olduğu belirlendi. üç çocuktan fazla çocuğu olan bakım verenlerin 1-3 çocuğu olanlara göre özel biri destek düzeylerinin daha az olduğu saptandı ( $p=0,019$ ) (tabloda bulunmamaktadır).

Sosyal güvence varlığı ile ZBYÖ ( $p=0,313$ ), EDO ( $p=0,598$ ), AİKKO ( $p=0,978$ ), DK ( $p=0,823$ ), SK ( $p=0,568$ ), BDÖ ( $p=0,607$ ), BAÖ ( $p=0,991$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,714$ ), arkadaş desteği ( $p=0,366$ ), özel biri desteği ( $p=0,784$ ) ve toplamında ( $p=1,000$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi.



Tablo 5 ve Tablo 6'nın Devam 1'inde verildiği üzere ailedeki birey sayısına uygulanan istatistiksel analizde ZBYÖ (p=0,306), EDO (p=0,862), AİKKO (p=0,056), DK (p=0,954), SK (p=0,927), BDÖ (p=0,371), BAÖ (p=0,835), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,530), arkadaş desteği (p=0,376), özel biri desteği (p=0,676) ve toplamını (p=0,523) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği belirlendi.

Yapılan istatistiksel karşılaştırmalarda gelir düzeyi ile EDO (p=0,092), AİKKO (p=0,090) ve BDÖ (p=0,052) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, ZBYÖ (p=0,001), DK (p=0,010), SK (p=0,015), BAÖ (p=0,002), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,017), arkadaş desteği (p=0,013), özel biri desteği (p=0,014) ve toplamında (p=0,012) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. Anlamlı farklılığı yaratan grubu belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda gelir durumu iyi olanların gelir durumu orta ve kötü olanlara göre ZBY (sırasıyla; p=0,001, p=0,002) DK (sırasıyla; p=0,011, p=0,020), SK (sırasıyla; p=0,004, p=0,033) ve BAÖ (sırasıyla; p=0,000, p=0,005) düzeylerinin daha düşük olduğu; ÇBASDÖ'nün aile desteği (sırasıyla; p=0,026, p=0,009), arkadaş desteği (sırasıyla; p=0,004, p=0,008), özel biri desteği alt boyutları (sırasıyla; p=0,007, p=0,006) ve genel olarak sosyal desteklerinin (sırasıyla; p=0,008, p=0,007), anlamlı olarak daha iyi olduğu belirlendi (tabloda verilememiştir).

**Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	ZBYÖ	DDÖ		DSKÖ	
	Median (IQR)	EDO Median (IQR)	AİKKO Median (IQR)	DK Median (IQR)	SK Median (IQR)
<b>Cinsiyet</b> Kadın Erkek	79 (18,5) 78 (17,75) U= 2613 Z= -0,857 p=0,392	6 (6,0) 7 (7,0) U= 2687 Z=-0,601 p=0,548	4 (3,0) 4,5 (4,0) U= 2824 Z=-0,126 p=0,900	59 (13,0) 58 (15,0) U= 2674,5 Z=-0,643 p=0,520	59,5 (13,0) 53 (13,0) U= 1821 Z=-3,600 <b>p=0,001</b>
<b>Yaş (Ort)</b>	r=0,74 <b>p=0,000</b>	r=0,283 <b>p=0,000</b>	r=0,059 p=0,443	r=0,266 <b>p=0,000</b>	r=0,261 <b>p=0,001</b>
<b>Öğrenim Durumu</b> Okur-Yazar İlköğretim Ortaokul Lise Üniversite	85 (7,0) 80 (13,0) 79 (6,0) 70 (27,0) 55 (39,0) $\chi^2=25,4$ <b>p=0,000</b>	10 (9,0) 8 (6,0) 10 (9,0) 3,5 (4,0) 4 (3,0) $\chi^2=15,59$ <b>p=0,004</b>	5 (4,0) 4 (3,0) 5 (4,0) 3,5 (4,0) 5 (4,0) $\chi^2=2,34$ p=0,672	63 (10,0) 60 (11,0) 59 (12,0) 54 (12,0) 49 (16,0) $\chi^2=16,61$ <b>p=0,002</b>	67 (14,0) 59 (12,0) 56 (9,0) 54 (12,0) 48 (20,0) $\chi^2=19,62$ <b>p=0,001</b>
<b>Çalışma Durumu</b> Çalışıyor Çalışmıyor	77 (13,0) 80 (20,0) U= 2520,5 Z=-2,040 <b>p=0,041</b>	5 (6,0) 7 (6,0) U= 2859 Z=-0,920 p=0,358	4 (4,0) 4 (3,0) U= 2862 Z=-0,916 p=0,360	56 (10,0) 60 (13,0) U= 2493 Z=-2,129 <b>p=0,033</b>	53 (13,0) 59 (13,0) U= 2207 Z=-3,075 <b>p=0,002</b>
<b>Medeni Durum</b> Evli Bekar/Dul/Boşanmış	79 (16,0) 71 (33,5) U=1585,0 Z=-1,193 p=0,233	7 (7,0) 7 (6,0) U=1763 Z=-0,428 p=0,669	4 (3,0) 3 (4,0) U=1627 Z=-1,019 p=0,308	59 (13,0) 57 (18,0) U=1810 Z=-0,225 p=0,822	58 (13,0) 56 (18,0) U=1832,5 Z=-0,129 p=0,898
<b>Çocuk Sayısı</b> Çocuk yok 1-3 Çocuk 3 Çocuktan fazla	69,5 (36,25) 77 (17,0) 82 (9,0) $\chi^2=19,172$ <b>p=0,000</b>	6,5 (4,0) 6 (7,0) 7 (8,0) $\chi^2=1,692$ p=0,429	5 (4,0) 4 (4,0) 5 (3,0) $\chi^2=1,691$ p=0,429	53,5 (17,0) 59 (14,0) 61 (9,0) $\chi^2=4,876$ p=0,087	52 (16,0) 57 (15,0) 59 (11,0) $\chi^2=9,028$ <b>p=0,011</b>
<b>Sosyal Güvence Varlığı</b> Var Yok	78,5 (16,0) 72 (37,5) U=938 Z=-1,009 p=0,313	7 (7,0) 6 (7,0) U=1025 Z=-0,527 p=0,598	4 (3,0) 5 (4,0) U=1115 Z=-0,028 p=0,978	58,5 (13,0) 56 (20,0) U=1079,5 Z=-0,224 p=0,823	58 (13,0) 53,5 (21,0) U=1017 Z=-0,570 p=0,568

r=spearman korelasyonu,Z ve U= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik).

**Tablo 5 (Devam 1). Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	ZBYÖ	DDÖ		DSKÖ	
	Median (IQR)	EDO Median (IQR)	AİKKO Median (IQR)	DK Median (IQR)	SK Median (IQR)
<b>Ailedeki Birey Sayısı</b> 0-3 kişi 4 ve üzeri kişi	77,5 (34,75) 78,5 (11,5) U= 2986,5 Z=-1,025 p=0,306	7 (6,0) 7 (7,0) U= 3250 Z=-0,174 p=0,862	5 (4,0) 4 (4,0) U= 2715 Z=-1,914 p=0,056	58 (15,0) 59 (13,0) U= 3286 Z=-0,058 p=0,954	57 (18,0) 58 (11,0) U= 3275,5 Z=0,092 p=0,927
<b>Gelir Düzeyi</b> İyi Kötü Orta	31 (31,0) 81 (27,0) 78 (16,0) $\chi^2=13,139$ <b>p=0,001</b>	4 (6,0) 10 (5,0) 7 (6,0) $\chi^2=4,772$ p=0,092	7 (5,0) 3,5 (4,0) 4 (3,0) $\chi^2=4,815$ p=0,090	42 (21,0) 65 (20,0) 58 (13,0) $\chi^2=9,115$ <b>p=0,010</b>	41 (13,0) 59 (23,0) 58 (13,0) $\chi^2=8,441$ <b>p=0,015</b>
<b>Hastaya Yakınlık Durumu</b> Kızı Oğlu Eşi Diğer (Kardeşi/ Gelin/Torun/ Yeğen/Damat/Dünür /Bakıcı)	80 (19,5) 78 (15,25) 83 (16,5) 75 (18,5) $\chi^2=9,778$ <b>p=0,021</b>	5 (6,0) 7 (7,0) 10 (8,0) 7 (6,0) $\chi^2=13,545$ <b>p=0,004</b>	4 (3,0) 4 (4,0) 6 (3,0) 3 (4,0) $\chi^2=17,519$ <b>p=0,001</b>	57 (15,0) 59 (14,0) 62 (10,0) 56,5 (13,0) $\chi^2=8,200$ <b>p=0,042</b>	59 (12,0) 53 (13,0) 65 (14,0) 56 (16,0) $\chi^2=20,839$ <b>p=0,000</b>
<b>Hasta Bireyin Hastalık Süresi (Ort)</b>	r=0,037 p=0,630	r=(-0,003) p=0,964	r=(-0,083) p=0,274	r=(-0,109) p=0,153	r=(-0,052) p=0,495
<b>Bakım İçin Yardım Alma</b> Evet Hayır	78 (13,5) 79 (24,0) U= 3532,5 Z=-0,031 p=0,975	6,5 (6,0) 7,5 (8,0) U= 3106,5 Z=-1,360 p=0,174	4 (3,0) 4 (4,0) U= 3498 Z=-0,140 p=0,889	56 (14,0) 61 (10,0) U= 2705 Z=-2,608 <b>p=0,009</b>	57 (16,0) 60 (13,0) U= 2990 Z=-1,720 p=0,085
<b>Finansal Sorun Yaşama</b> Evet Hayır	80 (13,0) 52 (37,5) U= 426,5 Z=-5,461 <b>p=0,000</b>	7 (7,0) 4 (4,0) U= 859 Z=-3,463 <b>p=0,001</b>	4 (3,0) 7 (5,0) U= 1012 Z=-2,771 <b>p=0,006</b>	59 (11,0) 47 (14,0) U= 650,5 Z=-4,420 <b>p=0,000</b>	58 (13,0) 47 (17,0) U= 727 Z=-4,066 <b>p=0,000</b>
<b>Ev Yaşantısında Değişim Varlığı</b> Evet Hayır	79 (13,5) 55 (35,5) U= 438 Z=-4,552 <b>p=0,000</b>	7 (7,0) 4 (5,0) U= 844 Z=-2,493 <b>p=0,013</b>	4 (3,0) 6 (5,0) U= 898 Z=-2,232 <b>p=0,026</b>	59 (13,0) 52 (22,0) U= 752 Z=-2,955 <b>p=0,003</b>	58 (13,0) 54 (20,0) U= 996 Z=-1,717 p=0,086

r=spearman korelasyonu, Z ve U= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskall Wallis, Median= Ortanca değer, IQR=İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik)

**Tablo 5 (Devam 2). Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	ZBYÖ	DDÖ		DSKÖ	
	Median (IQR)	EDO Median (IQR)	AİKKO Median (IQR)	DK Median (IQR)	SK Median (IQR)
<b>Aile İçi İlişkilerde Değişim Varlığı</b> Evet Hayır	79 (13,5) 39 (35,5) U= 324,5 Z=-5,128 <b>p=0,000</b>	7 (7,0) 3 (4,0) U= 770,5 Z=-2,867 <b>p=0,004</b>	4 (3,0) 6 (4,0) U= 822,5 Z=-2,618 <b>p=0,009</b>	59 (12,0) 46 (20,0) U= 559,5 Z=-3,932 <b>p=0,000</b>	58 (12,0) 47 (21,0) U= 709 Z=-3,173 <b>p=0,002</b>
<b>Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişi Varlığı</b> Evet Hayır	65 (49,75) 79 (13,75) U= 1138,5 Z=-2,420 <b>p=0,016</b>	7 (7,0) 7 (6,0) U= 1606,5 Z=-0,297 p=0,766	4,5 (4,0) 4 (3,0) U= 1559 Z=-0,516 p=0,606	51,5 (25,0) 59 (13,0) U= 1281,5 Z=-1,770 p=0,077	52,5 (24,0) 58 (13,0) U= 1362 Z=-1,405 p=0,160
<b>Hastaya Bakma Süresi (Ort)</b>	r=0,156 <b>p=0,040</b>	r=(-0,007) p=0,922	r=(-0,122) p=0,109	r=(-0,015) p=0,842	r=(-0,130) p=0,086
<b>İş Yaşantısında Değişim Olma Durumu</b> Evet Hayır	77 (12,25) 78 (23,75) U= 234,5 Z=-0,113 p=0,910	5 (7,0) 8 (6,0) U= 234 Z=-0,124 p=0,901	4 (4,0) 4 (2,0) U= 237 Z=-0,062 p=0,950	56,5 (11,0) 59 (17,0) U= 205,5 Z=-0,711 p=0,477	55 (12,0) 58 (14,0) U= 185 Z=-1,134 p=0,257
<b>Hastalık Olma Durumu</b> Var Yok	80 (14,75) 71 (19,25) U= 1860,5 Z=-4,129 <b>p=0,000</b>	8 (7,0) 5 (5,0) U= 2149,5 Z=-3,170 <b>p=0,002</b>	5 (3,0) 3 (4,0) U= 2583 Z=-1,735 p=0,083	60 (14,0) 57 (12,0) U= 2514 Z=-1,951 p=0,051	59 (14,0) 55 (12,0) U= 2205,5 Z=-2,977 <b>p=0,003</b>
<b>Bakım Vermeye Bağlı Ağrı Olma Durumu</b> Evet Hayır	79 (14,5) 47,5 (27,75) U= 198,5 Z=-3,351 <b>p=0,001</b>	7(7,0) 4,5 (5,0) U= 412 Z=-1,816 p=0,069	4 (3,0) 6,5 (4,0) U= 444,5 Z=-1,591 p=0,112	59 (13,0) 44 (20,0) U= 262,5 Z=-2,888 <b>p=0,004</b>	58 (13,0) 49,5 (14,0) U= 331,5 Z=-2,391 <b>p=0,017</b>
<b>Ağrı Şiddeti (Ort)</b>	r=0,317 <b>p=0,000</b>	r=0,174 <b>p=0,022</b>	r=0,030 p=0,698	r=0,216 <b>p=0,004</b>	r=0,260 <b>p=0,001</b>

r=spearman korelasyonu,Z ve U= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik)

**Tablo 5 (Devam 3). Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	ZBYÖ	DDÖ		DSKÖ	
	Median (IQR)	EDO Median (IQR)	AİKKO Median (IQR)	DK Median (IQR)	SK Median (IQR)
<b>Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Hastalık Olma Durumu</b>					
Evet	80 (12,75)	9 (8,0)	4 (4,0)	61 (13,0)	58,5 (14,0)
Hayır	75,5 (18,25)	6 (6,0)	4 (3,0)	57 (14,0)	57 (14,0)
	U= 2771 Z=-2,992 <b>p=0,003</b>	U= 2733 Z=-3,110 <b>p=0,002</b>	U= 3690,5 Z=-0,112 p=0,832	U= 3100 Z=-1,995 <b>p=0,046</b>	U= 3316 Z=-1,342 p=0,180
<b>Bakım Vermekten Memnun Olma</b>					
Evet	72 (29,5)	5 (6,0)	5 (4,0)	55 (17,0)	55 (15,0)
Hayır	80 (11,0)	9 (8,0)	4 (4,0)	61 (10,0)	59 (12,0)
	U= 2470 Z=-3,932 <b>p=0,000</b>	U= 2621,5 Z=-3,478 <b>p=0,001</b>	U= 3220 Z=-1,679 p=0,093	U= 2524 Z=-3,766 <b>p=0,000</b>	U= 2808 Z=-2,908 <b>p=0,004</b>
<b>Daha Önce Başka Birine Bakım Verme Durumu</b>					
Evet	77 (28,50)	5 (7,0)	3,5 (4,0)	56,5 (16,0)	57 (17,0)
Hayır	79 (14,75)	7 (7,0)	4 (3,0)	59 (13,0)	58 (12,0)
	U=2508 Z=-1,221 p=0,222	U=2490,5 Z=-1,283 p=0,199	U=2644 Z=-0,754 p=0,451	U=2738,5 Z=-0,421 p=0,674	U=2652,5 Z=-0,719 p=0,472
<b>Hastasının Kaldığı Klinik Adı</b>					
Dahiliye-1 Kliniği	75 (21,0)	6 (7,0)	4 (4,0)	57 (17,0)	56 (16,0)
Dahiliye-2 Kliniği	78,5 (18,5)	8 (7,0)	3,5 (4,0)	57 (12,0)	58 (10,0)
Palyatif Bakım Kliniği	80 (12,0)	7 (6,0)	5 (3,0)	61 (11,0)	59 (14,0)
	$\chi^2=6,033$ <b>p=0,050</b>	$\chi^2=3,836$ p=0,147	$\chi^2=2,405$ p=0,300	$\chi^2=4,884$ p=0,087	$\chi^2=3,719$ p=0,156
<b>Klinikte Kalınan Süre (Ort)</b>	r=0,216 <b>p=0,004</b>	r=(-0,168) <b>p=0,027</b>	r=0,004 p=0,963	r=(-0,019) p=0,799	r=(-0,096) p=0,208

r=spearman korelasyonu,Z ve U= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskall Wallis, Median= Ortanca değer, IQR=İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik).

**Tablo 6. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	BDÖ	BAÖ	ÇBASDÖ			
	Median (IQR)	Median (IQR)	Aile Desteği Median (IQR)	Arkadaş Desteği Median (IQR)	Özel Biri Desteği Median (IQR)	Toplam Median (IQR)
<b>Cinsiyet</b> Kadın Erkek	36,5 (21,0) 34 (18,0) U= 2481 Z=-1,313 p=0,189	61 (10,0) 55 (15,0) U= 2166 Z=-2,469 p=0,014	10 (8,0) 12 (7,0) U= 2321 Z=-1,872 p=0,061	4 (4,0) 5,5 (6,0) U= 2500,5 Z=-1,339 p=0,181	11 (8,0) 12 (6,0) U= 2248,5 Z=-2,123 p=0,034	27,5 (16,0) 31,5 (18,0) U= 2282 Z=-2,003 p=0,045
<b>Yaş (Ort)</b>	r=0,438 p=0,000	r=0,385 p=0,000	r=-0,154 p=0,043	r=-0,309 p=0,000	r=(-0,198) p=0,009	r=-0,229 p=0,002
<b>Öğrenim Durumu</b> Okur-Yazar İlköğretim Ortaokul Lise Üniversite	44 (11,0) 39 (19,0) 33 (26,0) 31 (16,0) 25 (19,0) $\chi^2=22,93$ p=0,000	63 (1,0) 61 (7,0) 57 (9,0) 53,5 (18,0) 44 (55,0) $\chi^2=29,35$ p=0,000	8 (11,0) 10 (7,0) 12 (8,0) 11,5 (8,0) 13 (13,0) $\chi^2=3,26$ p=0,514	4 (1,0) 4 (3,0) 6 (4,0) 8 (8,0) 12 (15,0) $\chi^2=30,09$ p=0,000	9 (4,0) 11 (7,0) 13 (9,0) 12 (6,0) 14 (15,0) $\chi^2=5,75$ p=0,218	22 (15,0) 27 (16,0) 30 (18,0) 33 (18,0) 40 (45,0) $\chi^2=8,91$ p=0,063
<b>Çalışma Durumu</b> Çalışıyor Çalışmıyor	32 (19,0) 39 (20,0) U= 2187 Z=-3,137 p=0,002	56 (15,0) 61 (10,0) U= 2276 Z=-2,923 p=0,003	12 (7,0) 10 (8,0) U= 2719,5 Z=-1,383 p=0,167	6 (7,0) 4 (4,0) U= 2376 Z=-2,704 p=0,007	12 (7,0) 11 (7,0) U= 2481,5 Z=-2,172 p=0,030	32 (16,0) 27 (16,0) U= 2500,5 Z=-2,104 p=0,035
<b>Medeni Durum</b> Evli Bekar/Dul/Boşanmış	37 (20,0) 34 (21,0) U=1594,5 Z=-1,150 p=0,250	60 (11,0) 58 (17,0) U=1669 Z=-0,853 p=0,394	10 (8,0) 12 (11,0) U=1854,5 Z=-0,034 p=0,973	4 (4,0) 6 (9,0) U=1417 Z=-2,055 p=0,040	11 (7,0) 12 (12,0) U=1791 Z=-0,308 p=0,758	28 (17,0) 28 (29,0) U=1737,5 Z=-0,537 p=0,591
<b>Çocuk Sayısı</b> Çocuk yok 1-3 Çocuk 3 Çocuktan fazla	30,5 (16,0) 34 (18,0) 44 (15,0) $\chi^2=20,300$ p=0,001	50,5 (34,0) 58 (15,0) 63 (5,0) $\chi^2=19,443$ p=0,000	12,5 (9,0) 11 (8,0) 9 (9,0) $\chi^2=2,986$ p=0,225	8,5 (12,0) 5 (5,0) 4 (1,0) $\chi^2=20,400$ p=0,000	12 (13,0) 12 (7,0) 10 (6,0) $\chi^2=6,625$ p=0,036	36 (32,0) 29 (18,0) 24 (12,0) $\chi^2=8,047$ p=0,018
<b>Sosyal Güvence Varlığı</b> Var Yok	36,5 (21,0) 35 (20,0) U=1027 Z=-0,515 p=0,607	60 (11,0) 61,5 (41,0) U=1118 Z=-0,011 p=0,991	11 (8,0) 9,5 (11,0) U=1054 Z=-0,366 p=0,714	4 (4,0) 6 (9,0) U=968 Z=-0,904 p=0,366	11 (7,0) 13 (14,0) U=1070,5 Z=0,275 p=0,784	28 (17,0) 35 (20,0) U=1120 Z=0,000 p=1,000

r=spearman korelasyonu, Z ve U= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik).

**Tablo 6 (Devam 1). Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	BDÖ	BAÖ	ÇBASDÖ			
	Median (IQR)	Median (IQR)	Aile Desteği Median (IQR)	Arkadaş Desteği Median (IQR)	Özel Biri Desteği Median (IQR)	Toplam Median (IQR)
<b>Ailedeki Birey Sayısı</b> 0-3 kişi 4 ve üzeri kişi	36 (18,0) 36 (23,0) U= 3025,5 Z=-0,898 p=0,369	61 (18,0) 59 (11,0) U= 3241 Z=-0,209 p=0,835	11 (10,0) 10 (8,0) U= 3109,5 Z=-0,629 p=0,530	4 (4,0) 5 (5,0) U= 3048,5 Z=-0,885 p=0,376	11 (9,0) 12 (7,0) U= 3174,5 Z=-0,418 p=0,676	28 (22,0) 28 (16,0) U= 3106 Z=-0,638 p=0,523
<b>Gelir Düzeyi</b> İyi Kötü Orta	18 (18,0) 38,5 (19,0) 36 (19,0) $\chi^2=5,924$ p=0,052	4 (25,0) 61,5 (10,0) 60 (11,0) $\chi^2=12,904$ p=0,002	20 (15,0) 8 (6,0) 11 (8,0) $\chi^2=8,200$ p=0,017	17 (20,0) 4,5 (3,0) 4 (5,0) $\chi^2=8,662$ p=0,013	19 (10,0) 11,5 (8,0) 11 (7,0) $\chi^2=8,521$ p=0,014	56 (45,0) 24,5 (16,0) 28 (17,0) $\chi^2=8,824$ p=0,012
<b>Hastaya Yakınlık Durumu</b> Kızı Oğlu Eşi Diğer (Kardeşi/ Gelin/Torun/ Yeğen/Damat/Dünür /Bakıcı)	35 (22,0) 33 (18,0) 43 (14,0) 34 (23,0) $\chi^2=9,148$ p=0,027	61 (10,0) 54,5 (14,0) 63 (3,0) 54,5 (14,0) $\chi^2=10,802$ p=0,013	11 (8,0) 12 (6,0) 10 (10,0) 10 (8,0) $\chi^2=2,528$ p=0,470	4 (5,0) 5,5 (4,0) 4 (2,0) 6 (6,0) $\chi^2=5,707$ p=0,127	11 (9,0) 12 (5,0) 10 (7,0) 11 (8,0) $\chi^2=3,467$ p=0,325	28 (19,0) 29,5 (15,0) 24 (19,0) 28,5 (21,0) $\chi^2=2,949$ p=0,400
<b>Hasta Bireyin Hastalık Süresi (Ort)</b>	r=(-0,014) p=0,850	r=(-0,018) p=0,816	r=(-0,004) p=0,956	r=(-0,053) p=0,487	r=0,023 p=0,767	r=0,001 p=0,988
<b>Bakım İçin Yardım Alma</b> Evet Hayır	35 (22,0) 37,5 (19,0) U= 3140 Z=-1,253 p=0,210	58,5 (14,0) 60,5 (10,0) U= 3215,5 Z=-1,045 p=0,296	12 (7,0) 8 (5,0) U= 1863 Z=-5,242 p=0,000	5 (5,0) 4 (4,0) U= 3067,5 Z=-1,589 p=0,112	12,5 (7,0) 8 (4,0) U= 1694 Z=-5,767 p=0,000	32 (17,0) 20 (12,0) U= 1903,5 Z=-5,103 p=0,000
<b>Finansal Sorun Yaşama</b> Evet Hayır	38 (19,0) 25 (22,0) U= 638 Z=-4,476 p=0,000	61 (9,0) 46 (41,0) U= 830 Z=-3,686 p=0,000	10 (7,0) 16 (16,0) U= 1072,5 Z=-2,475 p=0,013	4 (4,0) 12 (14,0) U= 736,5 Z=-4,322 p=0,000	11 (7,0) 16 (13,0) U= 1141,5 Z=-2,154 p=0,031	28 (16,0) 47 (37,0) U= 942,5 Z=-3,070 p=0,002
<b>Ev Yaşantısında Değişim Varlığı</b> Evet Hayır	37 (19,0) 25 (21,0) U= 694 Z=-3,248 p=0,001	60 (11,0) 52 (49,0) U= 890 Z=-2,315 p=0,021	10 (8,0) 11 (13,0) U= 1181 Z=-0,781 p=0,435	4 (4,0) 8 (15,0) U= 948,5 Z=-2,104 p=0,035	11 (7,0) 12 (9,0) U= 1224 Z=-0,562 p=0,574	28 (17,0) 30 (34,0) U= 1103,5 Z=-1,172 p=0,241

r=spearman korelasyonu,Z ve U= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik)

**Tablo 6 (Devam 2). Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	BDÖ	BAÖ	ÇBASDÖ			
	Median (IQR)	Median (IQR)	Aile Desteği Median (IQR)	Arkadaş Desteği Median (IQR)	Özel Biri Desteği Median (IQR)	Toplam Median (IQR)
<b>Aile İçi İlişkilerde Değişim Varlığı</b> Evet Hayır	37 (19,0) 20 (23,0) U= 586 Z=-3,795 <b>p=0,000</b>	60 (10,0) 21 (53,0) U= 598 Z=-3,836 <b>p=0,000</b>	10 (8,0) 13 (13,0) U= 964 Z=-1,884 p=0,060	4 (4,0) 9 (16,0) U= 742 Z=-3,230 <b>p=0,001</b>	11 (7,0) 12 (9,0) U= 1095 Z=-1,217 p=0,223	28 (16,0) 40 (30,0) U= 857 Z=-2,422 <b>p=0,015</b>
<b>Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişi Varlığı</b> Evet Hayır	29,5 (22,0) 37 (20,0) U= 1149,5 Z=-2,367 <b>p=0,018</b>	46,5 (41,0) 60 (10,0) U= 957,0 Z=-3,327 <b>p=0,001</b>	13,5 (13,0) 10 (7,0) U= 1336 Z=-1,527 p=0,127	6 (14,0) 4 (4,0) U= 1212 Z=-2,240 <b>p=0,025</b>	15,5 (12,0) 11 (7,0) U= 1096,5 Z=-2,613 <b>p=0,009</b>	35,5 (32,0) 28 (16,0) U= 1242,5 Z=-1,946 p=0,052
<b>Hastaya Bakma Süresi (Ort)</b>	r=0,098 p=0,197	r=0,046 p=0,547	r=(-0,084) p=0,269	r=(-0,096) p=0,209	r=(-0,097) p=0,201	r=(-0,119) p=0,119
<b>İş Yaşantısında Değişim Olma Durumu</b> Evet Hayır	32 (15,0) 44 (27,0) U= 159,5 Z=-1,659 p=0,097	57 (15,0) 63 (4,0) U= 129,5 Z=-2,300 <b>p=0,021</b>	12 (8,0) 10 (3,0) U= 169 Z=-1,468 p=0,142	6 (6,0) 4 (3,0) U= 170 Z=-1,492 p=0,136	12 (6,0) 10 (6,0) U= 183,5 Z=-1,170 p=0,242	31 (16,0) 24 (11,0) U= 160,5 Z=-1,638 p=0,101
<b>Hastalık Olma Durumu</b> Var Yok	42 (19,0) 30 (15,0) U= 1512,5 Z=-5,277 <b>p=0,000</b>	61 (9,0) 55 (14,0) U= 2056,5 Z=-3,566 <b>p=0,000</b>	10 (7,0) 11,5 (8,0) U= 2667 Z=-1,445 p=0,149	4 (4,0) 6,5 (11,0) U= 2288,5 Z=-2,902 <b>p=0,004</b>	11 (7,0) 12 (8,0) U= 2712 Z=-1,294 p=0,196	27 (16,0) 29,5 (20,0) U= 2523,5 Z=-1,919 p=0,055
<b>Bakım Vermeye Bağlı Ağrı Olma Durumu</b> Evet Hayır	37 (18,0) 21 (14,0) U= 232,5 Z=-3,106 <b>p=0,002</b>	60 (10,0) 21,5 (41,0) U= 175,5 Z=-3,607 <b>p=0,000</b>	10 (8,0) 13 (11,0) U= 526,5 Z=-0,991 p=0,322	4 (4,0) 10 (11,0) U= 357,5 Z=-2,368 <b>p=0,018</b>	11 (7,0) 14 (11,0) U= 492,5 Z=-1,236 p=0,217	28 (17,0) 38,5 (31,0) U= 462,5 Z=-1,449 p=0,147
<b>Ağrı Şiddeti (Ort)</b>	r=0,344 <b>p=0,000</b>	r=0,420 <b>p=0,000</b>	r=(-0,214) <b>p=0,005</b>	r=(-0,175) <b>p=0,021</b>	r=(-0,309) <b>p=0,000</b>	r=(-0,260) <b>p=0,001</b>

r=spearman korelasyonu,Z ve U=Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=InterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik)



**Tablo 6 (Devam 3). Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	BDÖ	BAÖ	ÇBASDÖ			
	Median (IQR)	Median (IQR)	Aile Desteği Median (IQR)	Arkadaş Desteği Median (IQR)	Özel Biri Desteği Median (IQR)	Toplam Median (IQR)
<b>Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Hastalık Olma Durumu</b> Evet Hayır	42 (18,0) 32,5 (17,0) U= 2587,5 Z=-3,541 <b>p=0,000</b>	62 (9,0) 57 (14,0) U= 2972,5 Z=-2,443 <b>p=0,015</b>	9 (7,0) 12 (8,0) U= 2839,5 Z=-2,789 <b>p=0,005</b>	4 (4,0) 5 (5,0) U= 3338 Z=-1,370 p=0,171	10 (6,0) 12 (7,0) U= 2894 Z=-2,622 <b>p=0,009</b>	25 (16,0) 30,5 (18,0) U= 2871 Z=-2,686 <b>p=0,007</b>
<b>Bakım Vermekten Memnun Olma</b> Evet Hayır	32 (17,0) 43 (18,0) U= 2244 Z=-4,609 <b>p=0,000</b>	57 (15,0) 61 (9,0) U= 2988,5 Z=-2,427 <b>p=0,015</b>	12 (8,0) 9 (8,0) U= 2860,5 Z=-2,757 <b>p=0,006</b>	6 (6,0) 4 (4,0) U= 3068,5 Z=-2,281 <b>p=0,023</b>	12 (7,0) 10 (7,0) U= 2781 Z=-2,996 <b>p=0,003</b>	32 (21,0) 26 (17,0) U= 2807,5 Z=-2,910 <b>p=0,004</b>
<b>Daha Önce Başka Birine Bakım Verme Durumu</b> Evet Hayır	33,5 (25,0) 36,5 (17,0) U=2561,5 Z=-1,034 p=0,301	56 (17,0) 60 (10,0) U=2424 Z=-1,551 p=0,121	12 (8,0) 10 (7,0) U=2431,5 Z=-1,488 p=0,137	7 (6,0) 4 (4,0) U=2354 Z=-1,884 p=0,060	13 (8,0) 11 (8,0) U=2160 Z=-2,431 <b>p=0,015</b>	30,5 (20,0) 27,5 (17,0) U=2286 Z=-1,989 <b>p=0,047</b>
<b>Hastasının Kaldığı Klinik Adı</b> Dahiliye-1 Kliniği Dahiliye-2 Kliniği Palyatif Bakım Kliniği	35 (23,0) 33 (14,0) 41 (17,0) $\chi^2=8,111$ <b>p=0,017</b>	57 (17,0) 57,5 (9,0) 62 (9,0) $\chi^2=5,017$ p=0,081	11 (8,0) 12,5 (7,0) 9 (6,0) $\chi^2=10,294$ <b>p=0,006</b>	5 (6,0) 5 (5,0) 4 (4,0) $\chi^2=3,633$ p=0,163	12 (8,0) 12 (7,0) 10 (6,0) $\chi^2=7,469$ <b>p=0,024</b>	30 (22,0) 29,5 (13,0) 24 (15,0) $\chi^2=7,909$ <b>p=0,019</b>
<b>Klinikte Kalınan Süre (Ort)</b>	r=0,124 p=0,104	r=0,167 <b>p=0,028</b>	r=(-0,132) p=0,083	r=(-0,036) p=0,635	r=(-0,155) <b>p=0,041</b>	r=(-0,125) p=0,101

r=spearman korelasyonu, Z ve U= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik)

Hastaya yakınlık durumu değişkenin ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,470$ ), arkadaş desteği ( $p=0,127$ ), özel biri desteği ( $p=0,325$ ) ve toplamı ( $p=0,400$ ) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkisi yokken, ZBYÖ ( $p=0,021$ ), EDO ( $p=0,004$ ), AİKKO ( $p=0,001$ ), DK ( $p=0,042$ ), SK ( $p=0,000$ ), BDÖ ( $p=0,027$ ) ve BAÖ ( $p=0,013$ ) düzeyleri üzerinde ise istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Uygulanan ileri istatistiksel ölçümlerde farkı oluşturan grubun bakım verilen hastaların eşleri olduğu belirlendi. Bu doğrultuda bakım verilen hastaların eşlerinin kardeşlerine göre bakım yükü ( $p=0,020$ ), kaygı (DK için  $p=0,029$ , SK için  $p=0,002$ ) ve duygu dışavurum (AİKKO için  $p=0,000$ ) düzeylerinin yüksek olduğu, benzer şekilde eşlerin oğullarına göre kaygı (SK için  $p=0,000$ ), depresyon ( $p=0,040$ ), anksiyete ( $p=0,012$ ) ve duygu dışavurum (AİKKO için  $p=0,029$ ) düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca bakım verilen hastaların kızlarının eşlerine göre kaygı (SK için  $p=0,032$ ) ve duygu dışavurum (EDO için  $p=0,002$ ) düzeylerinin daha düşük olduğu bulundu (tabloda verilmemiştir).

Hasta bireyin hastalık süresi ile ZBYÖ ( $p=0,630$ ), EDO ( $p=0,964$ ), AİKKO ( $p=0,274$ ), DK ( $p=0,153$ ), SK ( $p=0,495$ ), BDÖ ( $p=0,850$ ), BAÖ ( $p=0,816$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,956$ ), arkadaş desteği ( $p=0,487$ ), özel biri desteği ( $p=0,767$ ) ve toplamında ( $p=0,988$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi.

Bakım için yardım alma ile ZBYÖ ( $p=0,975$ ), EDO ( $p=0,174$ ), AİKKO ( $p=0,889$ ), SK ( $p=0,085$ ), BDÖ ( $p=0,210$ ), BAÖ ( $p=0,296$ ) ve arkadaş desteği ( $p=0,112$ ) ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark görülmezken, DK ( $p=0,009$ ), aile desteği ( $p=0,000$ ), özel biri desteği ( $p=0,000$ ) ve toplam ( $p=0,000$ ) sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. Bakım veren katılımcılardan yardım alanların kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu, bakım konusunda yardım almayan katılımcıların da aile desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı.

Finansal sorun yaşama ile ZBYÖ ( $p=0,000$ ), EDO ( $p=0,001$ ), AİKKO ( $p=0,006$ ), DK ( $p=0,000$ ), SK ( $p=0,000$ ), BDÖ ( $p=0,000$ ), BAÖ ( $p=0,000$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,013$ ), arkadaş desteği ( $p=0,000$ ), özel biri desteği ( $p=0,031$ ) ve toplam ( $p=0,002$ )

düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Bakım veren bireylerden finansal sorun yaşayanların bakım yükü, eleştirel-düşmancıl olma, kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Ek olarak finansal sorun yaşamayan bakım verenlerde aşırı ilgili-koruyucu-kollayıcı olma, aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulundu.

Ev yaşantısında değişim olmasının, SK (p=0,086), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,435), özel biri desteği (p=0,574) ve toplam sosyal destek (p=0,241) düzeylerini istatistiksel olarak etkilemezken, ZBYÖ (p=0,000), EDO (p=0,013), AİKKO (p=0,026), DK (p=0,003), BDÖ (p=0,001), BAÖ (p=0,021) ve arkadaş desteği (p=0,035) düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği görüldü. Ev yaşantısında değişim olan bakım veren katılımcıların bakım yükü, eleştirel düşmancıl olma, durumluluk kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, ev yaşantısında değişim olmayan katılımcıların ise aşırı ilgili-koruyucu-kollayıcı olma düzeyi ve arkadaş desteğinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 5 ve Tablo 6'nın Devam 2'sinde gösterildiği gibi aile içi ilişkilerde değişim varlığının; aile desteği (p=0,060) ve özel biri desteğini (p=0,223) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği gözlenmezken, ZBYÖ (p=0,000), EDO (p=0,004), AİKKO (p=0,009), DK (p=0,000), SK (p=0,002), BDÖ (p=0,000), BAÖ (p=0,000), ÇBASDÖ'nün arkadaş desteği (p=0,001) ve toplamında (p=0,015) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edildi. Bakım veren bireylerde aile içi ilişkilerde değişim olmasının; bakım yükü, eleştirel-düşmancıl olma, kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerini arttırdığı gözlendi. Aile içi ilişkilerde değişim olmayan bireylerde ise aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığı ile yapılan karşılaştırmalarda EDO (p=0,766), AİKKO (p=0,606), DK (p=0,077), SK (p=0,160), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,127) ve toplamında (p=0,052) istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmezken, ZBYÖ (p=0,016), BDÖ (p=0,018), BAÖ (p=0,001), arkadaş desteği (p=0,025) ve özel

biri desteğini ( $p=0,009$ ) istatistiksel düzeyde anlamlı olarak etkilediği görüldü. Bu çalışmada bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığına sahip bakım veren bireylerin bakım yükü, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilirken, arkadaş desteği ve özel biri desteği düzeylerinin ise daha yüksek olduğu bulundu.

Hastaya bakma süresinin ortalaması ile EDO ( $p=0,922$ ), AİKKO ( $p=0,109$ ), DK ( $p=0,842$ ), SK ( $p=0,086$ ), BDÖ ( $p=0,197$ ), BAÖ ( $p=0,547$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,269$ ), arkadaş desteği ( $p=0,209$ ), özel biri desteği ( $p=0,201$ ) ve toplamında ( $p=0,119$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişi bulunmazken, ZBYÖ ( $p=0,040$ ) arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişi olduğu tespit edildi. Bu duruma göre hastaya bakma süresinin artmasının bakım yükü düzeyini arttırdığı gözlemlendi.

İş yaşantısında değişim olma durumu ile yapılan istatistiksel ölçümlerde, ZBYÖ ( $p=0,910$ ), EDO ( $p=0,901$ ), AİKKO ( $p=0,950$ ), DK ( $p=0,477$ ), SK ( $p=0,257$ ), BDÖ ( $p=0,097$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,142$ ), arkadaş desteği ( $p=0,136$ ), özel biri desteği ( $p=0,242$ ) ve toplamında ( $p=0,101$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, BAÖ ( $p=0,021$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. İş yaşantısında değişim olan bakım veren bireylerin anksiyete düzeylerinin düşük olduğu görüldü.

Hastalık olma durumu ile AİKKO ( $p=0,083$ ), DK ( $p=0,051$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,149$ ), özel biri desteği ( $p=0,196$ ) ve toplamında ( $p=0,055$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, ZBYÖ ( $p=0,000$ ), EDO ( $p=0,002$ ), SK ( $p=0,003$ ), BDÖ ( $p=0,000$ ), BAÖ ( $p=0,000$ ) ve arkadaş desteği ( $p=0,004$ ) ölçümlerini istatistiksel düzeyde anlamlı olarak etkilediği belirlendi. Hastalığı olan katılımcıların bakım yükü, eleştirel-düşmancıl olma, kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, arkadaş desteği düzeyinin ise daha düşük olduğu saptandı.

Bakım vermeye bağlı ağrı olma durumu ile; EDO ( $p=0,069$ ), AİKKO ( $p=0,112$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,322$ ), özel biri desteği ( $p=0,217$ ) ve toplamında ( $p=0,147$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, ZBYÖ ( $p=0,001$ ), DK ( $p=0,004$ ), SK ( $p=0,017$ ), BDÖ ( $p=0,002$ ), BAÖ ( $p=0,000$ ) ve arkadaş desteği

( $p=0,018$ ) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu. Katılımcıların bakım vermeye bağlı ağrı sorunu yaşamaları sonucunda bakım yükü, eleştirel-düşmancıl olma, kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı, sosyal destek düzeylerinin ise azaldığı belirlendi.

Ağrı şiddeti ortalaması ile AİKKO ( $p=0,698$ ) düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken, ZBYÖ ( $p=0,000$ ), BDÖ ( $p=0,000$ ) ve BAÖ ( $p=0,000$ ) düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde, EDO ( $p=0,022$ ), DK ( $p=0,004$ ) ve SK ( $p=0,001$ ) düzeyleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,005$ ), arkadaş desteği ( $p=0,021$ ) ve toplam sosyal destek ( $p=0,001$ ) düzeyleri arasında negatif yönde zayıf düzeyde, özel biri desteği ( $p=0,000$ ) düzeyi arasında ise negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Ağrı şiddetinin artmasının; bakım veren bireylerin bakım yükü, duygu dışavurumu, kaygı, depresyon, anksiyete ve sosyal destek düzeylerini olumsuz yönde etkilediğini gösterdi.

Tablo 5 ve Tablo 6'nın Devam'ünde verildiği gibi; bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir hastalığa sahip olma durumu ile ölçekler karşılaştırıldığında; AİKKO ( $p=0,832$ ), SK ( $p=0,180$ ) ve arkadaş desteğinde ( $p=0,171$ ) istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmazken, ZBYÖ ( $p=0,003$ ), EDO ( $p=0,002$ ), DK ( $p=0,046$ ), BDÖ ( $p=0,000$ ), BAÖ ( $p=0,015$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,005$ ), özel biri desteği ( $p=0,009$ ) ve sosyal destek toplamını ( $p=0,007$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda bakım vermeye başladıktan sonra hastalığı olan katılımcıların daha fazla bakım yükü, duygu dışavurum, kaygı, depresyon ve anksiyete yaşadıkları, aile, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerinin ise azaldığı tespit edildi.

Bakım vermekten memnun olma ile AİKKO ( $p=0,093$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, ZBYÖ ( $p=0,000$ ), EDO ( $p=0,001$ ), DK ( $p=0,000$ ), SK ( $p=0,004$ ), BDÖ ( $p=0,000$ ), BAÖ ( $p=0,015$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,006$ ), arkadaş desteği ( $p=0,023$ ), özel biri desteği ( $p=0,003$ ) ve toplamını ( $p=0,004$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği görüldü. Bakım vermekten memnun olmayan bireylerin bakım yükü, eleştirel düşmancıl olma, kaygı, depresyon ve anksiyete seviyelerinin daha fazla olduğu görüldü. Bakım vermekten memnun olan

katılımcıların ise aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal desteklerinin daha fazla olduğu belirlendi.

Daha önce başka birine bakım verme durumu ile ZBY ( $p=0,222$ ), EDO ( $p=0,199$ ), AİKKO ( $p=0,451$ ), DK ( $p=0,674$ ), SK ( $p=0,472$ ), BDÖ ( $p=0,301$ ), BAÖ ( $p=0,121$ ), aile desteği ( $p=0,137$ ) ve arkadaş desteğini ( $p=0,060$ ) istatistiksel düzeyde anlamlı olarak etkilemezken, ÇBASDÖ'nün özel biri desteği ( $p=0,015$ ) ve toplamını ( $p=0,047$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edildi. Bu kapsamda daha önce başka birine bakım veren bireylerin özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı.

Hastanın kaldığı klinik ile ölçekler karşılaştırıldığında; EDO ( $p=0,147$ ), AİKKO ( $p=0,300$ ), DK ( $p=0,087$ ), SK ( $p=0,156$ ), BAÖ ( $p=0,081$ ), arkadaş desteği ( $p=0,163$ ) değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark görülmezken, ZBYÖ ( $p=0,050$ ), BDÖ ( $p=0,017$ ), aile desteği ( $p=0,006$ ), özel biri desteği ( $p=0,024$ ) ve toplamında ( $p=0,019$ ) istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulundu. Saptanan anlamlı farkın Dahiliye-1 kliniği ile Palyatif bakım kliniğinden kaynaklandığı belirlendi. Bu sonuca göre bakım yükü ( $p=0,047$ ) ve depresyon ( $p=0,038$ ) düzeyleri palyatif bakım kliniğinde kalanların, dahiliye-1 kliniklerinde kalan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu gözlenirken, aile desteği ( $p=0,016$ ), özel biri desteği ( $p=0,026$ ) ve toplam sosyal destek ( $p=0,032$ ) düzeylerinin ise daha düşük olduğu belirlendi. Ayrıca dahiliye-2 kliniğinde kalan katılımcıların aile destek ( $p=0,024$ ) düzeylerinin palyatif bakım kliniğinde kalan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görüldü (tabloda yer almamaktadır).

Klinikte kalınan süre ortalaması ile AİKKO ( $p=0,963$ ), DK ( $p=0,799$ ), SK ( $p=0,208$ ), BDÖ ( $p=0,104$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,083$ ), arkadaş desteği ( $p=0,635$ ) ve toplamında ( $p=0,101$ ) istatistiksel olarak anlamlı ilişki yokken, ZBYÖ ( $p=0,004$ ) ve BAÖ ( $p=0,028$ ) düzeylerinde pozitif yönde zayıf ilişki olduğu, EDO ( $p=0,027$ ) ve özel biri desteği ( $p=0,041$ ) düzeylerinde ise negatif yönde zayıf ilişki olduğu gözlemlendi. Bu değerler sonucunda klinikte kalınan sürenin artması bakım yükü, anksiyete ve eleştirel-düşümcül olma durumlarını arttırırken, özel biri desteği düzeyini ise azalttığı saptandı.

#### **4.4. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE BAKIM YÜKÜ, DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR**

Tablo 7'de, bakım verilen hastaya ait sosyo-demografik özelliklerine göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye ilişkin bulgular sunuldu. Tablo 8'de, bakım verilen hastaya ait sosyo-demografik özelliklerine göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye ilişkin bulgular verildi.

Tablo 7 ve Tablo 8'de verilen analizlerde görüldüğü gibi, hastanın cinsiyeti ile ZBYÖ (p=0,482), EDO (p=0,490), DK (p=0,759), SK (p=0,574), BDÖ (p=0,729), BAÖ (p=0,537), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,094), arkadaş desteği (p=0,971), özel biri desteği (p=0,922) ve toplamında (p=0,306) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, AİKKO (p=0,032) durumunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi. Erkek hastalara bakım veren katılımcıların aşırı ilgili-koruyucu-kollayıcı olma düzeyikadın hastalara bakım veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Medeni durumun; ZBYÖ (p=0,989), DK (p=0,930), SK (p=0,316), BDÖ (p=0,955), BAÖ (p=0,276), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,537), arkadaş desteği (p=0,702), özel biri desteği (p=0,833) ve toplam (p=0,800) puanlarını istatistiksel düzeyde anlamlı olarak etkilemediği görülürken, EDO (p=0,007) ve AİKKO (p=0,001) düzeylerini ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı. Evli hastalara bakım veren bireylerin duygu dışavurumlarının bekar hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

**Tablo 7. Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	ZBYÖ	DDÖ		DSKÖ	
	Median (IQR)	EDO Median (IQR)	AİKKO Median (IQR)	DK Median (IQR)	SK Median (IQR)
<b>Cinsiyet</b> Kadın Erkek	77,5 (18,0) 79 (14,5) U=3337,5 Z=-0,704 p=0,482	7 (6,0) 7 (9,0) U=3342 Z=-0,691 p=0,490	4 (4,0) 5 (4,0) U=2880,5 Z=-2,139 <b>p=0,032</b>	57,5 (14,0) 59 (10,0) U=3465 Z=-0,307 p=0,759	57 (13,0) 58,5 (17,0) U=3383 Z=-0,562 p=0,574
<b>Medeni Durum</b> Evli Bekar	78 (23,0) 78 (15,0) U=3708 Z=-0,014 p=0,989	8 (7,0) 6 (7,0) U=2821 Z=-2,717 <b>p=0,007</b>	5 (4,0) 3 (4,0) U=2606,5 Z=-3,391 <b>p=0,001</b>	59 (14,0) 58 (13,0) U=3683,5 Z=-0,088 p=0,930	59 (17,0) 57 (11,0) U=3383 Z=-1,002 p=0,316
<b>Hastanın Yaşı (Ort)</b>	r=0,256 <b>p=0,001</b>	r=(-0,071) p=0,351	r=(-0,271) <b>p=0,000</b>	r=0,013 p=0,862	r=(-0,032) p=0,678
<b>Eğitim Düzeyi</b> Okur-Yazar Değil Okur-Yazar İlkokul Lise/Yüksekokul	74 (34,0) 79 (14,0) 79 (14,0) 76 (37,0) $\chi^2=2,845$ p=0,416	6 (6,0) 7 (8,0) 7 (7,0) 6 (5,0) $\chi^2=4,534$ p=0,209	4 (4,0) 5 (4,0) 4 (4,0) 6 (4,0) $\chi^2=4,460$ p=0,216	54 (18,0) 60 (14,0) 59 (10,0) 59 (10,0) $\chi^2=4,500$ p=0,212	55 (15,0) 58 (12,0) 58 (13,0) 65 (16,0) $\chi^2=9,020$ <b>p=0,029</b>
<b>Alkol Kullanmış/Kullanıyor Olma Durumu</b> Evet Hayır	80 (11,0) 78 (18,5) U=2003,5 Z=-1,956 <b>p=0,049</b>	9 (9,0) 6 (7,0) U=1894 Z=-2,362 <b>p=0,018</b>	5 (4,0) 4 (4,0) U=2213,5 Z=-1,191 p=0,234	60 (9,0) 57 (14,0) U=2028,5 Z=-1,863 p=0,063	60 (15,0) 57 (14,0) U=1961,5 Z=-2,109 <b>p=0,035</b>
<b>Sigara Kullanmış/Kullanıyor Olma Durumu</b> Evet Hayır	80 (9,75) 74 (29,25) U=2961 Z=-2,449 <b>p=0,014</b>	7 (7,0) 7 (6,0) U=3519 Z=-0,765 p=0,444	4 (3,0) 4 (4,0) U=3700,5 Z=-0,217 p=0,828	60 (13,0) 56,5 (16,0) U=3299 Z=-1,427 p=0,153	58 (15,0) 57 (13,0) U=3593,5 Z=-0,539 p=0,590

r=Spearman korelasyonu,Z veU= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, IQR=İnterquartileRange (Çeyreklikler arası genişlik)



**Tablo 7 (Devam 1). Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	ZBYÖ	DDÖ		DSKÖ	
	Median (IQR)	EDO Median (IQR)	AİKKO Median (IQR)	DK Median (IQR)	SK Median (IQR)
<b>Kendisini İfade Edebilme Durumu</b>					
Evet	75,5 (20,25)	7 (7,0)	4 (4,0)	57 (13,0)	58 (13,0)
Hayır	81 (13,5)	6 (7,0)	4 (3,0)	60 (13,0)	57 (15,0)
	U= 2520 Z=-3,659 <b>p=0,000</b>	U= 3086,5 Z=-1,940 p=0,052	U= 3672 Z=-0,159 p=0,874	U= 3449 Z=-0,835 p=0,404	U= 3459,5 Z=-0,803 p=0,422
<b>İşitme Cihazı Kullanma Durumu</b>					
Evet	79 (16,75)	8,5 (8,0)	3 (4,0)	58,5 (12,0)	56 (10,0)
Hayır	78 (18,0)	7 (6,0)	4 (3,0)	58,5 (13,0)	58 (15,0)
	U=696,5 Z=-0,800 p=0,424	U=638 Z=-1,180 p=0,238	U=736,5 Z=-0,545 p=0,586	U=786 Z=-0,220 p=0,826	U=796 Z=-0,155 p=0,877
<b>Gözlük Kullanma Durumu</b>					
Evet	75,5 (25,5)	7 (6,0)	3 (4,0)	56 (11,0)	57,5 (11,0)
Hayır	80 (13,0)	6,5 (7,0)	5 (3,0)	59,5 (13,0)	57,5 (16,0)
	U=2704 Z=-2,271 <b>p=0,023</b>	U=3371,5 Z=-0,154 p=0,878	U=2943,5 Z=-1,522 p=0,128	U=2841 Z=-1,835 p=0,067	U=3312,5 Z=-0,341 p=0,733
<b>Mobilizasyon İçin Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu</b>					
Evet	58 (28,5)	6,5 (7,0)	4,5 (5,0)	47 (20,0)	52,5 (20,0)
Hayır	79 (14,5)	7 (6,0)	4 (3,0)	59 (13,0)	58 (13,0)
	U=437,5 Z=-3,783 <b>p=0,000</b>	U=1001,5 Z=-0,658 p=0,511	U=984,5 Z=-0,756 p=0,449	U=680 Z=-2,437 <b>p=0,015</b>	U=673,5 Z=-2,472 <b>p=0,013</b>
<b>Mobilizasyon Durumu</b>					
Yatağa Bağımlı	80 (12,5)	6 (6,0)	4 (3,0)	59 (13,0)	58 (13,0)
Yardımla Mobilize (Refakatçi Yardımı, Walker,Baston,Tekerlekli Sandalye İle)	60 (32,0)	7 (6,0)	4 (5,0)	56 (23,0)	57 (20,0)
	U=696,5 Z=-5,687 <b>p=0,000</b>	U=1987,5 Z=-0,466 p=0,641	U=2053 Z=-0,202 p=0,840	U=1613,5 Z=-1,976 <b>p=0,048</b>	U=1827,5 Z=-1,111 p=0,266
<b>Katz GYA</b>	r=-0,314 <b>p=0,000</b>	r=0,138 p=0,068	r=0,019 p=0,807	r =-0,050 p=0,513	r=0,067 p=0,381
<b>Lawton ve Brady EGYA</b>	r=-0,309 <b>p=0,000</b>	r=0,102 p=0,180	r=-0,019 p=0,804	r=-0,130 p=0,087	r=0,009 p=0,908

r=Spearman korelasyonu,Z veU= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange (Çeyreklikler arası genişlik)

**Tablo 7 (Devam 2). Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	ZBYÖ	DDÖ		DSKÖ	
	Median (IQR)	EDO Median (IQR)	AİKKO Median (IQR)	DK Median (IQR)	SK Median (IQR)
<b>Kliniğe Yatış Tanısı</b>					
SVH	78 (20,50)	5 (6,0)	4 (3,0)	59 (17,0)	57 (17,0)
KVH	74,5 (15,75)	6 (7,0)	4 (3,0)	56 (14,0)	59 (10,0)
KBY	80,5 (11,75)	10 (6,0)	3 (4,0)	59 (11,0)	57,5 (14,0)
Alzheimer+Parkinson	79 (20,0)	7,5 (6,0)	3 (4,0)	57 (16,0)	56 (15,0)
Kanser	80 (16,0)	7 (6,0)	6 (2,0)	60 (10,0)	59 (20,0)
	$\chi^2=4,467$ p=0,347	$\chi^2=7,436$ p=0,115	$\chi^2=11,683$ p=0,020	$\chi^2=2,955$ p=0,565	$\chi^2=3,025$ p=0,554
<b>SVH Tam Süresi (Ort Yıl)</b>	r=(-0,298) p=0,069	r=(-0,108) p=0,520	r=0,106 p=0,527	r=(-0,138) p=0,408	r=(-0,066) p=0,696
<b>KVH Tam Süresi (Ort Yıl)</b>	r=0,507 p=0,000	r=0,013 p=0,930	r=0,127 p=0,376	r=(-0,023) p=0,872	r=0,148 p=0,301
<b>KBY Tam Süresi (Ort Yıl)</b>	r=(-0,153) p=0,508	r=(-0,488) p=0,025	r=(-0,206) p=0,371	r=(-0,261) p=0,253	r=(-0,169) p=0,464
<b>Diyalize Girme Süresi (Ort Yıl)</b>	r=(-0,062) p=0,789	r=(-0,400) p=0,073	r=(-0,293) p=0,197	r=(-0,163) p=0,479	r=(-0,072) p=0,756
<b>Alzheimer-Parkinson Tam Süresi (Ort Yıl)</b>	r=0,215 p=0,238	r=0,019 p=0,920	r=0,004 p=0,981	r=0,134 p=0,466	r=0,025 p=0,893
<b>Kanser Süresi (Ort Yıl)</b>	r=(-0,168) p=0,358	r=(-0,111) p=0,545	r=(-0,129) p=0,483	r=(-0,080) p=0,664	r=(-0,255) p=0,159
<b>Tamya Eşlik Eden Diyabet Varlığı</b>					
Var	79 (11,0)	9 (8,0)	3 (4,0)	61 (10,0)	61 (10,0)
Yok	78 (20,0)	6 (6,0)	4 (3,0)	57 (15,0)	57 (15,0)
	U=2237 Z=-0,735 p=0,462	U=1881,5 Z=-2,075 p=0,038	U=2166 Z=-1,009 p=0,313	U=1982 Z=-1,693 p=0,090	U=1863 Z=-2,140 p=0,032
<b>Tamya Eşlik Eden Hipertansiyon Varlığı</b>					
Var	78 (17,0)	7 (7,0)	4 (4,0)	58 (14,0)	57 (14,0)
Yok	79 (17,0)	7 (6,0)	4 (3,0)	59 (14,0)	58 (13,0)
	U=3450 Z=-0,417 p=0,677	U=3486,5 Z=-0,304 p=0,761	U=3399,5 Z=-0,577 p=0,564	U=3531,5 Z=-0,164 p=0,870	U=3326 Z=-0,800 p=0,424

r=Spearman korelasyonu, Z ve U= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik).

**Tablo 7 (Devam 3). Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, ZBYÖ, DDÖ, DSKÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	ZBYÖ	DDÖ		DSKÖ	
	Median (IQR)	EDO Median (IQR)	AİKKO Median (IQR)	DK Median (IQR)	SK Median (IQR)
<b>Hastanın Beslenme Şekli</b>					
Oral Beslenme	75 (27,0)	7 (6,0)	4 (4,0)	57 (17,0)	59 (12,0)
Parenteral Beslenme	80 (11,75)	6 (7,0)	4 (3,0)	60 (11,0)	57 (15,0)
Oral+Parenteral Beslenme	78,5 (17,50)	9 (9,0)	4 (4,0)	57,5 (13,0)	58,5 (14,0)
Enteral Beslenme	77 (34,0)	6 (7,0)	5 (5,0)	59 (17,0)	54 (20,0)
	$\chi^2=8,343$ <b>p=0,039</b>	$\chi^2=5,054$ p=0,168	$\chi^2=2,318$ p=0,509	$\chi^2=1,446$ p=0,695	$\chi^2=1,507$ p=0,681
<b>İdrar Sondası Varlığı</b>					
Evet	79 (14,0)	7 (6,0)	4 (4,0)	59 (13,0)	57 (13,0)
Hayır	71 (31,75)	7 (6,0)	4 (4,0)	57 (16,0)	60 (15,0)
	U=1790,5 Z=-2,895 <b>p=0,004</b>	U=2419 Z=-0,603 p=0,547	U=2409 Z=-0,643 p=0,520	U=2493,5 Z=-0,330 p=0,741	U=2397,5 Z=-0,680 p=0,497
<b>İdrar İnkontinans Varlığı</b>					
Evet	80 (15,25)	6 (7,0)	4 (3,0)	60 (12,0)	58 (13,0)
Hayır	74,5 (26,50)	7 (6,0)	4 (5,0)	56 (16,0)	57 (14,0)
	U= 2446,5 Z=-3,088 <b>p=0,002</b>	U= 3072 Z=-1,105 p=0,269	U= 3414,5 Z=-0,018 p=0,986	U= 2766,5 Z=-2,071 <b>p=0,038</b>	U= 3186,5 Z=-0,740 p=0,459
<b>Gaita İnkontinans Varlığı</b>					
Evet	81 (11,5)	6 (6,0)	4 (3,0)	60 (14,0)	57 (15,0)
Hayır	74 (20,5)	7 (7,0)	4 (4,0)	57 (13,0)	59 (13,0)
	U= 2659,5 Z=-3,387 <b>p=0,001</b>	U= 3367 Z=-1,255 p=0,210	U= 3749,5 Z=-0,100 p=0,920	U= 3440,5 Z=-1,031 p=0,303	U= 3445,5 Z=-1,015 p=0,310

r=Spearman korelasyonu,Z veU= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=InterquartileRange (Çeyreklikler arası genişlik)

**Tablo 8. Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	BDÖ	BAÖ	ÇBASDÖ			
	Median (IQR)	Median (IQR)	Aile Desteği Median (IQR)	Arkadaş Desteği Median (IQR)	Özel Biri Desteği Median (IQR)	Toplam Median (IQR)
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	35,5 (25,0)	60 (10,0)	10 (8,0)	4 (4,0)	11,5 (8,0)	28 (19,0)
Erkek	37 (16,0)	60 (15,0)	12 (8,0)	4,5 (5,0)	11 (7,0)	28,5 (16,0)
	U=3452,5 Z=-0,346 p=0,729	U=3370,5 Z=-0,617 p=0,537	U=3025,5 Z=-1,676 p=0,094	U=3553 Z=-0,037 p=0,971	U=3532,5 Z=-0,098 p=0,922	U=3234 Z=-1,024 p=0,306
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	37 (15,0)	60 (17,0)	11 (8,0)	4 (5,0)	11 (7,0)	28 (24,0)
Bekar	36 (23,0)	60 (10,0)	10 (7,0)	5 (4,0)	11 (8,0)	28 (16,0)
	U=3694 Z=-0,056 p=0,955	U=3363,5 Z=-1,090 p=0,276	U=3510 Z=-0,617 p=0,537	U=3595,5 Z=-0,382 p=0,702	U=3643,5 Z=-0,210 p=0,833	U=3629 Z=-0,254 p=0,800
<b>Hastanın Yaşı (Ort)</b>	r=0,195 p=0,010	r=0,135 p=0,075	r=-0,082 p=0,284	r=-0,065 p=0,393	r=-0,071 p=0,352	r=-0,078 p=0,308
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur-Yazar Değil	34 (22,0)	57 (25,0)	12 (8,0)	6 (8,0)	12 (10,0)	29 (26,0)
Okur-Yazar	40 (17,0)	58 (9,0)	10 (10,0)	4 (4,0)	10 (5,0)	27 (15,0)
İlkokul	37 (20,0)	61 (11,0)	11 (8,0)	4 (4,0)	12 (7,0)	28 (15,0)
Lise/Yüksekokul	41 (22,0)	63 (56,0)	8 (7,0)	4 (16,0)	8 (4,0)	20 (30,0)
	$\chi^2=4,717$ p=0,194	$\chi^2=4,438$ p=0,218	$\chi^2=3,030$ p=0,387	$\chi^2=1,812$ p=0,612	$\chi^2=6,329$ p=0,097	$\chi^2=3,823$ p=0,281
<b>Alkol Kullanmış/Kullanıyor Olma Durumu</b>						
Evet	42 (15,0)	63 (9,0)	10 (7,0)	4 (4,0)	10 (5,0)	28 (13,0)
Hayır	35 (22,0)	58 (14,0)	11 (8,0)	4 (5,0)	12 (8,0)	28 (20,0)
	U=1908 Z=-2,305 p=0,021	U=1918,5 Z=-2,328 p=0,020	U=2447 Z=-0,323 p=0,747	U=2336,5 Z=-0,783 p=0,434	U=2236 Z=-1,101 p=0,271	U=2336,5 Z=-0,729 p=0,466
<b>Sigara Kullanmış/Kullanıyor Olma Durumu</b>						
Evet	40 (18,0)	61 (10,0)	10,5 (8,0)	4 (5,0)	11 (7,0)	28 (17,0)
Hayır	34 (21,0)	58 (16,0)	10,5 (8,0)	4,5 (4,0)	12 (8,0)	28 (18,0)
	U=3044 Z=-2,196 p=0,028	U=3155,5 Z=-1,910 p=0,056	U=3725,5 Z=-0,141 p=0,888	U=3728,5 Z=-0,141 p=0,888	U=3374 Z=-1,203 p=0,229	U=3659,5 Z=-0,339 p=0,734

r=Spearman korelasyonu,Z veU= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskall Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=InterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik)

**Tablo 8 (Devam 1). Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	BDÖ	BAÖ	ÇBASDÖ			
	Median (IQR)	Median (IQR)	Aile Desteği Median (IQR)	Arkadaş Desteği Median (IQR)	Özel Biri Desteği Median (IQR)	Toplam Median (IQR)
<b>Kendisini İfade Edebilme Durumu</b>						
Evet	34 (18,0)	59 (14,0)	12 (8,0)	4,5 (5,0)	12 (7,0)	29 (18,0)
Hayır	40 (20,0)	60 (10,0)	10 (5,0)	4 (4,0)	10 (7,0)	26,5 (15,0)
	U= 2880,5 Z=-2,565 <b>p=0,010</b>	U= 3441,5 Z=-0,881 p=0,378	U= 3031,5 Z=-2,108 <b>p=0,035</b>	U= 3606,5 Z=-0,383 p=0,701	U= 3049 Z=-2,054 <b>p=0,040</b>	U= 3110 Z=-1,864 p=0,062
<b>İşitme Cihazı Kullanma Durumu</b>						
Evet	34 (15,0)	58 (14,0)	10,5 (6,0)	4 (2,0)	12 (3,0)	27,5 (10,0)
Hayır	36 (22,0)	60 (12,0)	10,5 (8,0)	4 (5,0)	11 (8,0)	28 (20,0)
	U=752 Z=-0,440 p=0,660	U=787,5 Z=-0,216 p=0,829	U=774 Z=-0,298 p=0,765	U=701,5 Z=-0,824 p=0,410	U=800 Z=-0,130 p=0,897	U=762 Z=-0,375 p=0,707
<b>Gözlük Kullanma Durumu</b>						
Evet	34,5 (15,0)	57,5 (17,0)	11 (7,0)	5 (8,0)	11 (7,0)	28 (16,0)
Hayır	37 (23,0)	60 (10,0)	10 (8,0)	4 (4,0)	11,5 (8,0)	28 (18,0)
	U=3130 Z=-0,919 p=0,358	U=3136 Z=-0,924 p=0,356	U=3213,5 Z=-0,656 p=0,512	U=3008 Z=-1,403 p=0,161	U=3415,5 Z=-0,014 p=0,989	U=3194 Z=-0,716 p=0,474
<b>Mobilizasyon İçin Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu</b>						
Evet	25,5 (18,0)	50 (36,0)	15,5 (11,0)	10 (15,0)	13,5 (7,0)	36,5 (29,0)
Hayır	37 (20,0)	60 (11,0)	10 (7,0)	4 (4,0)	11 (7,0)	28 (17,0)
	U=499,5 Z=-3,435 <b>p=0,001</b>	U=692 Z=-2,433 <b>p=0,015</b>	U=709 Z=-2,281 <b>p=0,023</b>	U=703,5 Z=-2,478 <b>p=0,013</b>	U=817 Z=-1,681 p=0,093	U=664 Z=-2,525 <b>p=0,012</b>
<b>Mobilizasyon Durumu</b>						
Yatağa Bağımlı	39 (19,0)	61 (9,0)	10 (7,0)	4 (4,0)	11 (7,0)	28 (16,0)
Yardımla Mobilize (Refakatçi	29 (17,0)	52 (35,0)	13 (9,0)	8 (15,0)	12 (11,0)	33 (33,0)
Yardımlı, Walker,Baston,Tekerlekli Sandalye İle)	U=977 Z=-4,547 <b>p=0,000</b>	U=1141,5 Z=-3,987 <b>p=0,000</b>	U=1631 Z=-1,910 p=0,056	U=1466 Z=-2,764 <b>p=0,006</b>	U=1700 Z=-1,630 p=0,103	U=1561,5 Z=-2,186 <b>p=0,029</b>
<b>Katz GYA</b>	r=-0,223 <b>p=0,003</b>	r=-0,180 <b>p=0,017</b>	r=0,025 p=0,739	r=0,065 p=0,395	r=0,040 p=0,599	r=0,033 p=0,663
<b>Lawton ve Brady EGYA</b>	r=-0,268 <b>p=0,000</b>	r=-0,100 p=0,188	r=0,182 <b>p=0,017</b>	r=0,089 p=0,240	r=0,127 p=0,094	r=0,151 <b>p=0,046</b>

r=Spearman korelasyonu,Z veU= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange (Çeyreklikler arası genişlik)

**Tablo 8 (Devam 2). Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	BDÖ	BAÖ	ÇBASDÖ			
	Median (IQR)	Median (IQR)	Aile Desteği Median (IQR)	Arkadaş Desteği Median (IQR)	Özel Biri Desteği Median (IQR)	Toplam Median (IQR)
<b>Kliniğe Yatış Tamsı</b>						
SVH	37 (26,0)	57 (17,0)	10 (11,0)	4 (4,0)	10 (10,0)	26 (24,0)
KVH	34 (16,0)	60,5 (9,0)	11 (7,0)	5 (4,0)	11,5 (7,0)	28 (15,0)
KBY	34,5 (26,0)	57,5 (9,0)	12 (9,0)	4 (5,0)	12 (8,0)	30 (20,0)
Alzheimer+Parkinson	39,5 (24,0)	60 (15,0)	10 (8,0)	6 (7,0)	12 (8,0)	28,5 (24,0)
Kanser	39 (18,0)	61 (17,0)	9 (7,0)	4 (4,0)	11 (7,0)	28 (16,0)
	$\chi^2=3,517$ p=0,475	$\chi^2=1,400$ p=0,844	$\chi^2=2,667$ p=0,615	$\chi^2=2,238$ p=0,692	$\chi^2=1,573$ p=0,814	$\chi^2=1,849$ p=0,763
<b>SVH Tam Süresi (Ort Yıl)</b>	r=-0,184 p=0,269	r=-0,262 p=0,112	r=0,163 p=0,329	r=0,180 p=0,279	r=0,132 p=0,428	r=0,156 p=0,350
<b>KVH Tam Süresi (Ort Yıl)</b>	r=-0,329 <b>p=0,018</b>	r=-0,143 p=0,317	r=-0,179 p=0,209	r=-0,233 p=0,100	r=-0,154 p=0,282	r=-0,240 p=0,090
<b>KBY Tam Süresi (Ort Yıl)</b>	r=-0,138 p=0,550	r=-0,273 p=0,231	r=-0,172 p=0,455	r=-0,073 p=0,753	r=0,140 p=0,545	r=-0,063 p=0,785
<b>Diyalize Girme Süresi (Ort Yıl)</b>	r=-0,039 p=0,865	r=-0,159 p=0,492	r=-0,261 p=0,254	r=-0,183 p=0,426	r=0,177 p=0,443	r=-0,159 p=0,492
<b>Alzheimer-Parkinson Tam Süresi (Ort Yıl)</b>	r=0,312 p=0,083	r=0,151 p=0,410	r=-0,386 <b>p=0,029</b>	r=-0,479 <b>p=0,006</b>	r=-0,516 <b>p=0,003</b>	r=-0,451 <b>p=0,010</b>
<b>Kanser Süresi (Ort Yıl)</b>	r=-0,209 p=0,250	r=-0,196 p=0,282	r=0,078 p=0,673	r=0,009 p=0,960	r=0,106 p=0,563	r=0,084 p=0,647
<b>Kemoterapi/Radyoterapi Alma Süresi (Ort Ay)</b>	r=-0,156 p=0,394	r=-0,026 p=0,886	r=0,049 p=0,790	r=0,135 p=0,460	r=0,011 p=0,953	r=0,044 p=0,813
<b>Tanıya Eşlik Eden Diyabet Varlığı</b>						
Var	39 (12,0)	61 (7,0)	9 (5,0)	4 (2,0)	10 (6,0)	24 (12,0)
Yok	36 (23,0)	60 (15,0)	11 (8,0)	5 (6,0)	12 (8,0)	29 (12,0)
	U=2117 Z=-1,185 p=0,236	U=1992 Z=-1,699 p=0,089	U=1839,5 Z=-2,234 <b>p=0,026</b>	U=1806,5 Z=-2,527 <b>p=0,011</b>	U=1887,5 Z=-2,052 <b>p=0,040</b>	U=1756 Z=-2,542 <b>p=0,011</b>
<b>Tanıya Eşlik Eden Hipertansiyon Varlığı</b>						
Var	38 (21,0)	61 (9,0)	10 (8,0)	4 (4,0)	11 (7,0)	27 (16,0)
Yok	36 (21,0)	58 (16,0)	11 (7,0)	5 (6,0)	12 (8,0)	29 (20,0)
	U=3505,5 Z=-0,244 p=0,807	U=3124 Z=-1,463 p=0,143	U=3575 Z=-0,029 p=0,976	U=3096 Z=-1,625 p=0,104	U=3582 Z=-0,008 p=0,994	U=3418,5 Z=-0,514 p=0,607

r=Spearman korelasyonu,Z veU= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange (Çeyreklikler arası genişlik)

**Tablo 8 (Devam 3). Bakım Verilen Hastaya Ait Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'ye İlişkin Sonuçları**

DEĞİŞKEN	BDÖ	BAÖ	ÇBASDÖ			
	Median (IQR)	Median (IQR)	Aile Desteği Median (IQR)	Arkadaş Desteği Median (IQR)	Özel Biri Desteği Median (IQR)	Toplam Median (IQR)
<b>Hastanın Beslenme Şekli</b>						
Oral Beslenme	34 (18,0)	57 (16,0)	11 (8,0)	5 (6,0)	12 (8,0)	28 (17,0)
Parenteral Beslenme	39 (21,0)	61 (9,0)	10 (6,0)	4 (5,0)	11 (8,0)	27 (17,0)
Oral+Parenteral Beslenme	40,5 (23,0)	61 (13,0)	12 (9,0)	5 (4,0)	12 (9,0)	33,5 (20,0)
Enteral Beslenme	37 (21,0)	56 (48,0)	10 (5,0)	4 (4,0)	11 (6,0)	26 (20,0)
	$\chi^2=8,988$ <b>p=0,029</b>	$\chi^2=3,856$ <b>p=0,277</b>	$\chi^2=4,495$ <b>p=0,213</b>	$\chi^2=1,601$ <b>p=0,659</b>	$\chi^2=2,553$ <b>p=0,466</b>	$\chi^2=3,114$ <b>p=0,374</b>
<b>İdrar Sondası Varlığı</b>						
Evet	37,5 (19,0)	60,5 (10,0)	10,5 (8,0)	4 (4,0)	11 (7,0)	28 (17,0)
Hayır	30 (18,0)	56 (29,0)	10,5 (8,0)	5,5 (8,0)	12 (8,0)	28,5 (27,0)
	U=1728,5 Z=-3,117 <b>p=0,002</b>	U=1864 Z=-2,695 <b>p=0,007</b>	U=2355 Z=-0,837 <b>p=0,403</b>	U=2194,5 Z=-1,526 <b>p=0,127</b>	U=2253 Z=-1,209 <b>p=0,227</b>	U=2303,5 Z=-1,023 <b>p=0,307</b>
<b>İdrar İnkontinans Varlığı</b>						
Evet	40 (19,0)	61 (11,0)	10 (7,0)	4 (4,0)	11 (7,0)	28 (17,0)
Hayır	32 (17,0)	57 (15,0)	12 (8,0)	5 (5,0)	12 (7,0)	30,5 (18,0)
	U= 2428,5 Z=-3,145 <b>p=0,002</b>	U= 2901,5 Z=-1,687 <b>p=0,092</b>	U= 2855,5 Z=-1,793 <b>p=0,073</b>	U= 2928,5 Z=-1,674 <b>p=0,094</b>	U= 2872,5 Z=-1,738 <b>p=0,082</b>	U= 2892 Z=-1,673 <b>p=0,094</b>
<b>Gaita İnkontinans Varlığı</b>						
Evet	41 (19,0)	60 (11,0)	10 (7,0)	4 (5,0)	11 (7,0)	27 (17,0)
Hayır	34 (17,0)	59 (14,0)	12 (8,0)	5 (5,0)	12 (7,0)	29 (18,0)
	U= 2822 Z=-2,897 <b>p=0,004</b>	U= 3498,5 Z=-0,879 <b>p=0,380</b>	U= 2840,5 Z=-2,845 <b>p=0,004</b>	U= 3708 Z=-0,241 <b>p=0,809</b>	U= 2974 Z=-2,441 <b>p=0,015</b>	U= 3034,5 Z=-2,254 <b>p=0,024</b>

r=Spearman korelasyonu,Z veU= Mann Whitney Testi,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis, Median= Ortanca değer, İQR=İnterquartileRange(Çeyreklikler arası genişlik)

Hastanın yaş ortalamasına uygulanan istatistiksel analizlerde, EDO ( $p=0,351$ ), DK ( $p=0,862$ ), SK ( $p=0,678$ ), BAÖ ( $p=0,075$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,284$ ), arkadaş desteği ( $p=0,393$ ), özel biri desteği ( $p=0,352$ ) ve toplamında ( $p=0,308$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmezken, ZBYÖ ( $p=0,001$ ) ve BDÖ ( $p=0,010$ ) düzeyleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde, AİKKO ( $p=0,000$ ) arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu bulundu. Bulunan bu ilişki sonucunda hastanın yaşı arttıkça bakım veren bireylerin bakım yükü, depresyon ve aşırı ilgili, koruyucu, kollayıcı olma düzeylerinin de arttığı gözlemlendi.

Hastanın eğitim düzeyi ile ZBYÖ ( $p=0,416$ ), EDO ( $p=0,209$ ), AİKKO ( $p=0,216$ ), DK ( $p=0,212$ ), BDÖ ( $p=0,194$ ), BAÖ ( $p=0,218$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,387$ ), arkadaş desteği ( $p=0,612$ ), özel biri desteği ( $p=0,097$ ) ve toplamı ( $p=0,281$ ) arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmazken, SK ( $p=0,029$ ) durumu arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark olduğu görüldü. Hastası yüksekokul mezunu olanların okur yazar olmayan hastalara bakım verenlere göre sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü ( $p=0,032$ ) (Tabloda verilmemiştir).

Alkol kullanma alışkanlığı değişkenine uygulanan istatistiksel ölçümlerde, AİKKO ( $p=0,234$ ), DK ( $p=0,063$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,747$ ), arkadaş desteği ( $p=0,434$ ), özel biri desteği ( $p=0,271$ ) ve toplamında ( $p=0,466$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmezken, ZBYÖ ( $p=0,049$ ), EDO ( $p=0,018$ ), SK ( $p=0,035$ ), BDÖ ( $p=0,021$ ) ve BAÖ ( $p=0,020$ ) değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Alkol alışkanlığı olan hastalara bakım veren katılımcıların bakım yükü, eleştirel-düşmancıl olma, kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görüldü.

Sigara kullanma alışkanlığı üzerine yapılan karşılaştırmalarda; EDO ( $p=0,444$ ), AİKKO ( $p=0,828$ ), DK ( $p=0,153$ ), SK ( $p=0,590$ ), BAÖ ( $p=0,056$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,888$ ), arkadaş desteği ( $p=0,888$ ), özel biri desteği ( $p=0,229$ ) ve toplamında ( $p=0,734$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, ZBYÖ ( $p=0,014$ ) ve BDÖ ( $p=0,028$ ) düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edildi. Sigara



kullanma alışkanlığına sahip hastalara bakım veren katılımcılarda bakım yükü ve depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu bulundu.

Tablo 7 ve Tablo 8'in Devam 1'inde verildiği gibi, kendisini ifade edebilme durumu ile; EDO (p=0,052), AİKKO (p=0,874), DK (p=0,404), SK (p=0,422), BAÖ (p=0,378), ÇBASDÖ'nün arkadaş desteği (p=0,701) ve toplamına (p=0,062) istatistiksel düzeyde anlamlı etkisi tespit edilmezken, ZBYÖ (p=0,000), BDÖ (p=0,010), aile desteği (p=0,035) ve özel biri desteğini (p=0,040) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı. Kendisini ifade edemeyen hastalara bakım veren katılımcıların bakım yükü ve depresyon düzeylerinin arttırdığı, aile ve özel biri desteği durumlarının ise azalttığı belirlendi.

İşitme cihazı kullanma durumu ile ZBYÖ (p=0,424), EDO (p=0,238), AİKKO (p=0,586), DK (p=0,826), SK (p=0,877), BDÖ (p=0,660), BAÖ (p=0,829), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,765), arkadaş desteği (p=0,410), özel biri desteği (p=0,897) ve toplamında (p=0,707) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Gözlük kullanma durumunun, EDO (p=0,878), AİKKO (p=0,128), DK (p=0,067), SK (p=0,733), BDÖ (p=0,358), BAÖ (p=0,356), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,512), arkadaş desteği (p=0,161), özel biri desteği (p=0,989) ve toplam (p=0,474) değerleri üzerinde istatistiksel düzeyde anlamlı etkisi bulunmazken, ZBYÖ (p=0,023) değerlerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı. Bu kapsamda gözlük kullanan hastalara bakım veren bireylerde bakım yükü düzeyinin daha az olduğu belirlendi.

Mobilizasyon için yardımcı cihaz kullanma durumu ile EDO (p=0,511), AİKKO (p=0,449) ve özel biri desteği (p=0,093) durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, ZBYÖ (p=0,000), DK (p=0,015), SK (p=0,013), BDÖ (p=0,001), BAÖ (p=0,015), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,023), arkadaş desteği (p=0,013) ve toplamında (p=0,012) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Mobilizasyon için yardımcı cihaz kullanmayan hastalara bakım veren katılımcılarda bakım yükü, kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerini arttırdığı, aile, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin de azalttığı tespit edildi.

Mobilizasyon durumu ile yapılan karşılaştırmalarda EDO ( $p=0,641$ ), AİKKO ( $p=0,840$ ), SK ( $p=0,266$ ), aile desteği ( $p=0,056$ ) ve özel biri desteği ( $p=0,103$ ) üzerinde istatistiksel düzeyde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenirken, ZBYÖ ( $p=0,000$ ), DK ( $p=0,048$ ), BDÖ ( $p=0,000$ ), BAÖ ( $p=0,000$ ), ÇBASDÖ'nün arkadaş desteği ( $p=0,006$ ) ve toplamını ( $p=0,029$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği görüldü. Bu duruma göre yatağa bağımlı hastalara bakım verme işlevinin bakım veren bireyler üzerinde bakım yükü, durumluluk kaygı, depresyon ve anksiyete seviyesini arttırdığı, arkadaş ve toplam sosyal destek düzeyini de azalttığı saptandı.

Katz GYA ile ölçekler arasında yapılan istatistiksel ölçümlerde; EDO ( $p=0,068$ ), AİKKO ( $p=0,807$ ), DK ( $p=0,513$ ), SK ( $p=0,381$ ), aile desteği ( $p=0,739$ ), arkadaş desteği ( $p=0,395$ ), özel biri desteği ( $p=0,599$ ) ile toplam sosyal destek düzeyleri ( $p=0,663$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken; ZBYÖ ( $p=0,000$ ) ile arasında orta düzeyde negatif yönlü, BDÖ ( $p=0,003$ ) ile BAÖ ( $p=0,017$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bu duruma göre hastanın Katz GYA puanı azalıp, bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin bakım yükü, depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı tespit edildi. Ayrıca hastanın Katz GYA puanlarına göre belirlenen bağımlılık düzeyleri ile diğer ölçekler karşılaştırıldığında da bağımlı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü ( $Z=-4,137$ ,  $p=0,000$ ), depresyon ( $Z:-2,941$ ,  $p=0,003$ ) ve anksiyete ( $Z=-2,349$ ,  $p=0,019$ ) düzeylerinin yarı bağımlı hastalara bakım veren bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Tabloda verilmemiştir).

Lawton ve Brady EGYA ile EDO ( $p=0,180$ ), AİKKO ( $=0,804$ ), DK ( $=0,087$ ), SK ( $p=0,908$ ), BAÖ ( $p=0,188$ ), arkadaş desteği ( $p=0,240$ ) ve özel biri desteği ( $p=0,094$ ) düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanırken; ZBYÖ ( $p=0,000$ ) ile orta düzeyde negatif yönlü, BDÖ ( $p=0,000$ ) ile zayıf düzeyde negatif yönlü, aile desteği ( $p=0,017$ ) ve toplam sosyal destek ( $p=0,046$ ) düzeyleri ile arasında ise zayıf düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Buna göre hastanın Lawton ve Brady EGYA puanı azalıp, bağımlılık düzeyinin artması ile bakım verenlerin

bakım yükü ve depresyon düzeylerinin arttığı, aile desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin ise azaldığı saptandı.

Tablo 7 ve Tablo 8'in Devam 2'sinde verildiği gibi, kliniğe yatış tanısının; ZBYÖ (p=0,347), EDO (p=0,115), DK (p=0,565), SK (p=0,554), BDÖ (p=0,475), BAÖ (p=0,844), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,615), arkadaş desteği (p=0,692), özel biri desteği (p=0,814) ve toplamına (p=0,763) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkisi bulunmazken, AİKKO (p=0,020) düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edildi. İstatistiksel düzeydeki anlamlılığı oluşturan grubun kanser tanısı ile yatan hastalar olduğu, kanser hastalarına bakım verenlerin, KBY (p=0,035) ve Alzheimer-Parkinson (p=0,035) tanısı alan hastalara bakım veren bireylere göre aşırı ilgili, koruyucu, kollayıcı olma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

SVH tanı alma süresi ortalaması ile ZBYÖ (p=0,069), EDO (p=0,520), AİKKO (p=0,527), DK (p=0,408), SK (p=0,696), BDÖ (p=0,269), BAÖ (p=0,112), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,329), arkadaş desteği (p=0,279), özel biri desteği (p=0,428) ve toplamı (p=0,350) arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki olmadığı gözlemlendi.

KVH tanı alma süresi ortalaması ile EDO (p=0,930), AİKKO (p=0,376), DK (p=0,872), SK (p=0,301), BAÖ (p=0,112), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,209), arkadaş desteği (p=0,100), özel biri desteği (p=0,282) ve toplamında (p=0,090) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki yokken, ZBYÖ (p=0,000) ve BDÖ (p=0,018) durumlarında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzey ilişki olduğu saptandı. Bu sonuç doğrultusunda Kardiyovasküler hastalık tanısı alma süresi uzadıkça bakım veren katılımcıların bakım yükü ve depresyon düzeylerinin arttığı belirlendi.

KBY tanı alma süresi ile ZBYÖ (p=0,508), AİKKO (p=0,371), DK (p=0,253), SK (p=0,464), BDÖ (p=0,550), BAÖ (p=0,231), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,455), arkadaş desteği (p=0,753), özel biri desteği (p=0,545) ve toplamında (p=0,785) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülürken, EDO (p=0,025) değerinde ise istatistiksel olarak negatif yönde orta düzey ilişki olduğu saptandı. Kronik böbrek

yetmezliği tanı alma süresi uzadıkça bakım veren katılımcıların eleştirel-düşmancıl olma düzeyinin azaldığı gözlemlendi. Diyalize girme süresi ortalaması ile ZBYÖ (p=0,789), EDO (p=0,073), AİKKO (p=0,197), DK (p=0,479), SK (p=0,756), BDÖ (p=0,865), BAÖ (p=0,492), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,254), arkadaş desteği (p=0,426), özel biri desteği (p=0,443) ve toplamında (p=0,492) istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki olmadığı belirlendi.

Alzheimer-Parkinson tanı alma süresi ortalaması ile; ZBYÖ (p=0,238), EDO (p=0,920), AİKKO (p=0,981), DK (p=0,466), SK (p=0,893), BDÖ (p=0,083) ve BAÖ (p=0,410) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki görülmezken, ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,029), arkadaş desteği (p=0,006), özel biri desteği (p=0,003) ve toplamında (p=0,010) istatistiksel olarak negatif yönde orta düzey ilişki olduğu görüldü. Bu kapsamda Alzheimer-Parkinson tanı alma süresi uzayan hastalara bakım veren katılımcıların sosyal destek düzeylerinin daha az olduğu gözlemlendi.

Kanser tanısı alma süresi ortalaması ile ZBYÖ (p=0,358), EDO (p=0,545), AİKKO (p=0,483), DK (p=0,664), SK (p=0,159), BDÖ (p=0,250), BAÖ (p=0,282), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,673), arkadaş desteği (p=0,960), özel biri desteği (p=0,563) ve toplamında (p=0,647) istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki saptanmadı. Kemoterapi/Radyoterapi tanı alma süresi ortalaması ile yapılan istatistiksel ölçümlerde, ZBYÖ (p=0,514), EDO (p=0,479), AİKKO (p=0,659), DK (p=0,369), SK (p=0,792), BDÖ (p=0,394), BAÖ (p=0,886), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,790), arkadaş desteği (p=0,460), özel biri desteği (p=0,953) ve toplamında (p=0,813) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı gözlemlendi.

Hastaneye yatış tanısına eşlik eden diyabet varlığına yönelik yapılan karşılaştırmalarda, ZBYÖ (p=0,462), AİKKO (p=0,313), DK (p=0,090), BDÖ (p=0,236) ve BAÖ (p=0,089) durumlarını istatistiksel düzeyde anlamlı olarak etkisi olmadığı görülürken, EDO (p=0,038), SK (p=0,032), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,026), arkadaş desteği (p=0,011), özel biri desteği (p=0,040) ve toplamında (p=0,011) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Bu sonuca göre bakım verilen hastaların tanısına diyabetin eşlik etmesi bakım veren katılımcılarda eleştirel-düşmancıl olma ve sürekli

kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenirken, tanısına diyabetin eşlik etmeyen hastalara bakım veren bireylerde ise sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu.

Tanıya eşlik eden Hipertansiyon varlığı ile ZBYÖ (p=0,677), EDO (p=0,761), AİKKO (p=0,564), DK (p=0,870), SK (p=0,424), BDÖ (p=0,807), BAÖ (p=0,143), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,976), arkadaş desteği (p=0,104), özel biri desteği (p=0,994) ve toplamında (p=0,607) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 7 ve Tablo 8'in Devam 3'ünde; hastanın beslenme şekli değişkeninin; EDO (p=0,168), AİKKO (p=0,509), DK (p=0,695), SK (p=0,681), BDÖ (p=0,277), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,213), arkadaş desteği (p=0,659), özel biri desteği (p=0,466) ve toplamını (p=0,374) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği bulunurken, ZBYÖ (p=0,039) ve BDÖ (p=0,026) değerlerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı. Yapılan ileri istatistiksel analizde Parenteral beslenen hastalara bakım verenlerin oral beslenen hastalara bakım verenlere göre bakım yüklerinin (p=0,024) ve depresyon düzeylerinin (p=0,002) daha yüksek olduğu görüldü.

İdrar sondası varlığı ile EDO (p=0,547), AİKKO (p=0,520), DK (p=0,741), SK (p=0,497), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,403), arkadaş desteği (p=0,127), özel biri desteği (p=0,227) ve toplamı arasında (p=0,307) istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmezken, ZBYÖ (p=0,004), BDÖ (p=0,002) ve BAÖ (p=0,007) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. İdrar sondasına sahip hastalara bakım veren katılımcıların bakım yükü, depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulundu.

İdrar inkontinans varlığı ile, EDO (p=0,269), AİKKO (p=0,986), SK (p=0,459), BAÖ (p=0,092), ÇBASDÖ'nün aile desteği (p=0,073), arkadaş desteği (p=0,094), özel biri desteği (p=0,082) ve toplamı arasında (p=0,094) istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, ZBYÖ (p=0,002), DK(p=0,038) ve BDÖ (p=0,002) düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. İdrar inkontinansı olan hastalara bakım verme işlevinin bakım yükü, durumluluk kaygı ve depresyon düzeylerini arttırdığı görüldü.

Gaita inkontinans varlığı ile EDO ( $p=0,210$ ), AİKKO ( $p=0,920$ ), DK ( $p=0,303$ ), SK ( $p=0,310$ ), BAÖ ( $p=0,380$ ) ve arkadaş desteği ( $p=0,809$ ) durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmezken, ZBYÖ ( $p=0,001$ ), BDÖ ( $p=0,004$ ), ÇBASDÖ'nün aile desteği ( $p=0,004$ ), özel biri desteği ( $p=0,015$ ) ve toplamında ( $p=0,024$ ) istatistiksel düzeyde anlamlı fark olduğu bulundu. Gaita inkontinans varlığı olan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu bulunurken, aile desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin daha az olduğu anlaşıldı.

#### **4.5. BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ İLE BAKIM YÜKÜ, DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR**

Tablo 9'da, bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi değişkeninin, ZBYÖ ve DDÖ'ye ilişkin karşılaştırma bulguları, Tablo 10'de, bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi değişkeninin DSKÖ, BDÖ ve BAÖ'ye ilişkin karşılaştırma bulguları ve Tablo 11'de, bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi değişkeninin, ÇBASDÖ'ye ilişkin karşılaştırma bulguları sunuldu.

Tablo 9, Tablo 10 ve Tablo 11'de verilenlere göre SF-36 yaşam kalitesinin alt ve ana boyutları ile ZBYÖ arasında yapılan karşılaştırmada; Fiziksel rol ( $p=0,000$ ) alt boyutunda istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzey, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,000$ ), mental sağlık ( $p=0,000$ ) alt boyutları, Fiziksel ana boyut ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutu ile ZBYÖ arasında ( $p=0,000$ ) istatistiksel olarak negatif yönde orta düzey ilişki olduğu saptandı. Bu sonuca göre bakım veren katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin azaldıkça bakım yüklerinin arttığı anlaşıldı.

**Tablo 9. Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Değişkeninin, ZBYÖ ve DDÖ'ye İlişkin Karşılaştırma Sonuçları**

SF-36 YAŞAM KALİTESİ	ZBYÖ	DDÖ		
		EDO	AİKKO	TOPLAM
<b>ALT BOYUTLAR</b>				
Fiziksel Fonksiyon	r=-0,526 <b>p=0,000</b>	r=-0,340 <b>p=0,000</b>	r=0,100 p=0,187	r=-0,257 <b>p=0,001</b>
Fiziksel Rol	r=-0,270 <b>p=0,000</b>	r=-0,162 <b>p=0,033</b>	r=0,160 <b>p=0,035</b>	r=-0,069 p=0,369
Vücut Ağrısı	r=-0,633 <b>p=0,000</b>	r=-0,357 <b>p=0,000</b>	r=0,193 <b>p=0,011</b>	r=-0,226 <b>p=0,003</b>
Genel Sağlık Durumu	r=-0,564 <b>p=0,000</b>	r=-0,369 <b>p=0,000</b>	r=0,166 <b>p=0,028</b>	r=-0,254 <b>p=0,001</b>
Canlılık	r=-0,601 <b>p=0,000</b>	r=-0,385 <b>p=0,000</b>	r=0,197 <b>p=0,009</b>	r=-0,250 <b>p=0,001</b>
Sosyal Fonksiyon	r=-0,573 <b>p=0,000</b>	r=-0,249 <b>p=0,001</b>	r=0,163 <b>p=0,031</b>	r=-0,158 <b>p=0,038</b>
Emosyonel-Rol Fonksiyon	r=-0,308 <b>p=0,000</b>	r=-0,154 <b>p=0,043</b>	r=0,148 p=0,052	r=-0,071 p=0,350
Mental Sağlık	r=-0,493 <b>p=0,000</b>	r=-0,462 <b>p=0,000</b>	r=0,320 <b>p=0,000</b>	r=-0,265 <b>p=0,000</b>
<b>ANA BOYUT</b>				
Fiziksel Boyut	r=-0,626 <b>p=0,000</b>	r=-0,373 <b>p=0,000</b>	r=0,160 <b>p=0,035</b>	r=-0,259 <b>p=0,001</b>
Mental Boyut	r=-0,635 <b>p=0,000</b>	r=-0,429 <b>p=0,000</b>	r=0,269 <b>p=0,000</b>	r=-0,264 <b>p=0,000</b>

**Tablo 10. Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Değişkeninin, DSKÖ, BDÖ ve BAÖ'ye İlişkin Karşılaştırma Sonuçları**

SF-36 YAŞAM KALİTESİ	DSKÖ			BDÖ	BAÖ
	DK	SK	TOPLAM		
<b>ALT BOYUTLAR</b>					
Fiziksel Fonksiyon	r=-0,467 <b>p=0,000</b>	r=-0,502 <b>p=0,000</b>	r=-0,519 <b>p=0,000</b>	r=-0,664 <b>p=0,000</b>	r=-0,658 <b>p=0,000</b>
Fiziksel Rol	r=-0,305 <b>p=0,000</b>	r=-0,267 <b>p=0,000</b>	r=-0,296 <b>p=0,000</b>	r=-0,306 <b>p=0,000</b>	r=-0,310 <b>p=0,000</b>
Vücut Ağrısı	r=-0,508 <b>p=0,000</b>	r=-0,492 <b>p=0,000</b>	r=-0,528 <b>p=0,000</b>	r=-0,687 <b>p=0,000</b>	r=-0,696 <b>p=0,000</b>
Genel Sağlık Durumu	r=-0,528 <b>p=0,000</b>	r=-0,494 <b>p=0,000</b>	r=-0,541 <b>p=0,000</b>	r=-0,703 <b>p=0,000</b>	r=-0,663 <b>p=0,000</b>
Canlılık	r=-0,544 <b>p=0,000</b>	r=-0,511 <b>p=0,000</b>	r=-0,570 <b>p=0,000</b>	r=-0,627 <b>p=0,000</b>	r=-0,628 <b>p=0,000</b>
Sosyal Fonksiyon	r=-0,418 <b>p=0,000</b>	r=-0,356 <b>p=0,000</b>	r=-0,399 <b>p=0,000</b>	r=-0,581 <b>p=0,000</b>	r=-0,592 <b>p=0,000</b>
Emosyonel-Rol Fonksiyon	r=-0,315 <b>p=0,000</b>	r=-0,297 <b>p=0,000</b>	r=-0,312 <b>p=0,000</b>	r=-0,350 <b>p=0,000</b>	r=-0,360 <b>p=0,000</b>
Mental Sağlık	r=-0,645 <b>p=0,000</b>	r=-0,402 <b>p=0,000</b>	r=-0,554 <b>p=0,000</b>	r=-0,577 <b>p=0,000</b>	r=-0,498 <b>p=0,000</b>
<b>ANA BOYUT</b>					
Fiziksel Boyut	r=-0,542 <b>p=0,000</b>	r=-0,545 <b>p=0,000</b>	r=-0,577 <b>p=0,000</b>	r=-0,753 <b>p=0,000</b>	r=-0,738 <b>p=0,000</b>
Mental Boyut	r=-0,632 <b>p=0,000</b>	r=-0,465 <b>p=0,000</b>	r=-0,579 <b>p=0,000</b>	r=-0,685 <b>p=0,000</b>	r=-0,658 <b>p=0,000</b>



**Tablo 11. Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Değişkeninin, ÇBASDÖ'ye İlişkin Karşılaştırma Sonuçları**

SF-36 YAŞAM KALİTESİ	ÇBASDÖ			
	Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Özel Biri Desteği	TOPLAM
<b>ALT BOYUTLAR</b>				
Fiziksel Fonksiyon	r=0,314 <b>p=0,000</b>	r=0,505 <b>p=0,000</b>	r=0,330 <b>p=0,000</b>	r=0,408 <b>p=0,000</b>
Fiziksel Rol	r=0,122 p=0,110	r=0,211 <b>p=0,005</b>	r=0,078 p=0,306	r=0,156 <b>p=0,040</b>
Vücut Ağrısı	r=0,371 <b>p=0,000</b>	r=0,658 <b>p=0,000</b>	r=0,386 <b>p=0,000</b>	r=0,485 <b>p=0,000</b>
Genel Sağlık Durumu	r=0,342 <b>p=0,000</b>	r=0,596 <b>p=0,000</b>	r=0,361 <b>p=0,000</b>	r=0,455 <b>p=0,000</b>
Canlılık	r=0,328 <b>p=0,000</b>	r=0,506 <b>p=0,000</b>	r=0,364 <b>p=0,000</b>	r=0,432 <b>p=0,000</b>
Sosyal Fonksiyon	r=0,318 <b>p=0,000</b>	r=0,583 <b>p=0,000</b>	r=0,324 <b>p=0,000</b>	r=0,422 <b>p=0,000</b>
Emosyonel-Rol Fonksiyon	r=0,218 <b>p=0,004</b>	r=0,286 <b>p=0,000</b>	r=0,146 p=0,055	r=0,243 <b>p=0,001</b>
Mental Sağlık	r=0,372 <b>p=0,000</b>	r=0,382 <b>p=0,000</b>	r=0,358 <b>p=0,000</b>	r=0,429 <b>p=0,000</b>
<b>ANA BOYUT</b>				
Fiziksel Boyut	r=0,388 <b>p=0,000</b>	r=0,627 <b>p=0,000</b>	r=0,388 <b>p=0,000</b>	r=0,627 <b>p=0,000</b>
Mental Boyut	r=0,393 <b>p=0,000</b>	r=0,553 <b>p=0,000</b>	r=0,398 <b>p=0,000</b>	r=0,491 <b>p=0,000</b>

EDO alt boyutu ile fiziksel rol ( $p=0,033$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,001$ ) ve emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,043$ ) durumları arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzey, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), mental sağlık ( $p=0,000$ ) alt boyutları, Fiziksel ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutları ( $p=0,000$ ) arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde orta düzey ilişki olduğu saptandı. Buna göre bakım verenlerde eleştirel-düşmancıl olma durumu arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı tespit edildi. AİKKO alt boyutu ile, fiziksel fonksiyon ( $p=0,187$ ) ve emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,052$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmezken, fiziksel rol ( $p=0,035$ ), vücut ağrısı ( $p=0,011$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,028$ ), canlılık ( $p=0,009$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,031$ ), Fiziksel ( $p=0,035$ ) ve Mental ana boyutları ( $p=0,000$ ) arasında istatistiksel anlamda pozitif yönde zayıf düzey, mental sağlık ( $p=0,000$ ) alt boyutu arasında ise istatistiksel anlamda pozitif yönde orta düzey ilişki olduğu belirlendi. Bu sonuca göre katılımcıların aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı belirlendi. DDÖ'nün toplamı ile fiziksel rol ( $p=0,369$ ) ve emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,350$ ) durumları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki görülmezken, fiziksel fonksiyon ( $p=0,001$ ), vücut ağrısı ( $p=0,003$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,001$ ), canlılık ( $p=0,001$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,038$ ), mental sağlık ( $p=0,000$ ), Fiziksel ana boyut ( $p=0,001$ ) ve Mental ana boyutta ( $p=0,000$ ) istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzey ilişki olduğu saptandı. Bakım veren katılımcıların toplam yaşam kalitelerinin azaldıkça duygu dışavurum düzeylerinin de arttığı belirlendi.

DK alt boyutu ile fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), fiziksel rol ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,000$ ), mental sağlık ( $p=0,000$ ), Fiziksel ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutları ( $p=0,000$ ) arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzey bir ilişki olduğu gözlemlendi. Bakım veren bireylerin DK düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. SK alt boyutuyla; fiziksel rol ( $p=0,000$ ) ve emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,000$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzey, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), mental sağlık ( $p=0,000$ ), Fiziksel ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutları ( $p=0,000$ ) arasında ise

istatistiksel olarak negatif yönde orta düzey ilişki olduğu saptandı. Bakım verenlerde görülen bu anlamlı ilişki sonucuna göre; katılımcılarda sürekli kaygı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı tespit edildi. DSKÖ'nün toplamı ile yapılan ölçümlerde; fiziksel rol ( $p=0,000$ ) alt boyutunda istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzey, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,000$ ), mental sağlık ( $p=0,000$ ), Fiziksel ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutları ( $p=0,000$ ) ile DSKÖ toplamı arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzey ilişki olduğu bulundu. İstatistiksel olarak bulunan bu anlamlı ilişkiye göre katılımcılarda toplam kaygı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlendi.

BDÖ puan ortalamaları ile fiziksel rol ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,000$ ) ve mental sağlık ( $p=0,000$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzey, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), Fiziksel ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutları arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde güçlü düzey ilişki olduğu belirlendi ( $p=0,000$ ). Bu sonuçlara göre bakım verenlerde depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı belirlendi.

BAÖ ile yapılan istatistiksel karşılaştırmalarda; fiziksel rol ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,000$ ) ve mental sağlıkta ( $p=0,000$ ) istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), Fiziksel ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutlarda ( $p=0,000$ ) ise istatistiksel olarak negatif yönde güçlü düzeyde ilişki olduğu belirlendi. Bakım verilen katılımcılarda gözlenen bu anlamlı ilişki sonucunda, anksiyete düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı saptandı.

ÇBASDÖ'nün aile desteği alt boyutu ile fiziksel rol alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken ( $p=0,110$ ), emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,004$ ) alt boyutunda istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), mental sağlık ( $p=0,000$ ), Fiziksel ana boyut ( $p=0,000$ ) ve Mental

ana boyut ( $p=0,000$ ) durumlarında ise istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzey ilişki olduğu görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda, katılımcıların aile destek düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin de yükseldiği belirlendi. ÇBASDÖ'nün arkadaş desteği alt boyutu ile yapılan karşılaştırmalarda; fiziksel rol ( $p=0,005$ ), emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,000$ ) ve mental sağlık ( $p=0,000$ ) alt boyutlarında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzey, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), Fiziksel ana boyut ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutta ( $p=0,000$ ) istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzey ve vücut ağrısı ( $p=0,000$ ) alt boyutunda ise istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü düzeyde ilişki olduğu saptandı. Bu sonuca göre bakım verenlerde arkadaş desteği arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edildi. ÇBASDÖ'nün özel biri desteği alt boyutu ile yapılan istatistiksel ölçümlerde; fiziksel rol ( $p=0,306$ ) ve emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,055$ ) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmezken, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), mental sağlık ( $p=0,000$ ), Fiziksel ana boyut ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutta ( $p=0,000$ ) istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu gözlemlendi. Katılımcıların özel biri desteği arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı belirlendi. ÇBASDÖ'nün toplamı ile fiziksel rol ( $p=0,040$ ) ve emosyonel-rol fonksiyon ( $p=0,001$ ) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzey, fiziksel fonksiyon ( $p=0,000$ ), vücut ağrısı ( $p=0,000$ ), genel sağlık durumu ( $p=0,000$ ), canlılık ( $p=0,000$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), mental sağlık ( $p=0,000$ ), Fiziksel ana boyut ( $p=0,000$ ) ve Mental ana boyutları arasında ise istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzey ilişki olduğu saptandı ( $p=0,000$ ). Bu sonuca göre bakım verenlerde sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı tespit edildi.

#### **4.6. BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ DÜZEYLERİ İLE DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR**

Tablo 12'de, bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri ile DDÖ, DSKÖ, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'nün korelasyonuna ilişkin bulgular verildi.

Tablo 9' da görüldüğü gibi, ZBYÖ ile EDO (p=0,000) arasında pozitif yönde orta düzey, DDÖ toplam puanı arasında (p=0,001) pozitif yönde zayıf düzey, DK (p=0,000), SK (p=0,000), DSKÖ'nün toplamı (p=0,000) ve BAÖ (p=0,000) arasında pozitif yönde orta düzey, BDÖ (p=0,000) arasında pozitif yönde güçlü düzey, aile desteği (p=0,000), arkadaş desteği (p=0,000), özel biri desteği (p=0,000) ve ÇBASDÖ'nün toplam puan ortalamaları (p=0,000) arasında ise negatif yönde orta düzey ilişki olduğu ancak ZBYÖ ile AİKKO (p=0,072) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı tespit edildi. Bu sonuçlara göre bakım veren katılımcılarda bakım yükü arttıkça duygu dışavurum, kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı ve sosyal destek düzeylerinin azaldığı gözlemlendi.

**Tablo 12. ZBYÖ ile DDÖ, DSKÖ, BDÖ, BAÖ, ÇBASDÖ'nün Korelasyonuna İlişkin Sonuçlar**

DEĞİŞKEN	ZBYÖ	
<b>Duygu Dışa Vurum Ölçeği</b> EDO AİKKO TOPLAM	r= 0,346 r=-0,137 r= 0,243	<b>p=0,000</b> p= 0,072 <b>p=0,001</b>
<b>Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği</b> DK SK TOPLAM	r= 0,499 r= 0,460 r= 0,501	<b>p=0,000</b> <b>p=0,000</b> <b>p=0,000</b>
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	r= 0,687	<b>p=0,000</b>
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	r= 0,615	<b>p=0,000</b>
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>		
Aile Desteği Arkadaş Desteği Özel Biri Desteği TOPLAM	r=-0,410 r=-0,487 r= -0,398 r= -0,476	<b>p=0,000</b> <b>p=0,000</b> <b>p=0,000</b> <b>p=0,000</b>

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölüm; bakım verenlerin ve hastaların sosyo-demografik özelliklerinin bakım verenlerin bakım yükü, duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeylerine olan etkisi, bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeylerinin, bakım yükü, duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeylerine olan etkisi ve bakım verenlerin bakım yükünün, duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeyleri ile olan ilişkisi olmak üzere sekiz başlık altında mevcut literatür bilgisi ile tartışılarak sunuldu.

### 5.1. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI

Bakım veren bireylerin ihtiyaçlarını karşılayamaması ve bakımdan duyduğu memnuniyetsizlik bakım verenlerde birçok olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Özellikle hastanın fiziksel ve bilişsel sağlık durumunun ağır düzeyde bozulması, hasta ile iletişim problemleri yaşanması, bakımın külfetli bir süreç olması ve sosyal desteğin az olması bakım verenlerde, fiziksel, psiko-sosyal ve finansal açıdan bakım yüküne neden olmaktadır (Leow and Chan 2011, Watson, Dawn Aizawa, Savundranayagam and Orange 2012, Stajduhar 2013). Türe, Yazar, Akın ve Aydın'ın (2018) 105 hasta yakınıyla yapmış olduğu çalışmada bakım veren katılımcıların %39'unun ağır düzey bakım yüküne sahip olduğu gözlenmiştir. Özden, Karagözoğlu, Güler ve Bülbüloğlu'nun (2016) yapmış olduğu başka bir çalışmada katılımcıların %89,8'i bakım yüküne sahip olduğu ve bunların %63,6'sının hafif düzey, %31,9'unun ise orta düzey bakım yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir. Yaşlılara bakım verenlere yönelik yapılan bir çalışmada bakım veren aile bireylerinin %84,6'sında bakım yükü olduğu gözlenmiş ve bunların %61,5'inin orta düzey bakım yükü, %23,1'inin ise ağır düzey bakım yüküne

sahip olduğu belirlenmiştir (Loureiro Lde, Fernandes, Marques, Nóbrega and Rodrigues 2013). Ezzat, Bayoumi ve Samarkandi'ye göre (2017) bakım veren bireylerin %47,2'sinin şiddetli düzeyde ve %36,1'inin orta düzeyde bakım yüküne sahip olduğu bulunmuştur. Villar-Taibo ve ark. na göre (2017) bakım verenlerin %32'sinin şiddetli düzey ve % 18,4'ünün hafif düzey bakım yükü olduğu görülmüştür. Kanser tanısı almış hastalara bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %48,8'inin orta düzey, %38,8'inin ise ağır düzey bakım yükü olduğu gözlenmiştir (Koç ve ark 2016). Bu çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%81,6) ağır bakım yükü, %9,8'inin orta ve %6,3'ünün ise hafif bakım yüküne sahip olduğu tespit edildi (Tablo 4). Çalışmada tespit edilen bu bulgunun literatür taramalarındaki araştırma sonuçlarına göre bakım yükünün daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu durum, bakım veren katılımcıların bakım sürecinde sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik açıdan daha fazla güçlük yaşaması, bakım verdikleri hastaya bakım süresinin ve hastanın bağımlılık düzeylerinin yüksek olması, mevcut çalışmadaki örneklem grubunun tek bir hastalığı değil farklı hastalık tanılarını kapsamaması gibi nedenlere bağlı olabilir.

Çalışma kapsamında cinsiyet değişkeninde kadın bakım verenlerin bakım yükü puanı erkeklere oranla daha yüksek olduğu, fakat cinsiyet değişkenin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5). Literatür incelendiğinde mevcut çalışma ile benzer şekilde pek çok çalışmada cinsiyetin bakım yükünü etkilemediği görülmüştür (Martinez-Martin et al 2007, Malak ve Dicle 2008, Şahin ve ark 2009, Mazenec, Daly, Douglas and Lipson 2011, Mollaoğlu ve ark 2011, Gratao et al 2012, Bayır 2013, Karaaslan 2013, Kaya 2013, Loureiro et al 2013, Çabuk 2014, Uludağ 2014, Gbiri, Olawale and Isaac 2015, Orak ve Sezgin 2015, Mougias et al 2015, Olai, Borquist and Svardsudd 2015, Tuğrul 2015, Duggleby et al 2016, Selçuk ve Avcı 2016, Özden ve ark 2016, Yıldız 2016, Akyar, Korkmaz ve Atakul 2017, Ay, Ünübol, Ezer, Omay ve Sayar 2017, Eğilli ve Sunal 2017, Sarıtaş ve Işık 2017, Souza et al 2017, Villar-Taibo et al 2017, Karakurt, Ünsal ve Tanrıverdi 2018, Türe ve ark 2018). Ayrıca literatürde çalışma bulgularımızdan farklı olarak; cinsiyetin bakım yükünü etkilediğini gösteren çalışmalarda mevcuttur (Çetinkaya 2008, Çetinkaya ve Karadakovan 2012, Kim et al 2012, Salama and El-Soud 2012, Diehl-Schmid et al 2013, Işık 2013, Yurtsever ve ark 2013, Kang et al 2014, Selen ve Kav 2014, Elsa 2015,

Koç ve ark 2016, Yılmaz ve Ata 2017). Bu nedenle cinsiyetin bakım yükü üzerindeki etkisini gösteren kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yaşlı bireylere bakım veren bireylere yönelik yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yaş ortalamasının bakım yükü ile istatistiksel olarak ilişkili olduğu belirlenmiştir (Gratao et al 2012, Salama and El-Soud 2012, Loureiro et al 2013). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada ise Alzheimerlı hastalara bakım veren 51 yaş üzeri katılımcıların bakım yükü düzeyinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Yurtsever ve ark 2013). Souza ve ark. nın (2017) yaptığı bir çalışmada da, mental hastalığa sahip hastalara bakım veren 281 birey ile yapılan çalışmada bakım verenlerin yaşı ile ZBYÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu, 60 yaş ve üzeri bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada yaş arttıkça bakım yükünün anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Literatür taramaları incelendiğinde çalışmaların çoğunda (Çetinkaya 2008, Babayiğit 2009, Yaşar 2009, Leow and Chan 2011, Çetinkaya ve Karadakovan 2012, Kim et al 2012, Tel ve ark 2012, Diehl-Schmid et al 2013, Kaya 2013, Selen ve Kav 2013, Jaracz, Grabowska-Fudala, Gorna and Kozubski 2014, Kang et al 2014, Mougias et al 2015, Yazıcı ve ark 2016, Brigola et al 2017, Shakya, Tuladhar ve Poudel 2017); yaş değişkeninin bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bazı literatür çalışmalarında ise çalışma bulgusundan farklı olarak bakım verenlerin yaş durumunun bakım yükü üzerinde istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı saptanmıştır (Malak ve Dicle 2008, Mazenec et al 2011, Bayır 2013, Uludağ 2014, Tuğrul 2015, Özden ve ark 2016, Akyar ve ark 2017, Sarıtaş ve Işık 2017, Villar-Taibo et al 2017). Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile benzer olduğu gözlenmiştir.

Çalışma kapsamında öğrenim durumu değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği, oluşan bu istatistiksel anlamlılığın okur yazar olan veya ilköğretim mezunu bakım verenlerden kaynaklandığı ve öğrenim durumu arttıkça bakım yükünün azaldığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Bu durum beklenen bir sonuç olmakla beraber literatür taramalarında ki birçok araştırma sonucu da bu bulguyu desteklemektedir (Yaşar 2009, Leow and Chan 2011, Mollaoğlu ve ark 2011, Salama and El-Soud 2012, Loureiro et al 2013, Tel ve Pınar 2013, Yurtsever ve ark 2013, Selen



ve Kav 2014, Uludağ 2014, Verez Cotelo, Andres Rodríguez, Fornos Perez, Andres Iglesias and Rios Lago 2015, Orak ve Sezgin 2015, Tuğrul 2015, Yazıcı ve ark 2016, Görmez 2017, Shakya et al 2017). Ancak yapılan bazı çalışmalarda (Mazenec ve ark 2011, Gratao et al 2012, Mougias et al 2015, Özden ve ark 2016, Akyar ve ark 2017, Türe ve ark 2018); bakım veren bireylerin eğitim durumunun bakım yükü düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu saptanmıştır.

Çalışma kapsamında çalışma durumu değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği, çalışmayan bakım veren bireylerin bakım yükünün çalışan bakım veren bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Literatür taramaları incelendiğinde çalışma durumunun bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Malak ve Dicle 2008, Leow and Chan 2011, Çetinkaya ve Karadakovan 2012, Jaracz et al 2012, Kaya 2013, Tuğrul 2015, Akyar ve ark 2017). Zaybak ve ark. a göre (2012) yatağa bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların çalışma durumu değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. 165 katılımcı ile yapılan başka bir çalışmada ise kalp yetmezliği hastalarına bakım veren katılımcıların çalışma durumu değişkeni ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ve çalışan bakım verenlerin çalışmayanlara göre bakım yükü puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir (Saritaş ve Işık 2017). Türe ve ark. a göre (2018) çalışan bakım verenlerin %50'sinin hafif bakım yüküne sahip olduğu ve çalışmayan bakım verenlerin ise %41,1'inin ise ağır bakım yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir. Yetişkin kanser hastalarına bakım veren bireylere yönelik yapılan araştırmada, çalışma durumu değişkeninin bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini etkilediği saptanmıştır (Hsu et al 2014). Literatür taramalarında çalışma sonucu ile aynı olmayan çalışmaların da (Bayır 2013, Çabuk 2014, Çetinkaya 2008, Işık 2013, Karaaslan 2013, Koç ve ark 2016, Özden ve ark 2016, Yıldız 2016) olduğu gözlemlendi. Bakım yükünün çalışmayan katılımcılarda yüksek olması; çalışmadıkları için bakım eylemine çalışan katılımcılara göre daha fazla süre harcaması, bakımın getirdiği olumsuz durumlara daha fazla maruz kalması ve çalışan katılımcıların kendilerine ait gelirleri olması nedeniyle daha az ekonomik sorun yaşamaları gibi nedenlerden kaynaklanabilir.

Çalışmada evli olan bakım verenlerin bekarlara göre bakım yükü puanlarının yüksek olduğu, fakat medeni durum değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5). Literatürde bakım veren bireylerin medeni durumlarının bakım yükü üzerinde etkili olmadığı çalışmaların olduğu belirlenmiştir (Malak ve Dicle 2008, Tel ve ark 2012, Bayır 2013, Işık 2013, Karaaslan 2013, Kaya 2013, Orak ve Sezgin 2014, Tuğrul 2015, Koç ve ark 2016, Yıldız 2016, Ay ve Ark 2017, Sarıtaş ve Işık 2017, Karakurt ve ark 2018). Pürlüsoy ve ark. nın (2011) çalışmasında diyaliz hastalarına bakım veren katılımcıların medeni durumu ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada bakıma muhtaç yaşlılara bakım veren katılımcıların medeni durumunun bakım yükünü istatistiksel olarak etkilemediği gözlenmiştir (Loureiro et al 2013). Başka bir çalışmada da mental hastalığı olan bireylere bakım veren katılımcıların medeni durumunun bakım yükünü etkilemediği tespit edilmiştir (Souza et al 2017). Türe ve ark.nın (2018) kronik hastalığa sahip hastalara bakım veren 105 kişiyle yaptıkları çalışmada da, medeni durumu ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. Mevcut çalışmadan elde edilen sonuç bu çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte medeni durumun bakım yükünü etkilediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Çetinkaya 2008, Çetinkaya ve Karadakovan 2012, Yurtsever ve ark 2013, Çabuk 2014, Selen ve Kav 2014, Selçuk ve Avcı 2016, Akyar ve ark 2017, Shakya et al 2017).

Çalışma kapsamında çocuk sayısı değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği, bakım veren katılımcıların çocuk sayısı arttıkça bakım yükünün de arttığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Literatür çalışmaları incelendiğinde çocuk sayısı değişkeninin bakım verenlerin bakım yükünü istatistiksel olarak etkilediği ve çocuk sayısı arttıkça bakım yükünün de arttığı belirlenmiştir (Çetinkaya 2008, Çetinkaya ve Karadakovan 2012, Aşiret ve Kapucu 2013, Uludağ 2014). Buna göre 65 yaş üzeri yaşlılara bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada çocuk sahibi bakım veren katılımcıların, çocuk sahibi olmayan katılımcılara göre daha fazla bakım yükü yaşadığı tespit edilmiştir (Or 2013). Selen ve Kav'ın (2014) 245 bakım veren bireyler üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada; çocuk sayısı değişkeninin bakım yükünü

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. Bazı literatür çalışmalarında ise çocuk sayısı değişkeninin bakım yükünü etkilemediği görülmüştür (Işık 2013, Orak ve Sezgin 2014, Tuğrul 2015, Yıldız 2015, Koç ve ark 2016, Ay ve ark 2017). Buna göre çocuk sayısı değişkeninin bakım yükü üzerindeki etkili olan ve olmayan çalışmaların aynı olduğu, çocuk sahibi olan katılımcıların hasta bakımına ek olarak çocuk bakımıyla da ilgilenmek zorunda olması ve sorumluluklarının artması bakım yükünün artmasına neden olabilir.

Çalışma kapsamında sosyal güvence varlığı değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5). Literatür taramalarında sosyal güvence varlığı durumunun bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur (Çetinkaya 2008, Bayır 2013, Ay ve ark 2017). Işık (2013) ve Uludağ'ın (2014) yaptığı çalışmalarda ise bakım verenlerin sosyal güvence varlığı değişkeni ile bakım yükü düzeyleri arasında istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu saptanmıştır.

363 yaşlı bireye bakım veren katılımcılara yönelik yapılan çalışmada konut içerisindeki birey sayısının bakım yükünü etkilemediği gözlenmiştir (Or 2013). Benzer şekilde Yusuf, Adamu ve Nuhu (2011), Işık (2013), Uludağ (2014), Özden ve ark (2016), Selçuk ve Avcı (2016) ile Yıldız'ın (2016) yaptığı çalışmalarda da birey sayısının bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Bu çalışmada da katılımcıların ailedeki birey sayısı ve bakım yükü arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Tel ve ark. (2012) ile Kaya'nın (2013) çalışmalarında ise ailedeki kişi sayısı arttıkça bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmalar doğrultusunda saptanan çalışma bulgusu literatür ile paralellik göstermektedir.

Literatürde gelir düzeyinin bakım yükünü etkileyen önemli bir faktör olduğu, gelir düzeyi düştükçe ekonomik sorunlarla daha fazla karşılaşıldığı, bakım için gerekli materyallerin alınmasında ve hizmete ulaşmada sorunlar yaşanabileceği ve bu nedenle bakım verenlerin stres endişe yaşayabileceği bunun bir sonucu olarak da daha fazla

bakım yükü gözlemlendiği bildirilmektedir (Leow and Chan 2011). Mevcut çalışmada da literatürde belirtildiği şekilde gelir düzeyinin, bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği, gelir durumu iyi olan katılımcıların gelir durumu orta veya kötü olan katılımcılara göre bakım yükünün daha düşük olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür taramalarında gelir düzeyi değişkeni ile bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak etkilediği, gelir düzeyi düşük veya kötü olan bakım verenlerin bakım yüklerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Tel ve ark 2012, Aşiret ve Kapucu 2013, Işık 2013, Kaya 2013, Selen ve Kav 2014, Mashayekhi, Pilevarzadeh and Rafati 2015, Tuğrul 2015, Yıldız 2016, Shakya et al 2017, Türe ve ark 2018). Bazı literatür çalışmalarında ise gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu, fakat gelir düzeyi değişkeninin bakım verenlerin bakım yükünü anlamlı düzeyde etkilemediği saptanmıştır (Salama and El-Soud 2012, Yurtsever ve ark 2013, Koç ve ark 2016, Akyar ve ark 2017, Ay ve ark 2017, Eğilli ve Sunal 2017). Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği belirlenmiştir.

Salama ve El-Soud'a göre (2012) bakıma muhtaç yaşlılara bakım veren eşlerin bakım yükü, yetişkin çocuk bakım verenlere göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada yaşlı bireylere bakım veren bireylerin hastaya yakınlık durumu ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve eşlerin bakım yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Loureiro ve ark 2013). Benzer şekilde Olay ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada da katılımcıların hasta ile ilişkisinin bakım yükünü istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır. Çalışmada hastaya yakınlık durumu değişkeni ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu ve hastaların eşlerinin bakım yüklerinin diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür taramalarında incelendiğinde bakım veren eşlerin bakım yüklerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Jaracz et al 2012, Kim et al 2012, Karaaslan 2013, Tel ve Pınar 2013, Yurtsever ve ark 2013, Tuğrul 2015, Sarıtaş ve Işık 2017, Shakya et al 2017). Literatürdeki çok az çalışmada ise; çocukların, kardeş veya ebeveynlerin bakım yükü düzeylerinin eşlere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Mollaoğlu ve ark 2011, Kang et al 2014, Yıldız 2016, Akyar ve ark

2017). Bazı çalışmalarda ise bakım veren bireylerin hasta ile ilişkisinin bakım yükü düzeyleri ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (Elmstalh, Malmberg ve Annerstedt 1996, Babayiğit 2009, Bayır 2013, Diehl-Schmid et al 2013, Villar-Taibo et al 2017). Hasta yakınlık durumu değişkeninden elde edilen çalışma sonucu literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmanın bulgularında da verildiği üzere, hasta bireyin hastalık süresi değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği gözlemlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür çalışmaları incelendiğinde; Gülseren ve ark. (2010), Atagün ve ark. (2011), Çetinkaya ve Karadakovan (2012), Diehl-Schmid ve ark. nın (2013) yaptıkları çalışmalarda hasta bireyin hastalık süresinin bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği gözlenirken; Babayiğit (2009), Kaya (2013), Çabuk (2014), Selçuk ve Avcı'nın (2016), Yazıcı ve ark (2016), Yıldız (2016) ile Görmez'in (2017) çalışmalarında ise hastalık süresi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır. Bu duruma göre elde edilen çalışma sonucunun literatür ile benzer olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamında bakım için yardım alma değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür taramaları incelendiğinde bakım verenlerin yardım alma durumunun bakım yükünü istatistiksel olarak etkilemediğini gösteren çalışmaların olduğu belirlenmiştir (Çetinkaya 2008, Kim et al 2012, Bayır 2013, Işık 2013, Karaaslan 2013, Kaya 2013, Koç ve ark 2016, Khan et al 2016, Selçuk ve Avcı 2016, Yıldız 2016, Villar-Taibo et al 2017). Yapılan bir çalışmada katılımcıların %55,8'i aile üyelerinden bakım için yardım aldığı, bakım için yardım almayanların bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu, fakat bu durumun bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edilmiştir (Yıldız 2015). Diyaliz hastalarına bakım veren katılımcılarda da bakım için yardım alma değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı etkilemediği belirlenmiştir (Pürlüsoy ve ark 2011). Bazı literatür çalışmalarında ise bakım için yardım alan bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak düşük olduğu bulunmuştur (Salama and El-Soud 2012, Olay et al 2015, Souza et al 2017, Karakurt ve ark 2018). Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusu literatür ile desteklenmektedir.

İnmeli hastalara bakım veren katılımcıların %51,1'inin mali problemler yaşadığı ve bu durumun bakım yüküne neden olduğu tespit edilmiştir (Kumar et al 2015). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlere yönelik yapılan çalışmada çalışan katılımcıların yaklaşık %22'sinin iş verimliliğinin azaldığı ve bu durumun katılımcıların finansal problem yaşamalarına neden olduğu gözlenmiştir (Mazenec et al 2011). Aşiret ve Kapucu'ya göre (2012) bakım veren katılımcıların %34,3'ünün gelirinin giderlerini karşılamadığı ve bakım maliyetinin yüksek olması nedeniyle %65,6'sının finansal problem yaşadığı saptanmıştır. Bayır (2013) ve Kaya'nın (2013) yaptığı çalışmalarda ise bakım verenlerin mali durumunun bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edilmiştir. Bu çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%87,9) finansal sorun yaşadığı, finansal sorun yaşayan katılımcıların bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Finansal sorun yaşama bireylerin yaşamlarının her alanında daha fazla sorun yaşamalarına neden olacağı için bakım yükü düzeyini de etkilemesi olağan bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır (Leow and Chan 2011). Bu nedenle mevcut çalışmadan elde edilen bulgu beklenen bir sonuçtur ve literatürde çalışma sonuçlarını destekleyen araştırmalar olduğu gözlenmektedir (Salama and El-Soud 2012, Diehl-Schmid et al 2013, Karaaslan 2013, Gbiri et al 2014, Uludağ 2014).

Bir hastanın bakımından sorumlu olmak bireylerin yaşamında pek çok alanı etkileyebilmektedir. Özellikle ev yaşantısında değişim kaçınılmaz bir durum olarak karşımıza çıkabilmektedir (Polat 2011). Onkoloji hastalarına bakım verenlere yönelik yapılan çalışmada katılımcıların %88'inin ev yaşantısında değişim yaşadıkları, değişim yaşayan katılımcılar; %40'ı evi ile yeterince ilgilenemediğini, %10'u çocuklarına bakım veremediğini, %8'inin çocuğunu başka birine emanet etmek zorunda kaldığını ve %8'i ise bakım veren bireye yardımcı olmak için ev işlerine katıldığını ifade etmiştir (Uğur 2006). Bu çalışmada ev yaşantısında değişim olma değişkeninin bakım yükü düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği ve ev yaşantısında değişim olan katılımcıların bakım yükü düzeylerinin değişim olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu gözlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Çalışma sonucu beklenen bir sonuç

olmakla beraber diğ er araştırma sonuçlarıyla da desteklenmektedir (Karaaslan 2013, Yıldız 2015).

Çalışma kapsamında aile iç i ilişkilerde de ğ iş im varlığı de ğ iş ken i ile bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oldu ğ u, aile iç i ilişkilerde de ğ iş im yaşıyan katılımcıların de ğ iş im yaşamayan katılımcılara göre bakım yükü düzeylerinin daha yüksek oldu ğ u tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Uğ ur'un (2006) yaptı ğ ı çalışmada bakım veren katılımcıların %34'ünü aile iç i ilişkilerde de ğ iş im yaşadığı, yaşanan de ğ iş imin; aile iç i ilişkilerde gerginlik oranının artması (%8), aile bireyleriyle görüşme sıklığının artması (%24) ve eşine daha çok bağlanması (%2) oldu ğ u belirtilmiştir. Çalışma sonucunun literatür araştırmaları ile benzer oldu ğ u gözlenmektedir (Karaaslan 2013, Verez Cotel et al 2015).

Souza ve ark. na göre (2017) bakmakla yükümlü başka kişi varlığına sahip katılımcıların bakım yükü puanlarının daha yüksek oldu ğ u ve bu durumun bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkiledi ğ i tespit edilmiştir. Yıldız'ın (2015) yaptı ğ ı çalışmada katılımcıların mevcut bakım verdi ğ i hasta dışında başka bir hasta, küçük çocuk veya yaşlıya da bakım vermesi bakım yükünü etkiledi ğ i gözlenmiştir. Özden ve ark. nın (2016) enteral tüp ile beslenen hastalara bakım veren katılımcılarla yaptıkları çalışmada, bakmakla yükümlü oldu ğ u başka biri varlığına sahip olanların bakım yükü puanlarının yüksek oldu ğ u, fakat bu durumun bakım yükü üzerinde istatistiksel anlamlılı ğ a yol açmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde Karaaslan'ın (2013) yaptı ğ ı çalışmada bakmakla yükümlü oldu ğ u başka kişi varlığına sahip olan katılımcıların bakım yükü puanlarının yüksek oldu ğ u, fakat bakım yükünü istatistiksel olarak etkilemedi ğ i gözlenmiştir. Bu çalışmada bakmakla yükümlü oldu ğ u başka kişi varlığı de ğ iş ken i ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oldu ğ u, bakmakla yükümlü oldu ğ u başka kişi varlığına sahip olan katılımcıların bakım yüklerinin bakmakla yükümlü başka kişi varlığına sahip olmayanlara göre daha düşük oldu ğ u saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Literatür ile benzer özellik göstermeyen bu sonuç oldukça dikkat çekici ve beklemedi ğ imiz bir bulgudur. Bu sonucu etkileyebilecek bakmakla yükümlü başka kişiler oldu ğ u için bakım deste ğ i aldı ğ ı aile bireylerinin olması, kısa süredir hastaya bakım veriyor olması veya hasta ile ilgili

bağımlılık düzeyi ve bakım gereksinimlerinin daha az olması gibi değişkenlerin bu sonucu etkilediği düşünülebilir. Ancak çalışmada bu değişkenlerin etkisi ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmemiş olup araştırmamızın sınırlılığını oluşturmaktadır. Farklı çalışmalarda bu durumun incelenmesi bakmakla yükümlü olduğu farklı kişi varlığı değişkeninin gerçek etkisinin ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

Çalışmada hastaya bakma süresi değişkeni ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Gözlenen bu sonucun literatür ile benzer özellik taşıdığı tespit edilmiştir (Martinez-Martin et al 2007, Çetinkaya 2008, Aşiret ve Kapucu 2012, Çetinkaya ve Karadakovan 2008, Leow and Chan 2011, Mollaoğlu ve ark 2011, Jaracz et al 2012, Kim et al 2012, Salama and El-soud 2012, Işık 2013, Karaaslan 2013, Gbiri et al 2014, Hsu et al 2014, Orak ve Sezgin 2014, Selçuk ve Avcı 2016, Yazıcı ve ark 2016, Eğilli ve Sunal 2017, Souza et al 2017). Buna göre yapılan bir çalışmada yaşlı bireylere bakım veren bireylerin hafta içi ortalama 12,4 saat ve hafta sonu ortalama 12,3 saat bakım verdikleri, ayrıca bu ortalama bakım sürelerinin bakım yükünü istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır (Gratao et al 2012). Pürlüsoy ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada diyaliz hastalarına bakım verenlerin haftalık bakım süresi arttıkça bakım yükünün de arttığı gözlemlenmiştir. Bazı literatür çalışmalarında ise bakım süresinin bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (Atagün ve ark 2012, Kaya 2013, Yurtsever ve ark 2013, Çabuk 2014, Binbay ve ark 2015, Verez Cotelo et al 2015, Khan et al 2016, Caro, Costa and Da Cruz 2018, Türe ve ark 2018). Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Kanserli hastalara bakım verenlere yönelik yapılan çalışmada ZBYÖ puanı yüksek olan katılımcıların %50'sinden fazlasının işlerinde bozulma yaşadıkları tespit edilmiştir (Chua et al 2016). Uğur'un (2006) çalışmasında bakım veren bireylerin iş yaşantısında değişim yaşadığı, yaşanan değişimin işinden sık sık izin alma ve işiyle ilgilenememe olduğu gözlemlenmiştir. Mevcut çalışmada iş yaşamında değişiklik yaşayan bakım verenlerin sırasıyla aşırı yorgunluğa bağlı dikkat dağınıklığı, işten ayrılma, izne bağlı maaş kesintisi ve işi takip edememe gibi durumlarla karşılaştıkları belirlendi. Ancak bu değişikliklerin bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği



görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). İleri evre kanser hastalarına bakım veren bireylere yönelik olarak yapılan çalışmada katılımcıların %57'sinin çalıştığı, çalışan katılımcıların yaklaşık %34'ü işlerinde zaman kaybı yaşadığı, yaklaşık %22'sinin ise iş verimliliğinin azaldığını, ayrıca iş verimliliğinin azalması durumunun bakım süresi, bakım sayısı ve kanserin evresi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada iş verimliliğinde azalma durumunun bakım verenlerin bakım yükünü istatistiksel olarak etkilediği tespit edilmiştir (Mazenec et al 2011). İş yaşamındaki değişiklik ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi gösteren literatür çalışmalarının kısıtlı olduğu gözlenmekte ve mevcut çalışmadan elde edilen bulgunun nedeni olarak çalışan bakım veren sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşüncesindeyiz.

Yapılan bir çalışmada kronik bir hastalığı olan bakım verenlerin kronik bir hastalığı olmayanlara göre bakım yükü puanlarının yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir (Souza et al 2017). Or'un (2013) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin kronik bir hastalığa sahip olması ve sürekli ilaç kullanma durumunun bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada da hastalığı olan bakım verenlerin bakım yüklerinin, hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Literatür taramalarındaki bazı çalışmalarda (Çetinkaya 2008, Yaşar 2009, Bayır 2013, Khan et al 2016); bakım verenlerin hastalık olma durumunun bakım yükünü etkilemediği saptanırken, bir çok çalışmada ise mevcut çalışma bulgusu ile benzer bir şekilde bakım verenlerin hastalık olma durumunun bakım yükünü etkilediği saptanmıştır (Gülseren ve ark 2010, Leow and Chan 2011, Mollaoğlu ve ark 2011, Jaracz et al 2012, Işık 2013, Selen ve Kav 2014, Karakurt ve ark 2018).

Mevcut çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%95,4) ağrı deneyimlediği ve ağrı şiddeti ortalamasının  $6,27\pm 1,82$  olduğu, ağrısı olanların ve ağrı şiddeti ortalamasının bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Literatür taramaları incelendiğinde hastanın ağrı veya fiziksel sorun yaşaması durumunun bakım veren bireylerin bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak arttırdığı belirlenmiştir (Martinez Martin et al 2007, Aguilar, Pena and Ponce 2012, Kaya 2013). Fakat ağrı durumunun bakım verenlerin bakım yükünü

etkilemediğini gösteren literatür çalışmaları ile karşılaşılmamıştır. Bu duruma göre bakım vermeye bağlı ağrı yaşama durumu ve ağrı şiddetinin artması, bireylerin fiziksel, psikolojik problemleri daha fazla yaşamalarına ve bakım işlevini gerçekleştirmede zorlanmalarına neden olacağı için bakım yükünün arttığı söylenebilir.

Çalışma kapsamında bakım vermeye bağlı herhangi bir hastalığa sahip olan katılımcıların bakım yüklerinin daha anlamlı oranda yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Literatürde bilgisi incelendiğinde; bakım işlevinin bakım veren bireyler üzerinde fiziksel ve psikolojik problemlere neden olduğu bildirilmektedir (Özer 2010a, Leow and Chan 2011, Manzini et al 2016). Yapılan bir çalışmada son dönem kanser hastalarına bakım veren katılımcıların uzun süre bakım vermeye bağlı yüksek düzeyde kaygı, depresyon, uyku bozukluğu yaşadığı, ayrıca kan basıncı ve kalp hızı ölçümlerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Cora, Partinico, Munafo and Palomba 2012). Aşiret ve Kapucu (2012) ile Brigola ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmalarda; bakım verenlerin bakım vermeye bağlı sağlık sorunları yaşaması durumunun bakım yükü düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Sınırlı sayıda literatür çalışmasına rastlanıldığı çalışma bulgusu için; bakım verenlerde gelişen fiziksel ve psikolojik problemlerin, bireyleri bakım konusunda daha fazla zorlamasına ve buna bağlı olarak da bakım yükünün artmasına yol açtığı düşünülebilir.

Çalışmada bakım vermektен memnun olmayan bakım veren katılımcıların bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Literatür çalışmaları incelendiğinde bakım vermektен memnun olmayan bakım verenlerin bakım yüklerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bambara et al 2009, Işık 2013, Ay ve ark 2017). Buna göre Sarıtaş ve Işık'a göre (2017) çalışmada bakım vermektен memnun olmayan bireylerin bakım yükü düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Baltayan'a göre de (2012), bakım verme işinden memnun olmayan bakıcı kadınların bakım yükü düzeylerinin işinden memnun olan bakıcı kadınlara göre istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür taramalarında bakım verenlerin memnuniyet durumunun bakım yükünü etkilemediğine dair bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çetinkaya'ya göre (2008), bakım verenlerin %30,2'sinin daha önce bir hastaya bakım verdiği, %9,2'sinin ise daha önce demans tanısı alan bir hastaya bakım verdiği, ayrıca bakım veren bireylerin daha önce bir hastaya bakım vermesi veya daha önce demanslı bir hastaya bakım vermesi durumlarının bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada ise daha önce birine bakım verme durumunun bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Literatür taramalarında daha önce bakım verme durumunun bakım yükünü etkilemediğine yönelik bir çalışma ile karşılaşılmadı. Literatür ile uyumlu olmadığı belirlenen bu durum için; bakım verenlerin kronik bir hastaya bakım vermesi, hastalık süresi uzadıkça semptomların, tedavi süresinin ve buna bağlı bakım süresinin de artması, daha önce başka birine bakım veren veya vermeyen bakım verenlerin, bakım verme sürecinde aynı derecede fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açılardan problem yaşaması bakım yükü düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmamış olabilir.

Çalışma kapsamında hastanın kaldığı klinik adı değişkeninin bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini anlamlı olarak etkilediği tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Ayrıca çalışmaya göre palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Literatür taramalarında çalışma bulgusu ile eşdeğer ve hastanın kaldığı klinik adı değişkeninin bakım yükü üzerindeki etkisini gösteren bir çalışma ile karşılaşılmadı. Fakat Oechsle, Goerth, Bokemeyer ve Mehnert'e göre (2013) başlıca semptomları enerji eksikliği (%95), yorgunluk (%88) ve ağrı (%80) olan palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin stres düzeylerinin arttığı ve %77'sinin bu semptomları gereğinden fazla önemseydiği tespit edilmiştir. Ayrıca Mackenzie, Smith, Hasher, Leach ve Behl'e göre (2007), palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin bilişsel işlevlerinin bozulduğu saptanmıştır. Ülkemizde Palyatif bakım servisine yatırılan hastaların genellikle hastalıklarının daha ileri evre ve bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünüldüğünde, bakım verenlerin daha fazla semptomla başetmek zorunda olmaları ve diğer kliniklerdeki hastalara göre daha fazla bakım vermeleri bakım yüklerinin daha yüksek bulunmasına yol açmış olabilir.

Gülseren ve ark. a göre (2010) hastane yatış sayısı arttıkça bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada klinikte kalınan süre ile bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf ilişki olduğu, klinikte kalınan süre ortalaması arttıkça katılımcıların bakım yükü düzeylerinin arttığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Literatür çalışmaları incelendiğinde çalışma sonucunun Leow ve Chan (2011), Kaya (2013) ile Türe ve ark. ın (2018) çalışmaları ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Yazıcı ve ark. a göre ise (2016) hastanın hastanede kalma süresinin bakım yükü düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu, bakım verenlerin kliniklerde yaşam alanlarının dar olması, hastane ortamından rahatsızlık duyması ve hastasının klinik durumunun kendisini endişelendirmesi nedeniyle bakım yükü düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Çalışmada hastanın cinsiyet değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği gözlemlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Literatür çalışmaları incelendiğinde çoğu çalışmalarda (Çetinkaya 2008, Gülseren ve ark 2010, Tamanini, Santos, Lebrao, Duarte and Laurenti 2011, Yusuf et al 2011, Tel ve ark 2012, Gratao et al 2012, Bayır 2013, Diehl-Schmid et al 2013, Karaaslan 2013, Kaya 2013, Loureiro et al 2013, Kang et al 2014, Mougias et al 2015, Olat et al 2015, Tuğrul 2015, Selçuk ve Avcı 2016, Yıldız 2016, Akyar ve ark 2017, Ay ve ark 2017, Eğilli ve Sunal 2017, Görmez 2017, Shakya et al 2017); hasta cinsiyetinin bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği gözlenirken, bazı çalışmalarda ise (Yaşar 2009, Jaracz et al 2012, Çabuk 2014, Koç ve ark 2016, Mashayekhi et al 2015); erkek hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada hastaların medeni durumunun bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Literatür taramaları incelendiğinde çoğu çalışmalarda (Gratao et al 2012, Bayır 2013, Karaaslan 2013, Kaya 2013, Loureiro et al 2013, Çabuk 2014, Koç ve ark 2016, Selçuk ve Avcı 2016, Yıldız 2016, Ay ve ark 2017, Shakya et al 2017, Souza et al 2017); hastaların medeni durumunun bakım verenlerin bakım yükü üzerinde istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Çetinkaya'nın (2008) çalışmasına göre ise hastanın medeni durum değişkeni ile bakım yükü düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Mevcut çalışmada hastanın yaş ortalaması arttıkça bakım yükün arttığı ve bakım yükü düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 7). Literatür çalışması incelendiğinde çalışma bulgusu ile benzer şekilde hastaların yaş değişkeninin bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri üzerinde anlamlı fark yarattığı tespit edilmiştir (Martinez Martin et al 2007, Çetinkaya 2008, Yaşar 2009, Mollaoğlu ve ark 2011, Atagün ve ark 2012, Çetinkaya ve Karadakovan 2012, Tel ve ark 2012, Mougias et al 2015, Olai et al 2015, Selçuk ve Avcı 2016, Eğilli ve Sunal 2017). Bazı literatür çalışmalarında ise hastaların yaş değişkeninin bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir (Jaracz et al 2012, Loueiro et al 2013, Yurtsever ve ark 2013, Orak ve Sezgin 2014, Akyar ve ark 2017). Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile paralel olduğu saptanmıştır.

Çalışmada hastanın eğitim düzeyi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Önceki yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışma bulgusu ile benzer şekilde hastanın eğitim düzeyi ile bakım yükü arasında istatistiksel anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir (Çetinkaya 2008, Gratao et al 2012, Bayır 2013, Karaaslan 2013, Kaya 2013, Loureiro et al 2013, Çabuk 2014, Kang et al 2014, Mougias et al 2015, Selçuk ve Avcı 2016, Yıldız 2016, Akyar ve ark 2017, Ay ve ark 2017, Shakya et al 2017, Souza et al 2017). Yaşar (2009) ile Tuğrul'un (2015) yaptığı çalışmalara göre ise hastanın eğitim düzeyi azaldıkça bakım verenlerin bakım yükünün arttığı belirlenmiştir.

Çalışmada ise sigara veya alkol kullanma alışkanlığı olan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin alışkanlığı olmayan hastalara bakım verenlere göre yüksek olduğu ve bakım yükü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7). Yapılan bir çalışmada zararlı madde kullanan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin zararlı madde kullanmayan hastalara bakım verenlere göre yüksek olduğu, zararlı madde kullanma durumunun bakım yükü üzerinde istatistiksel olarak

anlamli fark oluşturduğu gözlenmiştir (Kaya 2013). Benzer şekilde; Vaishnavi, Karthik, Balakrishnan ve Sathianathan'ın (2017) alışmasına göre alkol bağımlılığı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fakat Kang ve ark. a göre (2014) hastaların sigara ve alkol kullanma durumunun bakım verenlerin bakım yükünü etkilemediği belirlenmiştir. Kısıtlı çalışmaların olduğu çalışma bulgusu için; literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada kendisini ifade edemeyen hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin kendisini ifade eden hastalara bakım verilere göre yüksek olduğu ve değişkenin istatistiksel olarak anlamli fark oluşturduğu gözlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Literatür alışmaları incelendiğinde; Watson ve ark. (2012), Diehl-Schmid ve ark. (2013) ile Kang ve ark. nın (2014) yaptığı çalışmalarda konuşma ve iletişim problemi olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin yüksek olduğu belirlenirken; Jaracz ve ark. (2012) ile Görmez'in (2017) yaptığı çalışmalarda ise hastaların kendisini ifade etme durumlarının bakım veren bireylerin bakım yükü düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Bu durum elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiğini göstermektedir.

Çalışma kapsamında işitme cihazı kullanma durumu değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Ayrıca çalışmada gözlük kullanan hastalara bakım verenlerin bakım yükünün gözlük kullanmayan hastalara bakım verilere göre daha düşük olduğu ve gözlük kullanma değişkeni ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamli fark olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Khan ve ark. a göre (2016) hastaların görme düzeyinin bakım yükü ile ilişkili olduğu ve görme düzeyi azaldıkça bakım verenlerin bakım yükünün arttığı tespit edilmiştir. Kısıtlı sayıda literatür çalışması olan çalışma bulguları için; hastaların işitme cihazı kullanması ile işitme probleminin düzelmesi durumunun hastanın bağımlılık düzeyinde bir farklılık yaratmaması, bağımlılık düzeyinin işitme cihazı kullanan veya kullanmayan hastalarda aynı düzeyde yüksek olmasının bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinde istatistiksel fark yaratmış olabilir. Bunun dışında gözlük kullanan hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin daha az olması, bu hastaların görmeye

yardımcı cihaz kullanarak bakım verene olan bağımlılık düzeyinin azalmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmada hastaların %55,1'i yarı bağımlı, %43,9'unun ise bağımlı olduğu ve bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yurtsever ve ark 2013). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada da, hastaların %59,8'inin bağımlı, %34,8'inin yarı-bağımlı olduğu ve hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım yükünün de arttığı gözlenmiştir (Salama and El-Soud 2012). Bu çalışmada mobilizasyon için yardımcı cihaz kullanan hastalara bakım veren katılımcıların bakım yükü puanının mobilizasyon için yardımcı cihaz kullanmayan hastalara bakım verenlere göre daha düşük olduğu ve değişkenin bakım yükü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Ayrıca çalışmada yatağa bağımlı olan hastalara bakım veren katılımcıların bakım yükünün, yardımla mobilize olan hastalara bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Literatür çalışması incelendiğinde çalışmaların çoğunda (Gratao et al 2012, Tel ve ark 2012, Aşiret ve Kapucu 2013, Diehl-Schmid et al 2013, Hsu et al 2014, Khan et al 2016, Selçuk ve Avcı 2016, Karakurt ve ark 2018); hastaların hareket görevini yerine getirme, transportu, banyo ve yürüme işlevlerinde bağımlılık düzeyi yüksek olan kişilere bakım veren bireylerin bakım yükünün de istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Jaracz ve ark. (2014), Özden ve ark.(2016) ile Görmez'in (2017) yaptığı çalışmalarda ise hastaların bağımlılık durumunun bakım veren bireylerin bakım yükünü etkilemediği tespit edilmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile benzer özellik taşıdığı görülmektedir.

Leow ve Chan'ın (2011) yaptığı sistematik derlemede hastanın bakım talebinin artması ve günlük yaşam aktivitelerinin azalması durumlarının bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmada hastanın Katz GYA ve Lawton ve Brady EGYA değişkenlerine göre yapılan analizde; hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve enstrumental yaşam aktivitelerinde ki bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Literatür incelemelerinde çoğu çalışmalarda (Tremont et al 2006, Martinez-

Martin 2007, Malak ve Dicle 2008, Yaşar 2009, Mollaoğlu ve ark 2011, Tamamini et al 2011, Kim et al 2012, Işık 2013, Kang et al 2014, Olai et al 2015, Selçuk ve Avcı 2016, Ay ve ark 2017, Hamza, Mahmoud, Rafaat and Abbas Mohamed 2018, Pucciarelli et al 2018); günlük yaşam aktiviteleri ve enstrumental yaşam aktiviteleri düzeylerinin bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini etkilediği ve bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Mougias ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada ise hastanın enstrumental yaşam aktiviteleri düzeyinin bakım verenlerin bakım yükünü etkilemediği saptanmıştır. Benzer şekilde Karakurt ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada da hastanın günlük yaşam aktiviteleri düzeylerinin bakım yükü ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Elde edilen çalışma bulgusu beklenen bir durum olmakla birlikte literatür ile uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Çalışmada kliniğe yatış tanısı değişkeninin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Literatür çalışmaları incelendiğinde, Tuğrul (2015), Selçuk ve Avcı (2016) ile Akyar ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmalarda hastanın tanısının bakım verenlerin bakım yükü düzeylerin istatistiksel olarak etkilediği tespit edilirken; Türe ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada ise mevcut çalışma bulgusu ile benzer şekilde hastanın tanısının bakım yükü düzeylerini etkilemediği tespit edilmiştir. Kısıtlı sayıda literatür araştırması olduğu gözlenen çalışma bulgusu için hastaların tanılarını SVH, kanser, KVH, KBY, Alzheimer ve parkinson gibi kronik hastalıkların oluşturması, ayrıca bu hastalıkların her birinin ağır semptom yönetimi gerektirmesi, tedavi sürecinin zor olması, hastalık evrelerinin ileri düzeyde olması, hasta ve yakınlarının uzun süre bu hastalıklarla mücadele etmesi, hastanın bağımlılık düzeylerinin yüksek olması ve bu durumun hastaların bakım verenlerini aynı düzeyde zorlaması ve yıpratması nedeniyle bakım yükü üzerinde istatistiksel farklılık yaratmadığı düşünülebilir.

Çalışmada hastaların KVH tanı alma süresi uzadıkça bakım yükü düzeylerinin arttığı ve hastaların KVH tanı alma süresinin ortalaması değişkeni ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Literatür çalışmaları incelendiğinde; Leow ve Chan (2011) ile Uludağ'ın (2014) yaptığı çalışmalarda KVH süresinin bakım verenlerin bakım yükünü istatistiksel olarak



etkilediği tespit edilmiştir. Yapılan benzer bir çalışmada kalp yetmezliği tanısı alma süresi 18 ay üzeri olan hastaların bakım verenlerinin günlük rutin işlerini gerçekleştiremediği ve bu duruma bağlı olarak bakım yükü düzeylerinin etkilendiği gözlenmiştir (Luttik et al 2007). Daha fazla literatür çalışması gerektiren çalışma bulgusu için, KVH alan hastaların tanı alma süresi uzadıkça hastalık belirtilerinin ilerlemesi, yeni semptom ve hastalıkların gelişmesi ile hastanın bağımlılık düzeyinin artması, bakım veren bireylerin bakım yükünü arttırdığı söylenebilir.

Çalışmada SVH tanısı alma, KBY tanısı alma, diyalize girme, Alzheimer-Parkinson tanısı alma, kanser tanısı alma ve kemoterapi/radyoterapi alma süresinin bakım yükünü etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Literatür çalışmaları incelendiğinde çalışmaların çoğunda (Tremont et al 2006, Martinez-Martin et al 2007, Yusuf et al 2010, Kang et al 2014, Oh, Lee, Hyu and Kim 2015, Verez Cotelo et al 2015, Koç ve ark 2016, Maguire, Hanly, Hyland and Sharp2016, Shakya et al 2017);KBY tanı alma, diyalize girme, Alzheimer tanı alma, parkinson tanı alma, kanser tanı alma ve kemoterapi/radyoterapi alma sürelerinin bakım yükü düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Karaaslan (2013), Gbiri ve ark. (2014), Borges ve ark (2016) ile Çeler, Özyurt, Elbi ve Özcan'ın (2018) yaptığı çalışmalarda ise SVH tanı alma, Alzheimer tanı alma, parkinson tanı alma, kanser tanı alma ve kemoterapi/radyoterapi alma süresinin bakım yükü ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgularının genel olarak literatürle paralel olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada hastaneye yatış tanısına eşlik eden diyabet veya hipertansiyon varlığı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Literatür tarandığında; Çetinkaya (2008), Pürlüsoy ve ark. (2011), Işık (2013), Kang ve ark. (2014), Selçuk ve Avcı (2016), Görmez (2017) ve Shakya ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmalarda tanıya eşlik eden diyabet ve hipertansiyon varlığı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği saptanmıştır. Literatürde tanıya eşlik eden diyabet veya hipertansiyon varlığı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilendiğini gösteren bir çalışmaya

rastlanılmamıştır. Çalışmadan elde edilen bulgunun literatür ile desteklendiği belirlenmiştir.

Villar Taibo ve ark. a göre (2017) enteral beslenen hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin oral beslenen hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Jukic, Gagliardi, Fagnani, Venturini ve Orlandoni'ye göre (2017) enteral beslenen hastalara bakım veren formal bakıcıların bakım sürecinde hastanın durumuna bağlı olarak sosyal izolasyon ve psikolojik yük yaşadığı tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada enteral beslenen hastalarda görülen komplikasyonların (enfeksiyon, kilo kaybı, diyare, bulantı-kusma vs.) bakım verenlerde bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı gözlenmiştir (Özden ve ark 2016). Santarpia ve Bozzetti'ye göre de (2018) parenteral beslenmenin bakım yükünü etkilediği, bakım verenlerin parenteral beslenen hastaları 24 saat boyunca gözetim altında tutmak zorunda kalmasının bakım yüküne neden olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada ise hastanın beslenme şeklinin bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği ve parenteral beslenen hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin oral beslenen hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğu, enteral beslenen hastaların bakım yüklerinin de oral beslenenlere göre daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devan 3). Çalışma bulgusunun literatürle benzer özellik taşıdığı görülmektedir (Aşiret ve Kapucu 2013, Türe ve ark 2018).

Di Rosa ve Lamura'ya göre (2016) fekal veya üriner inkontinans bildirmeyen hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu gözlenmiştir. Tamanini ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada üriner inkontinansın kadınlarda ki genel prevalansın %25,8 olduğu ve üriner inkontinans hastalarına bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir. Benzer olarak yapılan başka bir çalışmada üriner inkontinanslı hastalara bakım verenlerin ZBY puanlarının, üriner inkontinansı olmayan hastalara bakım verenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır (Gotoh ve ark 2009). Mevcut çalışmada idrar inkontinans varlığı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin, idrar inkontinansı olmayan hastalara bakım verenlere göre yüksek olduğu ve değişkenin bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 3). Ayrıca bu

çalışmada gaita inkontinans varlığı olan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin, gaita inkontinans varlığı olmayan hastalara bakım verenlere göre yüksek düzeyde olduğu ve gaita inkontinans varlığı değişkeni ile bakım yükü düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 3). Literatür çalışmaları incelendiğinde çalışmaların çoğunda (Atagün ve ark 2012, Aşiret ve Kapucu 2013, Diehl-Schmid et al 2014, Orak ve Sezgin 2014, Ay ve ark 2017); hastaların inkontinans durumunun bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur. Görmez'in (2017) yaptığı çalışmada ise hastaların inkontinans durumunun bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Elde edilen çalışma bulgularının literatür ile benzer olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada idrar sondası varlığı olan hastalara bakım veren katılımcıların bakım yükünün, idrar sondası olmayan hastalara bakım veren katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 3). Literatürde idrar sondası değişkeninin bakım yükü üzerindeki etkisini gösteren çalışmalara rastlanılmamakla birlikte, hastaların idrar sondasını, bağımlılık düzeyinin yüksek olması nedeniyle kullanmak zorunda kalması ve bakım verenlerin hastasının bu durumuna bağlı olarak ajitasyon yaşaması veya idrar sondası kullanan hastaların hareket kısıtlılığına bağlı olarak daha fazla bakım gereksinimi duyması, bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini arttırmış olabilir.

## **5.2. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO- DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI**

Bakım verenlerde gözlenen duygu dışavurumu; hasta ile aşırı ilgilenme, aşırı müdahaleci olma, koruyucu davranma, hastaya karşı eleştirel yaklaşma, hastayı onaylamama, reddetme veya düşmanlık sergileme şeklinde duygusal tutumları içermekte, bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin yükselmesi hastanın hastalığının seyrini etkilemekte, hastaların ihtiyacı olan aile ve sosyal destek düzeylerini azaltmakta, hem bakım veren hem de hasta bireyler üzerinde olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Arslantaş ve Adana 2011, Duman ve Bademli 2013, Ertürk ve Kömürcü 2017).

Yapılan bir çalışmada hastalarına bakım veren kadınların duygu dışavurum düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu, fakat cinsiyetin duygu dışavurumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edilmiştir (El-Masri 2011). Algönül'ün (2017) yaptığı çalışmada da kadın bakım verenlerin eleştirel düşmanlık olma, aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma ve toplam DDÖ erkek bakım verenlere göre yüksek olduğu, fakat bakım verenlerin cinsiyetinin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği saptanmıştır. Benzer şekilde; Gurak ve Mamani'nin (2017) yaptığı çalışmada bakım veren aile üyelerinin cinsiyetinin, duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edilmiştir. Bu çalışmada da cinsiyetin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ )(Tablo 5). Literatür incelemelerinde çoğu çalışmada (Fearon, Donaldson, Burns and Tarrrier 1998, Spruytte, Van Audenhove, Lammertyn and Storms 2002, Stanhope, Goldstein and Kuipers 2003, Baştuğ 2008, Sepulveda et al 2010, Carra, Cazzullo and Clerici 2012, Li and Lewis 2013, Bastani, Ramezani, Lolati and Haghani 2017, Bjorge, Kvaal, Smastuen and Ulstein 2017, Mohamed, Abdelsalam, Mahmoud and Al-Momen 2017); bakım verenlerin cinsiyet değişkeninin eleştirel düşmanlık olma, aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma veya toplam DDÖ istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı belirlenmiştir. 12 çalışmanın dahil edildiği bir meteanaliz çalışmasında ise kadın bakım verenlerin erkeklere göre duygu dışavurum düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Safavi, Berry and Wearden 2017). Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği söylenebilir.

Mevcut çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları ile eleştirel düşmanlık olma durumu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu, AİKKO durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) ve katılımcıların yaş ortalaması arttıkça EDO durumunu daha fazla yaşadığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Literatür taramaları incelendiğinde çoğu çalışmada (Fearon et al 1998, Spruytte et al 2002, Baştuğ 2008, Sepulveda et al 2010, Carra et al 2012, Li and Lewis 2013, Mohanty and Kumar 2013, Stanhope et al 2003, Safavi et al 2015, Hamaie et al 2016, Algönül 2017, Bastani et al 2017, Gurak and Mamani 2017); bakım veren yaşının EDO, AİKKO veya toplam DDÖ istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

etkilemediği tespit edilmiştir. Bjorge ve ark. (2017) yaptığı başka bir çalışmada ise genç bakım verenlerin EDO, AİKKO ve toplam DDÖ istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da yaşın, aşırı koruyucu kollayıcı olma durumunun etkilenmediği sonucunun literatür ile paralel olduğu söylenebilir. Yaş arttıkça daha eleştirel düşmancı olma durumunun nedeni; bakım verenlerin yaşlanmayla beraber kendi sağlık problemlerinin ortaya çıkması, kendi tedavilerini ertelemek zorunda olmaları, bakım sürecinde yalnız kalmaları, baş etmede zorlanmaları ve bunun nedeni olarak da bakım vermek zorunda kaldıklarını hissetmeleri olabilir.

Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ortaöğretim olan bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin diğer eğitim düzeyine sahip bakım verenlere göre daha yüksek olduğu, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir (El-Masri 2011). Çalışmada bakım verenlerin öğrenim durumlarının EDO durumunu istatistiksel olarak etkilediği, öğrenim durumu okur yazar olan bakım veren katılımcılarda EDO puanlarının lise mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Bakım veren bireylerin öğrenim durumu değişkeni ile AİKKO düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5). Literatür incelemelerinde bir çok çalışmada (Arslantaş ve Adana 2012, Li and Lewis 2013, Li and Murroy 2014, Safavi et al 2015, Hamaie et al 2016, Bastani et al 2017, Mohamed et al 2017); bakım verenlerin eğitim durumu değişkeninin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği ve bir çoğunda eğitim düzeyi azaldıkça duygu dışavurum düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca literatür incelemelerinde bir çok çalışmada da (Spruytte et al 2002, Sepulveda et al 2010, Carra et al 2012, Mohanty and Kumar 2013, Algönül 2017, Gurak and Mamani 2017); bakım verenlerin eğitim durumu değişkeninin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Çalışma sonuçları bazı çalışma sonuçları ile benzerlik gösterirken bazı çalışma sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni bakım verilen hasta grubunun farklı olması ve bakım verenlerin çoğunluğunu yetişkin çocukların oluşturmasından kaynaklanabilir.

Mevcut çalışmada, çalışma durumu değişkeninin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ )

(Tablo 5). Literatür taramaları incelendiğinde bir çok çalışmada (Sepulveda et al 2010, Mohanty and Kumar 2013, Bastani et al 2016, Algönül 2017, Mohamed et al 2017); mevcut çalışma ile benzer şekilde çalışma durumu değişkeninin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise (Elmasri 2011, Arslantaş ve Adana 2012, Bjorge et al 2017); çalışmayan bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada bekar olan bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı gözlenmiştir (Elmasri 2011). Arslantaş ve Adana (2012) ve Algönül'ün (2017) yaptığı çalışmalarda da medeni durumu boşanmış/dul olan bakım verenlerin duygu dışavurum puanlarının evli ve bekar olan bakım verenlere göre yüksek olduğu, fakat istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde yapılan bir çok çalışmada da bakım verenlerin medeni durum değişkeninin EDO, AİKKO veya toplam DDÖ istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur (Spruytte et al 2002, Baştuğ 2008, Bastani et al 2016). Tüm çalışma sonuçlarında medeni durumun duygu dışavurum düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Mevcut çalışmada da medeni durumun duygu dışavurum düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği ( $p>0,05$ ) (Tablo 5) ve diğer çalışma sonuçlarıyla uyumlu olduğu gözlendi.

Çalışma kapsamında bakım verenlerin çocuk sayısı değişkeninin eleştirel düşmanlı olma ve aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5). Literatürde bu değişkeni inceleyen çalışmaya rastlanmamakla birlikte; çalışmaya dahil edilen hastaların kronik ve sürekli bakım gerektiren bir hastalığa sahip olması ve bağımlılık düzeylerinin yüksek olması nedeni ile her gruptaki bakım verenlerin önceliklerini çocukların bakımından önce hastasının bakımına vermek zorunda kalması, bakım fonksiyonun zorlayıcı özelliğinin, çocuk sayısının az yada çok olmasından değil bu faktörlerden kaynaklanmasından dolayı bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği düşünülebilir.

Mevcut çalışmada sosyal güvence varlığının duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5). Arslantaş ve Adana'nın (2012) yaptığı çalışmada sosyal güvence durumunun bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini etkilemediği tespit edilmiştir. Sınırlı sayıda araştırmanın olduğu bu bulgu için Arslantaş ve Adana'nın (2012) çalışması ile desteklendiği söylenebilir. Bu çalışmada ailedeki birey sayısı değişkeninin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür incelemelerinde de bir çok çalışmada (El-Masri 2011, Arslantaş ve Adana 2012, Mohanty and Kumar 2013) mevcut çalışma ile benzer şekilde ailedeki kişi sayısı veya aile tipinin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini anlamlı şekilde etkilemediği belirlenmiştir.

Mevcut çalışmada gelir düzeyi değişkeninin bakım verenlerin eleştirel düşüncül olma ve aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür incelendiğinde bir çok çalışmada (Arslantaş ve Adana 2012, Li ve Lewis 2013, Li ve Murray 2014, Safavi et al 2017); gelir düzeyi az olan bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin de istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Algönül'ün (2017) ve Bastani ve ark. (2017) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin gelir durumlarının duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Bakım verenlerin çoğunluğunun gelir durumunu orta seviyede tanımlaması ve gelir durumu iyi veya kötü olan bakım verenlerin örneklem sayısının az olmasından dolayı duygu dışavurum düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmada hastanın birinci derece akrabası olan bakım verenlerin duygu dışavurumu akrabası olmayan diğer bakım veren bireylere göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir (Elmasri 2011). Bu çalışmada bakım veren eşlerin EDO ve AİKKO düzeylerinin diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür çalışmaları incelendiğinde pek çok çalışmada (Spruytte et al 2002, Li and Murray 2014, Algönül 2017, Bjorge et al 2017, Mohamed et al 2017, Safavi et al 2017); hastaya yakınlık durumunun bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel

olarak etkilediği, ayrıca bazılarında bakım veren eşlerin EDO, AİKKO veya toplam DDÖ diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise (Sepulveda et al 2010, Carra et al 2012, Bastani et al 2017); hastaya yakınlık durumu değişkeninin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile benzer özellik taşıdığı söylenebilir.

Çalışmada hastalık süresi değişkeninin eleştirel düşmanlık olma ve aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Mohamed ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada hastalık süresi değişkeninin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Yapılan çoğu çalışmalarda da hastalık süresinin bakım verenlerin duygu dışavurumlarını etkilemediği belirlenmiş olup, çalışma sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu gözlenmiştir (Fearon et al 1998, Stanhope et al 2003, Baştuğ 2008, Sepulveda et al 2010, Carra et al 2012, Mohanty and Kumar 2013, Algönül 2017).

Mevcut çalışmada bakım için yardım alma değişkeninin bakım verenlerin eleştirel düşmanlık olma ve aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür incelemelerinde bu değişkenin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeyleri ile karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Buna göre bakım verenlerin bakım konusunda yardım alma durumlarının bakım işlevlerini sadece yardım alma süresi içerisinde kolaylaştırdığını, ayrıca bu durumun bakım verenlerin kronik ve bağımlılık düzeyi yüksek bir hastaya bakma eylemini gerçekleştirmede uzun süreli bir değişim veya kolaylaştırıcılık oluşturmadığını düşünerek değerlendirmiş olabilme ihtimali ele alındığında bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinde anlamlı fark yaratmadığı söylenebilir.

Çalışma kapsamında finansal sorun yaşayan bakım verenlerin, EDO düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, AİKKO düzeylerinin ise istatistiksel olarak daha düşük olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1).Beklenen bir sonuç olan bu çalışma bulgusunun literatür çalışması ile desteklendiği görülmüştür (Arslantaş ve



Adana 2012, Algönül 2017). Finansal sorun yaşayan katılımcıların kendi ihtiyaçlarına ek olarak hastanın da ihtiyaçlarını karşılamak zorunda olması, hasta bakımının getirdiği zorluklar yanında geçim kaygısı da yaşaması ve bakım için ek bir finansal destek alamaması durumlarına bağlı bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin istatistiksel olarak etkilendiği söylenebilir.

El-Masri'nin (2011) yaptığı çalışmada bakım veren aile üyelerinin sosyal ilişkilerden ve toplumdan çekilmek zorunda kalması, yaşadığı sorunlar ile baş edememe, ev içi ihtiyaçların karşılanamaması ve çocuğun bakımı ile ilgilenememe durumlarının duygu dışavurum düzeylerini etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ev yaşantısında değişim olan ve aile içi ilişkilerde değişim yaşayan bakım verenlerin eleştirel düşmanlık olma düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma düzeylerinin ise anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1-2). Literatürde bu değişkenlerin duygu dışavurum ölçeği ile ilişkisinin ele alındığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Buna göre; katılımcıların aile içi ilişkilerin etkilenme nedeni olarak aile içerisinde bakım görevini kendilerinin yürütmek zorunda olmalarını kabullenememeleri ve bu durum için hastalarını da suçlamaları, bireylerin bakım dışında ev içerisinde de görev ve sorumluluklarının olması ve bu sorumluluklarını bakım fonksiyonu ile beraber yerine getirememesi, bu nedenle ev ve aile ilişkilerinde problemler yaşama ihtimallerine bağlı hastalarına karşı daha fazla eleştirel düşmanlık ve daha az ilgili koruyucu kollayıcı olmalarına yol açtığı düşünülebilir.

Çalışma kapsamında bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığı olma değişkeninin katılımcıların EDO ve AİKKO düzeylerinin anlamlı olarak etkilemediği belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Bastani ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin ailesinde psikiyatrik hastalığı olan başka bir hasta olması durumunda, bakım verenlerin istatistiksel olarak daha fazla olumsuz tutum edindiği saptanmıştır. Sınırlı sayıda literatür çalışması olan çalışma bulgusunun bu çalışma ile benzer özellik göstermemesi, kullanılan duygu dışavurum ölçeğinin ve çalışmaya dahil edilen hasta ve bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmada bakım veren katılımcılar bakımda harcadığı zamana bağlı olarak yeterince dinlenememesi, herhangi bir sosyal aktiviteye katılamaması ve hobi edinmemesine bağlı duygu dışavurum düzeylerinin istatistiksel olarak etkilendiğini belirtmiştir (El-Masri 2011). Bu çalışmada hastaya bakma süresi değişkeninin bakım verenlerin EDO ve AİKKO düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Literatür incelemelerinde bir çok çalışmada (Fearon et al 1998, Stanhope et al 2003, Sepulveda et al 2010, Carra et al 2012, Li and Lewis 2013); bakım verenlerin hastaya bakım verme süresinin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Bastani ve ark. (2017) ve BJORGE ve ark. (2017) yaptığı çalışmalarda ise bakım süresi değişkeninin bakım verenlerin EDO, AİKKO veya toplam DDÖ anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmada iş yaşantısında değişim olma değişkeninin duygu dışavurum düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Literatürde bu değişkenin duygu dışavurum düzeyleri ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Buna göre iş yaşantısında değişim durumunun bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilememesi; örnekleme çalışılan birey sayısının ve değişim yaşamayanların sayısının az olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Örneklem sayısının daha fazla olduğu çalışmalarla bu değişkenin gerçek etkisinin belirlenmesi önerilmektedir.

Çalışmada hastalığı olan bakım veren katılımcıların EDO düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ), AİKKO düzeylerini ise istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Algönül'ün (2017) yaptığı çalışmada geçmişte psikiyatrik hastalığı olan bakım verenlerin geçmişte psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre eleştirel düşüncül olma puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da yüksek olduğu, fakat değişkenin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Sınırlı sayıda literatür çalışması olan ve literatür ile benzer olmayan çalışma bulgusu için; hastalığı olan bakım

verenlerin hasta bakımında daha fazla zorlanmaları nedeniyle daha eleştirel ve düşümcül davranışlar sergiledikleri düşünülebilir.

Çalışmada bakım vermeye bağlı ağrı olma değişkeninin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Ayrıca mevcut çalışmada ağrı şiddeti ortalaması arttıkça bakım verenlerin EDO durumlarının da istatistik olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Sadiq ve Suhail'in (2013) yaptığı çalışmada bakım verenlerin fiziksel sağlık sorunları yaşaması durumunun EDO düzeylerini istatistiksel olarak arttırdığı, AİKKO düzeylerini ise istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Bu çalışmanın mevcut çalışmadaki ağrı şiddeti ortalaması değişkeni ile elde edilen bulguyu desteklediği söylenebilir. Bakım vermeye bağlı ağrı olma değişkeni ile elde edilen çalışma bulgusu için; bakım verenlerin ağrı düzeylerini hastalarının hastanede yatış süreleri içerisinde değerlendirmeleri ve bakım fonksiyonlarına bu süre içerisinde ara vermelerinden dolayı ağrı sorununun çok fazla yaşamamış olma ihtimali düşünüldüğünde bu değişkenin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini etkilemediği söylenebilir.

Regil, Kwapil and Vidal'ın (2014) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin bakım vermeye bağlı yaşadığı fiziksel problemler, anksiyete, uykusuzluk ve depresif belirtilerin olması duygu dışavurum düzeylerini anlamlı olarak etkilediği belirlenmiştir. Hamaie ve ark. nın (2016) yaptığı başka bir çalışmada ise psikoz hastalarına bakım veren katılımcılarda bakıma bağlı depresif belirtiler gözlendiği ve depresif belirtiler arttıkça, katılımcıların duygu dışavurum düzeylerinin de anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir hastalığa sahip olan katılımcıların eleştirel düşümcül olma puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Li ve Lewis (2013) ve Sadiq ve Suhail'in(2013) yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin bakıma bağlı sağlık algısındaki değişimlerin EDO ve toplam DDÖ anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. Elde edilen mevcut çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği gözlenmektedir.

Çalışmada bakım vermektten memnun olan bakım veren katılımcıların EDO düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Beklenen bir sonuç olarak gözlenen çalışma bulgusunun literatür ile benzer olduğu saptanmıştır. Bu duruma göre Li ve Murray'ın (2014) yaptığı çalışmada memnuniyet düzeyi düşük olan bakım verenlerin aynı zamanda duygu dışavurum düzeylerinin de yüksek olduğu, duygu dışavurum düzeyleri yüksek olan bakım verenlerin %90'ının düşmancıl tutum edindiği tespit edilmiştir.

Mevcut çalışmada daha önce başka birine bakım verme durumu, hastanın kaldığı klinik türünün bakım verenlerin EDO ve AİKKO durumlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği gözlemlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Literatür taramalarında daha önce başka birine bakım verme ve klinik adı değişkenleri ile bakım verenlerin duygu dışavurum düzeyleri ile ilişkisini inceleyen bir çalışma ile karşılaşılmadı. Daha önce bakım deneyimi olmayanların istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha eleştirel düşmancıl oldukları ve daha aşırı ilgili koruyucu kollayıcı davranışlar sergiledikleri belirlendi. Bu durum bakım verme rolüyle ilk defa karşılaşmaları ve yaşadıkları sorunlarla deneyimi olan bakım verenlere göre daha zor baş etmelerine bağlı olabilir. Palyatif bakım hastalarının genellikle hastalıklarının ileri düzeyde olması ve terminal dönem hastalarından oluşması nedeniyle bakım verenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da daha aşırı ilgili koruyucu kollayıcı davranışlar göstermesine neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada klinikte kalınan sürenin bakım verenlerin aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği ( $p>0,05$ ), ancak klinikte kalınan süre ortalaması arttıkça eleştirel düşmancıl olma düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Literatür incelemelerinde çoğu çalışmalarda (Baştuğ 2008, Carra et al 2012, Mohanty and Kumar 2013, Mohamed et al 2017); hastanın hastaneye yatış sayısı değişkeninin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Wang, Chan and Yang'ın (2017) yaptığı çalışmada hastanın tekrar hastaneye yatış oranının fazla olması bakım verenlerin DDÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Klinikte kalınan süre ortalaması arttıkça EDO düzeylerinin azalmasının

dikkat çeken bir sonuç olduğu gözlenmektedir. Bu durumun nedeninin, bakım veren katılımcıların hastasının klinik de sürekli gözlem altında tutulması, ilaçlarının ve gerekli ihtiyaçlarının sağlık personellerince karşılanması, doktor ve hemşirelere daha kolay ulaşabilmesine bağlı kendisine düşen bakım görevinin ve bakım yükünün azalmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Mevcut çalışmada hastanın cinsiyetinin bakım verenlerin EDO düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği ( $p>0,05$ ), ancak erkek hastalara bakım veren katılımcıların AİKKO düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 7). Literatür taramalarında çoğu çalışmada (Fearon et al 1998, Stanhope et al 2003, Arat 2006, Baştuğ 2008, Sepulveda et al 2010, Carra et al 2012, Li and Lewis 2013, Parija et al 2016, Mohamed et al 2017); hasta cinsiyetinin bakım verenlerin EDO veya toplam DDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda ise; (Spruytte et al 2002, Arslantaş ve Adana 2012, Bjorge et al 2017) hastanın cinsiyet değişkeninin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Buna göre eleştirel düşmanlık olma alt boyutu ile elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği gözlenmektedir. Mevcut çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun kadınlardan, bakım verilen hastaların ise eş, baba veya oğuldan oluştuğu ve kadınların toplumun kültür, adet ve gelenekleri gereğince eşe, babaya veya evin büyüklerine saygı gereği bakım vermeyi bir görev ve sorumluluk olarak düşünmesine bağlı bakım verenlerin erkek hastalara aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada medeni durumu evli olan hastalara bakım veren katılımcıların eleştirel düşmanlık olma ve aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma puanlarının medeni durumu bekar olan hastalara bakım veren katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7). Literatür çalışmaları incelendiğinde çoğu çalışmada (Spruytte et al 2002, Arat 2006, Baştuğ 2008, Arslantaş ve Adana 2012, Carra et al 2012, Parija et al 2016); hastanın medeni durum değişkeninin bakım verenlerin EDO, AİKKO veya toplam DDÖ düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği belirlenmiştir. Literatür ile desteklenmeyen çalışma bulgusu için; evli olan hastalara bakım verenlerin genellikle eşleri olması çalışma bulgularımızda yer alan hastaya

yakınlık durumunda da belirtildiği üzere bakım veren eşlerin duygu dışavurumlarının daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmada hastanın yaş ortalaması değişkeninin EDO düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği ( $p>0,05$ ), ancak hastanın yaşı arttıkça bakım verenlerin AİKKO düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 7). Yapılan çoğu çalışmalarda hastanın yaş değişkeninin bakım verenlerin EDO, AİKKO ve toplam DDÖ düzeyini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir (Fearon et al 1998, Stanhope et al 2003, Arat 2006, Sepulveda et al 2010, Carra et al 2012, Mohanty and Kumar 2013, Li and Lewis 2013, Hamai et al 2016, Parija et al 2016, Algönül 2017). Yapılan bazı çalışmalarda (Spruytte et al 2002, Bjorge et al 2017, Mohamed et al 2017); hastanın yaş değişkeninin bakım verenlerin toplam duygu dışavurum düzeylerini etkilediği gözlenirken, Baştuğ'un (2008) yaptığı çalışmada ise hastanın yaşı arttıkça bakım verenlerin AİKKO düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı belirlenmiştir. Mevcut çalışmada hastanın yaşının bakım verenlerin EDO düzeylerini etkilemediği bulgusu, diğer çalışmalarda elde edilen bulgular ile benzer özellik taşıdığı gözlenmektedir. Hastanın yaşı arttıkça bakım verenlerin AİKKO nedeni kültürümüzde yaşlıya saygı duyulması ve daha fazla değer verilmesi olabilir.

Literatür incelemelerinde bir çok çalışmada (Arat 2006, Baştuğ 2008, Li and Lewis 2013, Hamaie et al 2016, Parija et al 2016, Gurak and Mamani 2017, Mohamed et al 2017); hastanın eğitim durumu değişkeninin bakım verenlerin EDO, AİKKO veya toplam DDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Bu çalışmada hastanın eğitim düzeyi değişkeninin bakım verenlerin EDO ve AİKKO düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Arslantaş ve Adana (2012) ve Carra ve ark. nın (2012) yaptığı çalışmalarda ise hastanın eğitim durumunun bakım verenlerin DDÖ düzeyini istatistiksel olarak etkilediği bulunmuştur. Buna göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada alkol kullanma alışkanlığı olan hastalara bakım veren bireylerin EDO düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ), sigara kullanan hastalara bakım veren katılımcıların ise DDÖ düzeylerinin anlamlı olarak etkilemediği belirlendi

( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Satyakam ve Rath'ın (2013) yaptığı çalışmada alkol kullanan hastalara bakım veren aile üyelerinin hastalarına karşı eleştirel yaklaşımda bulunduğu, hastaların alkol kullanma durumlarının aile üyelerinin yüksek duygu dışavurum düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Sepulveda ve ark nın (2010) yaptığı çalışmada ise zararlı madde kullanan hastalara bakım verenlerin DDÖ düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği tespit edilmiştir. Literatür çalışmaları ile kısmen desteklendiği gözlenen çalışma bulgusu için; sigara alışkanlığı olan hastaların hastane ortamında bu alışkanlığını devam ettirememesi bu değişkenin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini etkilememiş olabilir. Alkol kullanma alışkanlığı olan hastaların ise bu alışkanlığından ötürü yoksunluk yaşamaları ve kronik hastalıklarına ek olarak böyle bir durumun bakım verenleri daha fazla sıkıntıya yol açması gibi ihtimaller göz önüne alındığında bu değişkenin bakım verenlerin eleştirel düşmancıl olma düzeylerini arttırdığı düşünülebilir.

Çalışma kapsamında hastanın kendisini ifade edebilme durumunun bakım veren katılımcıların EDO ve AİKKO düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Li and Murray'ın (2014) yaptığı çalışmada tekrarlayan ve anlaşılmayan konuşma şekline sahip ve saldırgan tutumda bulunan demans hastalarına bakım verenlerin %56'sının duygu dışavurum düzeylerinin yüksek düzeyde etkilendiği tespit edilmiştir. Az sayıda literatür çalışması ile karşılaşılan mevcut çalışma bulgusu için, Li ve Murray'ın (2014) çalışması ile uyumlu olmadığı görülmüştür. Bu durumun nedeni olarak; bakım verilen hastaların bağımlılık düzeyinin yüksek olması ve bakım verenlere ihtiyaç duyması, bu hastaların bakım verenlerin aile büyükleri veya eşlerinden oluşması, bakım verenlerin kendilerine ihtiyacı olan hasta yakınlarına karşı fedakarlık ve sevgi duygusu ile yaklaşımının, eleştirel düşmancıl veya aşırı ilgili koruyucu kollayıcı tutumlarından daha önce gelmiş olabileceğini düşünmekteyiz.

Jackson, Wegner and Turnbull (2010) yaptığı bir çalışmada ise duyma bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinin psikolojik sağlıklarını etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada hastanın işitme cihazı veya gözlük kullanma durumlarının bakım verenlerin EDO ve AİKKO düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Kumar ve Lalitha'nın (2013) yaptığı çalışmada işitme engeli olan bir

hastaya bakım veren bireylerin işitme engeli olmayan hastaya bakım verenlere göre istatistiksel olarak daha olumsuz bir tutum edindiği tespit edilmiştir. Literatür çalışması ile uyumlu olmadığı görülen mevcut çalışma bulgusu için; değişkenlerin farklı olması, işitme cihazı veya gözlük kullanan hastaların örneklem sayısının az olması veya hastaların hastane ortamında gözlük veya işitme cihazı gibi yardımcı cihaz kullanamaması nedeniyle bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinde anlamlı bir fark yaratmamış olabilir.

Çalışmada hastaların mobilizasyon için yardımcı cihaz kullanma ve mobilizasyon durumu değişkenlerinin bakım verenlerin DDÖ istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Ayrıca çalışmada hastaların Katz GYA ve Lawton ve Brady EGYA ölçeklerine göre değerlendirilen günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Regil ve ark. nın (2014) yaptığı çalışmada hastanın fonksiyonel durumu azaldıkça bakım verenlerin DDÖ'nün arttığı tespit edilmiştir. Bjorge ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada ise enstrümental günlük yaşam aktivitelerine göre hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin EDO, AİKKO ve toplam DDÖ düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı bulunmuştur. Literatür çalışmaları ile uyumlu olmadığı gözlenen çalışma bulguları için; yardımcı cihaz kullanan ve bağımsız olan hastaların örneklem sayısının az olmasından dolayı bakım verenlerin DDÖ düzeylerinde anlamlı bir fark yaratmadığı düşünülebilir.

Mevcut çalışmada hastanın kliniğe yatış tanısının bakım verenlerin EDO düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği ( $p>0,05$ ), AİKKO düzeylerini ise anlamlı olarak etkilediği belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Yapılan ileri analizde kanser tanısı alan hastalarına bakım verenlerin, KBY ve Alzheimer-Parkinson tanısı alan hastalara bakım verenlere göre AİKKO düzeylerinin yüksek olduğu gözlemlendi. Bu değişkenin DDÖ düzeyleri ile ilişkisini inceleyen bir literatür çalışması ile karşılaşılmamıştır. Buna göre; kanser hastalığının toplum tarafından ölümle özdeşleştirilmesi ve tedavi sürecinin zor ve yan etkilerinin daha fazla olması bakım verenlerin kanser hastalarına karşı daha ilgili koruyucu ve kollayıcı olmalarına neden olmuş olabilir.



Çalışma kapsamında hastaların SVH tanısı alma, KVH tanısı alma, Alzheimer-parkinson tanısı alma, diyalize girme ve kemoterapi/radyoterapi alma süre ortalamalarının bakım verenlerin eleştirel düşümcül olma ve aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olma düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Ayrıca çalışmada hastanın KBY tanı alma süresi arttıkça bakım verenlerin EDO düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Literatür incelemelerinde bir çok çalışmada (Fearon et al 1998, Li and Lewis 2013, Li and Murray 2014, Bjorge et al 2017); hastanın semptom yılı, semptom işlevi ve hastalık süresi gibi değişkenlerin bakım verenlerin EDO, AİKKO veya toplam DDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Elde edilen bulgunun literatür ile kısmen desteklendiği söylenebilir. Arat'ın (2006) yaptığı çalışmada ise hastaların hemodiyaliz süresi uzadıkça bakım verenlerin EDO ve AİKKO düzeylerinin arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. KBY tanı alma süre ortalaması değişkeni ile elde edilen bulguyu desteklemeyen bu literatür çalışması için; bakım verenlerin hastalarının KBY tanısı aldığı ilk yıllarda diyaliz tedavisi almak zorunda olmasını kabullenemeyişi, değişen yaşam koşullarına uyum sürecinde problem yaşamaması ve bu nedenle hastalarına karşı eleştirel düşümcül bir tutum benimsemelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastanın beslenme şeklinin ve tanıya eşlik eden diyabet veya hipertansiyon varlığının bakım verenlerin duygu dışavurumlarını etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2-3). Literatür incelemelerinden elde edilen bulguyu destekleyen bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Hastanın bağımlılık düzeyinin yüksek olması, kronik bir hastalık ve tedaviye sahip olması, bakım verenlerin duygu dışavurum açısından beslenme şekli ve tanıya eşlik eden hastalık varlığında daha önce gelmiş olabilir. Ayrıca bakım verenlerin duygu dışavurum değerlendirmelerini hastalarının yatış süreleri içinde yapması, bu sürelerde hastanın beslenme, diyabet ve hipertansiyon kontrolü ve takibinin sağlık ekibi tarafından yürütülme ihtimali düşünüldüğünde bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinde anlamlı fark oluşturmadığı söylenebilir.

Çalışmada idrar sondası olma, idrar veya gaita inkontinansı olma durumlarının bakım verenlerin duygu dışavurumlarını istatistiksel düzeyde etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 3). Yapılan bir çalışmada inkontinansı ve uyku bozukluğu olan hastaların bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilendiği belirlenmiştir (Li and Murray 2014). Elde edilen çalışma bulgusunun bu literatür çalışması ile uyumlu olmadığını görülmektedir. Mevcut çalışmada inkontinansı olan hastaların mevcut durumunun uzun süredir var olması, bakım verenlerin inkontinans bakımı konusunda deneyim ve pratiklik kazanması, ayrıca inkontinansı olmayan hastaların inkontinansı olan hastalar gibi bezlenmesi ve hijyenik gereksinimlerinin karşılanması, inkontinansı olsun olmasın her iki grubunda bağımlı olması ve her iki grubunda bakım verenlere bakım konusunda ciddi düzeyde ihtiyaç duyması nedeniyle duygu dışavurum düzeylerinde anlamlı fark oluşturmadığı düşünülebilir.

### **5.3. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, DURUMLULUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI**

Bakım veren bireylerin sosyo-demografik özellikleri, bakım verdikleri hastanın klinik durumu, bakım vermede zorlanma, bakım veren bireylerin sosyal destek düzeyi ve kişisel koşulları bakım yükünü arttırmakta, artan bakım yükü verilen bakımın kalitesini düşürmekte, ayrıca bakım veren bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlığını etkileyerek DK ve SK düzeylerini arttırmaktadır (Baltayan 2012, Işık 2015, Arslantaş 2018, Hamza et al 2018).

Kalp yetersizliği olan hastalara bakım veren kadınların DK ve SK puanlarının erkek bakım verenlere göre düşük olduğu, fakat cinsiyetin bakım verenlerin kaygı düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir (Işık 2015). Kanserli hastalara bakım verenlere yönelik yapılan bir çalışmada ise kadın bakım verenlerin DSKÖ düzeylerinin erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur (Alacacioğlu 2007). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada ise Tip-2 Diyabet hastalarına bakım veren kadınların DK ve SK puanlarının erkek bakım verenlere göre yüksek olduğu ve cinsiyetin SK düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği tespit edilmiştir (Anafaroğlu,

Ramazanoğulları, Algün ve Kutanis 2012). Bu çalışmada bakım veren kadınların DK ve SK puanlarının bakım veren erkeklere göre yüksek olduğu ve değişkenin bakım verenlerin SK düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Literatür taramaları incelendiğinde çoğu çalışmalarda (Hooker, Manoogian-O'Dell, Monahan, Frazier and Shifren 2000, Gaston-Johansson, Lachica, Fall-Dickson and Kennedy 2004, Mystakidou et al 2013, Pagani et al 2014, Ugalde, Krishnasamy and Schofield 2014, Zincir ve ark 2014, Miaskowski et al 2015, Leibach, Stern, Arelis, İslas and Barajas 2016, Nipp et al 2016, Sarıtaş ve Büyükbayram 2016); bakım verenlerin cinsiyet değişkeninin DK ve SK düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenirken, bazı çalışmalarda ise (Kuşcu ve ark 2009, Iavarone, Ziello, Pastore, Fasanaro and Poderico 2014, Wolanczyk et al 2014, Sarıtaş ve Işık 2017); cinsiyet değişkeninin bakım verenlerin DK ve SK düzeylerini etkilemediği tespit edilmiştir. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça DK ve SK düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Literatür taramaları incelendiğinde çoğu çalışmalarda; (Doğru ve Arslan 2008, Kuşcu ve ark 2009, Commodori 2010, Baltayan 2012, Fischer et al 2012, Mystakidou et al 2013, Iavarone et al 2014, Ugalde et al 2014, Aran 2015, Verez Cotelo et al 2015, Arriage and Pacheco 2016, Leibach et al 2016) yaş değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenirken, bazı çalışmalarda ise; (Işık 2015, Miaskowski et al 2015, Nipp et al 2016, Sarıtaş ve Işık 2017) bakım verenlerin yaş değişkeninin DSKÖ düzeylerinde anlamlı fark oluşturduğu tespit edilmiştir. Literatürde mevcut çalışmadaki bu sonucu destekleyen çalışmalar olduğu kadar, desteklemeyen çalışmaların da olduğu gözlenmiştir. Bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça kendi sağlık sorunlarının artması, hastasına verdiği bakım nedeniyle kendi sağlık sorunlarını ihmal etmesi, doktor randevularını kaçırmaması, tedavilerini ertelemesi ve bu duruma bağlı mevcut sağlık durumunun daha da kötüleşmesi ve bu nedenle hastalarına etkili bir bakım verip veremedikleri konusunda endişe yaşamaları bakım verenlerin durumluluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerini arttırmış olabilir.

Akmeşe, Yüzer, Altınok ve Özgirgin'in (2015) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ilkokul olan ve hemipleji hastalarına bakım veren bireylerin eğitim durumu değişkeninin kaygı düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde; Doğru ve Arslan (2008), Commodori (2010) Anafaroğlu ve ark. (2012), Baltayan (2012), Mystakidou ve ark. (2013), Wolanczyk ve ark. (2014), Verez Cotelo ve ark. (2015), Miaskowski ve ark. (2015), Leibach ve ark. (2016), Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2017) yaptığı çalışmalarda da bakım verenlerin eğitim düzeyinin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmada bakım verenlerin öğrenim durumu azaldıkça DK ve SK düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, anlamlılığı yaratan grubun okuryazarlar olduğu, öğrenim durumu okuryazar olan bakım verenlerin lise ve üniversite mezunlarına göre DK ve SK düzeylerinin yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Literatür taramaları incelendiğinde bazı çalışmalarda (Alacacıoğlu 2007, Kuşcu ve ark 2009, Çirpar ve ark 2010, Fischer et al 2012); eğitim durumu okur yazar ve ilkokul olan bakım verenlerin DSKÖ puanlarının üniversite mezunu bakım verenlere göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Literatür çalışmaları ile desteklenmeyen çalışma bulgusu için; eğitim durumu düşük olan bakım verenlerin hastasının hastalığı, bakımı, tedavisi ve semptom yönetimini yeterince anlayamaması, yeterli bilgiye sahip olmadığı için bakım işlevini etkili bir şekilde verememesi, istihdam durumlarının yetersiz olması nedeniyle gelir düzeyinin az olması ve ekonomik sıkıntı yaşamaları, eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin daha çok ev hanımlarında oluşması ve sosyal destek düzeylerinin de kısıtlı olmasına bağlı bakım verenlerin durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Çalışma kapsamında, çalışmayan bakım verenlerin DK ve SK puanlarının çalışan bakım verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Anafaroğlu ve ark. (2012), Wolanczyk ve ark. (2014), Işık (2015), Miaskowki ve ark. (2015) ile Sarıtaş ve Işık'ın (2017) yaptığı çalışmalarda çalışma durumu değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerinde istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı belirlenmiştir. Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2016) yaptığı çalışmada ise çalışmayan bakım verenlerin, çalışan bakım verenlere göre SK düzeylerinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmayan bakım veren

bireylerin çalışmamaya bağlı maddi gelir sağlayamaması, yetersiz gelir nedeniyle bakım verdikleri hastasının ihtiyaçlarını karşılayamaması ve bakım sürecine çalışan bakım verenlere göre daha fazla katılması nedenlerine bağlı bakım verenlerin durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Baltayan'ın (2012) yaptığı çalışmada yaşlı hastasına bakım veren evli kadınların bekar bakım verenlere göre DK ve SK düzeylerinin yüksek olduğu ve medeni durum değişkeninin bakım verenlerin SK düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. Gaston-Johansson ve ark. nın (2004) yaptığı çalışmada da benzer şekilde bakım verenlerin medeni durum değişkeninin DK düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği bulunmuştur. Bu çalışmada bakım verenlerin medeni durum değişkeni ile DSKÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5). Literatür taramaları incelendiğinde; Alacacıoğlu (2007), Kuşcu ve ark. (2009), Anafaroğlu ve ark. (2012), Mystakidou ve ark. (2013), Işık'ın (2015), Sarıtaş ve Büyükbayram (2016), Sarıtaş ve Işık'ın (2017) yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin medeni durum değişkeninin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Literatürde medeni durum değişkeninin bakım verenlerin kaygı düzeylerini etkilemeyen çalışmaların daha fazla olduğu ve bu nedenle literatür ile benzer özellik taşıdığı söylenebilir.

Çalışma da çocuk sayısı değişkeninin DK durumlarını istatistiksel olarak etkilemediği ( $p>0,05$ ), SK durumlarını ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği ( $p<0,05$ ) ve üçten fazla çocuk sahibi olan bakım verenlerin hiç çocuk sahibi olmayan bakım verenlere göre SK durumlarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 5). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Doğru ve Arslan'ın (2008) yaptığı çalışmada da çocuk sayısının DK düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Miaskowski ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada da benzer şekilde bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumunun DK düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği, SK düzeylerini ise istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Baltayan'ın (2012) yaptığı çalışmada ise üç çocuk ve üzeri çocuk sahibi olan bakım verenlerin DK ve SK düzeylerinin bir çocuk sahibi bakım verenlere göre yüksek olduğu ve SK düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Elde edilen çalışma sonucunun literatür bilgisi ile desteklenmektedir.

Büyükbayram (2014) ile Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2016) yaptığı çalışmalarda sosyal güvence varlığı olan bakım verenlerin sosyal güvence varlığı olmayanlara göre DK ve SK düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada sosyal güvence varlığının bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5). Aktürk'ün (2012) yaptığı çalışmada sosyal güvence varlığının Dk ve SK düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Sınırlı sayıda literatür çalışmasına rastlanılmış olup elde edilen bulgunun literatür ile desteklenmediği görülmüştür. Bakım verenin sağlık sigortası olması durumu kronik bir hastalığı olan bireye bakım vermede yeterli olmaması, hastanın bakım malzemelerine, ilaçlarına ve tedaviye sürekli ihtiyaç duyması nedeniyle ekonomik sıkıntılarının fazla olması, bakım verenlerin sosyal güvencesi olması fark etmeksizin kronik bir hastaya bakım vermenin her iki grup için de fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan zorlayıcı olmasına bağlı durumluluk ve kaygı düzeylerinde fark oluşturmadığı düşünülebilir.

Mevcut çalışmada ailedeki birey sayısı değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini etkilemediği gözlemlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Bahadır ve Kurucu'nun (2015) yaptığı çalışmada ailedeki birey sayısı arttıkça DK düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı belirlenmiştir. Literatürde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılan çalışma bulgusu için; çalışma kapsamındaki bakım verenlerin ailedeki birey sayısının fazla olması durumunun bakım verenler açısından bir avantaj oluşturması, diğer aile üyelerinin bakım verene yardımcı olması ve bu sayede görev ve sorumluluklarını azaltması, aynı zamanda bakım verenlere sosyal destek sağlaması; bunun dışında ailedeki birey sayısı az olan bakım verenlerin ev içi ve aile içi görevlerinin fazla olmaması ve sadece bakımla ilgilenmesi gibi nedenlerden dolayı iki grubun bakım verenlerinin kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark yaratmadığı düşünülebilir.

Leibach ve ark. (2016) ile Alacacıoğlu'nun (2017) yaptığı çalışmalarda gelir düzeyi arttıkça DSKÖ düzeylerinin azaldığı, fakat gelir düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada gelir düzeyi iyi olanların DK ve SK düzeylerinin gelir düzeyi orta ve kötü olanlara göre daha düşük olduğu ve gelir düzeyi değişkeninin DSKÖ alt boyutlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği

saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Doğru ve Arslan (2008), Baltayan'ın (2012) ile Aran'ın (2015) yaptığı çalışmalarda çalışma bulgusu ile benzer şekilde gelir düzeyinin DSKÖ düzeylerini etkilediği tespit edilmiştir. Bu duruma göre çalışmadan elde edilen bulgunun literatür ile benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastaya yakınlık durumunun DK ve SK düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği ve hastaya bakım veren eşlerin durumluluk kaygı düzeylerinin hastaya bakım veren kardeşlerine göre yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Ayrıca hastaya bakım veren eşlerinin SK düzeylerinin hastaya bakım veren kardeşleri, kızları ve oğullarına göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Mevcut çalışmayla benzer şekilde; Mystakidou ve ark. (2013), Işık'ın (2015), Nipp ve ark. (2016) ile Sarıtaş ve Işık (2017) çalışmasında ise hastanın eşi ve oğlu olan bakım verenlerin DK ve SK puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Alacacıoğlu (2007), Anafaroğlu ve ark. (2011) ile Baltayan'ın (2012) yaptığı çalışmalarda ise bakım veren eşlerin DSKÖ puanlarının yüksek olduğu, fakat istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Mevcut çalışma sonucuyla literatür çalışmaları ile benzer olduğu, diğer çalışmalarda yakınlık durumunu kaygı düzeylerini istatistiksel olarak etkilemese de bu çalışmada olduğu gibi eşlerin kaygı durumlarının daha yüksek olduğu, bu açıdan değerlendirildiğinde çalışma sonuçlarını desteklediği söylenebilir.

Çalışma kapsamında hastaların hastalık süresi ile kaygı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda bir ilişki olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür taramaları incelendiğinde; Tremont ve ark. (2006), Alacacıoğlu (2007) ile Iavarone ve ark. nın (2014) yaptığı çalışmalarda hastaların hastalık süresi değişkeninin bakım verenlerin kaygı düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Literatür taramalarında hastalık süresi değişkeninin bakım verenin DSKÖ düzeylerini etkilediğini gösteren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Elde edilen çalışma bulgusunu literatür ile benzer özellik göstermektedir.

Baltayan'ın (2012) yaptığı çalışmada bakım görevini başka biri ile paylaşan bakım verenlerin DK ve SK düzeylerinin bakım görevini başkası ile paylaşmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada

bakım için yardım alanların DK ve SK düzeylerinin bakım için yardım almayanlara göre düşük olduğu ve değişkenin bakım verenlerin DK düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Sınırlı sayıda literatür çalışması ile karşılaşılan çalışma bulgusunun Baltayan'ın (2012) çalışması ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmada finansal sorun yaşayan bakım verenlerin Dk ve SK düzeylerinin finansal sorun yaşamayan bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Beklenen bir sonuç olan bu bulgu için yapılan literatür taramalarında Aktürk'ün (2012) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin ekonomik durumu azaldıkça DK ve SK düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı saptanmıştır. Calderon ve ark. nın (2010) çalışmasında ise bakım veren ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerinin DK ve SK düzeylerini etkilemediği tespit edilmiştir. Bakım verenlerin ekonomik gelirinin az olması, sürekli bakım, tedavi ve takip gerektiren bir hastaya sahip olması nedeniyle giderlerinin yüksek olması, herhangi bir kişi veya kurumdan maddi destek almaması gibi nedenlerden dolayı durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Baltayan'ın (2012) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin kendisine, çocuklarına yeterince vakit ayıramama ve arkadaşları ile görüşme değişkenlerinin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği belirlenmiştir. Büyükbayram'ın (2014) yaptığı çalışmada da benzer şekilde bakım nedeniyle aile ve iş yaşantısında değişiklik olma durumunun bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmada ev yaşantısında değişim yaşayan bakım verenlerin DK düzeylerinin, aile içi ilişkilerde değişim yaşayan bakım verenlerin ise hem DK hem de SK düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1-2). Bakım verenlerin ev ve iş yaşantısındaki değişim durumlarının DSKÖ düzeylerini etkilediğine yönelik bir literatür çalışması ile karşılaşılmamıştır. Beklenen bir durum olan çalışma bulgusu için; bakım nedeniyle bakım verenlerin ev içi ve aile içi görev ve sorumluluklarını aksatması veya hiç yerine getirememesi, bakım ve tedavi masrafları nedeniyle ekonomik sıkıntı yaşaması, hastaya bakım verme görevinin ailede bir kişiye yüklenmesi ve diğer aile



üyelerinin bakıma destek konusunda kayıtsız kalması ve bu yüzden aile içinde sadece bakım veren bireyin olumsuz durumlar ile karşı karşıya kalması gibi nedenlerden dolayı bakım verenlerin kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı düşünülebilir.

Mevcut çalışmada bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığının katılımcıların DK ve SK düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Miaskowski ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada da çalışma bulgusu ile benzer şekilde bakmakla yükümlü başka kişi varlığı olma değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık yaratmadığı belirlenmiştir.

Çalışmada hastaya bakma süresi değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 1). Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada da (Kuşçu ve ark 2009, Baltayan 2012, Büyükbayram 2014, Ugalde et al 2014, Verez Coteló et al 2015, Işık 2015, Leibach et al 2016, Sarıtaş ve Büyükbayram 2016); hastaya verilen bakım süresinin, bakım verenlerin DSKÖ düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Sansoni, Vellone ve Piras (2004) ile Alvarez ve Fajardo'nun (2018) yaptığı çalışmalarda ise hastaya bakım verme sürelerinin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun literatürdeki bir çok çalışma bulgusuyla uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Baltayan'ın (2012) yaptığı çalışmada bakım nedeniyle mesleğini bırakmak zorunda olan bakım verenlerin DK ve SK puanlarının mesleğini bırakmak zorunda olmayan bakım verenlere göre yüksek olduğu, fakat istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada da iş yaşantısında değişim olma değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2016) yaptığı çalışmada da mevcut çalışma bulgusu ile benzer şekilde iş yaşantısında yaşanan değişimin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Sınırlı sayıda literatür çalışması ile karşılaşılan çalışma bulgusu için; çalışan bakım veren örneklem sayısının az olması ve bu duruma bağlı iş yaşantısında değişim yaşayan bakım veren sayısının da az olmasında

dolayı bakım verenlerin kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı fark yaratmadığı düşünülebilir.

Çalışmada hastalığı olan bakım verenlerin DK ve SK puanlarının hastalığı olmayan bakım verenlere göre yüksek olduğu ve değişkenin katılımcıların SK düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Büyükbayram (2014), Işık (2015) ile Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2016) yaptığı çalışmalarda hastalığı olan bakım verenlerin DK ve SK puanlarının hastalığı olmayan bakım verenlere göre yüksek olduğu ve bakım verenlerin SK düzeylerini anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir. Wolanczyk ve ark. nın (2014) yaptığı başka bir çalışmada ise bakım verenlerin bir hastalığa sahip olma durumunun DSKÖ düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Elde edilen bulgu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Mevcut çalışmada bakım vermeye bağlı ağrısı olan bakım verenlerin DK ve SK puanlarının bakım vermeye bağlı ağrısı olmayanlara göre anlamlı derece yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Ayrıca bakım verenlerin ağrı şiddeti ortalaması arttıkça DK ve SK düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 2). Yapılan üç farklı çalışmada da (Baltayan 2012, Kaçmaz ve Barlas 2014, Leibach et al 2016); bakım vermeye bağlı ağrı yaşayan bakım verenlerin DSKÖ düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı bulunmuştur. Literatür taramalarında bakım verenlerin ağrı yaşama durumunun DSKÖ düzeylerini etkilemediğine dair bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu duruma göre elde edilen bulgunun literatür ile desteklendiği söylenebilir.

Çalışmada bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir hastalığa sahip olan bakım verenlerin DK ve SK puanlarının bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir hastalığa sahip olmayan bakım verenlere göre yüksek olduğu ve değişkenin bakım verenlerin SK düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Literatür taramaları incelendiğinde; Alverez ve Fajardo'nun (2018) yaptığı çalışmada bakım verenlerin bakım vermeye başladıktan sonra hipertansiyon, diyabet ve kronik gastrit gibi hastalıkların ortaya çıktığı ve bakım verenlerin %67'sinin yüksek düzeyde kaygı yaşadığı tespit edilmiştir. Kaçmaz ve Barlas'ın (2014) çalışmasında

bakım verenlerde bakım vermeye bağlı depresif belirtilerin ortaya çıktığı, yaşam kalitesinin bozulduğu ve bu durumun bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak arttırdığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Sarıtaş ve Büyükbayram (2016) ile Grabler, Weyen, Juckel, Tegethoff ve Mavrogiorgou-Juckel'in (2018) yaptığı çalışmada da mevcut çalışma ile benzer şekilde bakım vermeye bağlı sağlık problemi yaşıyan bakım verenlerin DK ve SK düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonucun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Baltayan (2012), Işık (2015) ve Leibach ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmalar da bakım vermekten memnun olmayan bakım veren bireylerin, bakım vermekten memnun olan bakım verilere göre DSKÖ düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da bakım vermekten memnun olmayan bakım verenlerin DK ve SK puanlarının bakım vermekten memnun olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Sarıtaş ve Işık'ın (2017) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin memnuniyet durumunun DK düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği, SK düzeylerinin ise etkilediği, memnun olmayanların sürekli kaygılarının mevcut çalışmayla benzer şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada daha önce başka birine bakım veren katılımcıların DSKÖ düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Literatürde bu değişkenin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamış olmakla birlikte mevcut çalışmada daha önce başka birine bakım veren katılımcıların örneklem sayısının az olması nedeni ile bakım verenlerin DK ve SK düzeylerinde anlamlı fark oluşturmadığı söylenebilir.

Mackenzie ve ark. nın (2007) yaptığı çalışmada palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin bilişsel fonksiyonlarının bozulduğu, ayrıca DK düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hafif düzeyde yüksek olduğu ancak SK düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada da palyatif bakım ünitesindeki hastaların istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmasa da SK ve DK düzeylerinin yüksek olduğu saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Mevcut çalışma sonucunun literatürle kısmen uyumlu olduğu söylenebilir. Çalışmanın yapıldığı hastanenin uygulamasında genellikle dahiliye1 ve dahiliye 2 kliniklerinde yatan hastaların

gereksinimleri doğrultusunda palyatife sevk edilmesi nedeniyle benzer özellik taşımasına bağlı olarak anlamlı fark oluşturmamış olabileceği kanaatindeyiz.

Çalışmada klinikte kalınan süre ortalaması ile yapılan istatistiksel ölçümlerde, değişkenin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5 Devam 3). Commodori (2010) ile Fischer ve ark. nın (2012) yaptığı çalışmada da hastanın hastanede yatış süresi değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği belirlenmiştir. Az sayıda literatür çalışması olduğu belirlenen çalışma bulgusunun literatür ile paralel özellik gösterdiği söylenebilir.

Mevcut çalışmada hastanın yaş, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin bakım verenlerin DSKÖ düzeyleri üzerinde anlamlı farklığa neden olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Literatür taramaları incelendiğinde bir çok çalışmada (Commodori 2010, Çirpar ve ark 2010, Arın 2015, Penner et al 2015, Arriaga and Pacheco 2016); hastanın sosyo-demografik özelliklerinin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Literatür taramalarında hastanın sosyo-demografik özelliklerinin bakım verenlerin DK ve SK düzeylerini etkilediğini gösteren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada hastasının eğitim düzeyi değişkeninin bakım verenlerin DK düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Fakat çalışmada hastası yüksekokul mezunu olan bakım veren katılımcıların okur yazar olmayan hastalara bakım veren katılımcılara göre SK düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7). Miaskowski ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada hastanın eğitim durumu değişkeninin bakım verenlerin DK ve SK düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulguya benzer şekilde, hastanın eğitim durumu değişkeninin bakım verenlerin SK düzeylerine etkisini gösteren bir literatür bilgisine rastlanılmadı. Yüksekokul mezunu olan hastaların hastalığı hakkında bilinçli olması, tedavi ve bakıma yönelik beklentilerinin yüksek

olması bakım veren katılımcıların bu gereksinimleri karşılamada daha fazla zorlanmaları ve sıkıntı yaşamalarından dolayı SK düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Çalışmada hastaların alkol kullanma alışkanlığı olması durumu bakım verenlerin DK düzeylerini anlamlı düzeyde etkilemezken ( $p>0,05$ ), SK düzeylerini etkilediği ( $p<0,05$ ) belirlendi (Tablo 7). Ayrıca çalışmada hastaların sigara kullanma alışkanlığı olması durumunun DSKÖ düzeyleri üzerinde anlamlı fark oluşturmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Yazar, Depçe, Balaban, İpekçioğlu ve Eradamlar'ın (2017) yaptığı çalışmada alkol ve zararlı madde kullanımı olan hastalara bakım veren katılımcıların DSKÖ düzeylerinin belirgin olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Wolanczyk ve ark. nın (2014) yaptığı çalışmada da alkol kullanma alışkanlığı olan hastalara bakım verenlerin DK düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği saptanmıştır. Sınırlı sayıda literatür araştırması olan çalışma bulgusunun literatür ile kısmen desteklendiği görülmektedir. Alkol kullanımının, sigara kullanımına göre hastaları fiziksel, ruhsal ve davranışsal olarak daha fazla olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle alkol kullanma durumunun bakım verenlerin kaygı düzeyini etkilediği sigara kullanma durumunun ise kaygı düzeyini etkilemediği düşüncesindeyiz.

Çalışmada kendisini ifade edebilme durumunun bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Akmeşe ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada konuşma bozukluğu olan hastalara bakım verenlerin durumluluk kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği tespit edilmiştir. Çirpar ve ark. nın (2010) yaptığı çalışmada da benzer şekilde kendisini ifade edemeyen çocuklara bakım verme durumunun annelerin SK düzeyleri üzerinde anlamlı bir ilişki oluşturmadığı saptanmıştır. Sınırlı sayıda literatür çalışması ile desteklendiği görülen çalışma bulgusu için; kendisini ifade edemeyen hastalar kadar kendisini ifade edebilen hastalarında bağımlılık düzeyinin yüksek olması, kronik bir hastalığa sahip olması, bakım ve tedavi sürecinin zorlayıcı olması ve kendisini ifade edebilen hastalara bakım veren bireylerin en az kendisini ifade edemeyen hastalara bakım verenler kadar ekonomik, fiziksel ve psikolojik açıdan sıkıntı çekmesi nedeniyle DSKÖ düzeyleri arasında anlamlı fark oluşmadığı düşünülebilir.

Çalışmada hastaların işitme cihazı ve gözlük kullanma durumlarının bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Marx, Rodrigues, Marcelo and Vilanova'nın (2011) yaptığı çalışmada hastaların görme ve işitme problemi olması durumlarının bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Literatür çalışması ile kısmen uyumlu olduğu gözlenen çalışma bulgusu için; hastaların bağımlılık düzeyinin yüksek olması, işitme cihazı veya gözlük kullanıp kullanmama durumlarının bağımlılık düzeylerinde bir değişime neden olmaması, ayrıca hastaların hastane ortamında zaten gözlük ve işitme cihazı kullanmaması nedeni ile bakım verenlerin DSKÖ düzeylerinde anlamlı farklılığa yol açmadığı söylenebilir.

Çakaloz ve Kurul'un (2005) yaptığı çalışmada tekerlekli sandalyeye bağımlı olan hastalara bakım verme durumunun aile bireylerinin DK ve SK düzeylerini istatistiksel etkilemediği tespit edilmiştir. Nipp ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada da bağımlılık düzeyi yüksek hastalara bakım veren bireylerin DSKÖ düzeylerinin anlamlı olarak etkilenmediği saptanmıştır. Baltayan (2012), Arriaga ve Pacheco (2016) ile Hamza ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda ise hastanın bağımlılık düzeyinin artması ve yatağa bağımlı olması durumlarının bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak arttırdığı saptanmıştır. Bu çalışmada mobilizasyon için yardımcı cihaz kullanan hastalara bakım verenlerin DSKÖ düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Mevcut çalışmada mobilizasyon için yardımcı cihaz kullanmayan hastaların tümü yatağa bağlı mobilize olamayan hastalar oluşu için bakım verenlerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada hastanın Katz GYA ölçeğine göre veya Lawton ve Brady EGYA ölçeğine göre günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun bakım verenlerin kaygı düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 1). Literatür incelemelerinde; Hamza ve ark'nın (2018) yaptığı çalışmada hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu arttıkça bakım verenlerin kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı; Tremont ve ark. nın (2006) çalışmasında ise hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun bakım verenlerin kaygı düzeylerini etkilemediği tespit edilmiştir. Literatürde mevcut çalışma bulgusunu destekleyen az

sayıda çalışma ile karşılaşılmıştır. Bu durumun nedeni olarak bakım verenlerin, kaygı düzeylerini hastasının hastanede yatış süresi içerisinde değerlendirilmesi ve hastası için acil bir durum olduğunda sağlık personellerinin var olduğunu düşünmesi, ayrıca hastası ile kendisi dışında sağlık personellerinin de gözetim altında tuttuğunu bilmesi nedeniyle kaygı yaşamamış olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmada kliniğe yatış tanısı değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Baltayan'nın (2012) yaptığı çalışmada da mevcut çalışma ile benzer şekilde hastanın tanısının bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Az sayıda literatür çalışması ile karşılaşılan çalışma bulgusu için; çalışmaya dahil edilen tüm hastaların demans, kanser, parkinson, KBY, SVH ve KVH gibi kronik hastalıklara sahip olması, bu tanıya sahip hastaların benzer şekilde tedavi ve bakım sürecinin uzun ve sürekli olması, ayrıca tüm bakım verenlere sadece sosyal, psikolojik ve fiziksel açıdan değil mali açıdan da ciddi bir külfet oluşturması nedeniyle değişkenin bakım verenlerin DSKÖ düzeyleri üzerinde istatistiksel fark yaratmadığı söylenebilir.

Mevcut çalışmada hastaların SVH tanısı alma, KVH tanısı alma, KBY tanısı alma, diyalize girme, Alzheimer-Parkinson tanısı alma, kanser tanısı alma ve kemoterapi/radyoterapi alma süre ortalamalarının bakım verenlerin DSKÖ düzeyleri ile anlamlı bir ilişki oluşturmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Yapılan çalışmalarda (Tremont et al 2006, Iavarone et al 2014, Verez Cotelo et al 2015); hastalık tanı sürelerinin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Gaugler'in (2010) yaptığı sistematik derlemede ise; çalışmaların çoğunda, inme tanısı alan hastalara bakım verenlerin duygusal, sosyal ve fizyolojik iyilik hallerinin zaman içinde kötüleştiği tespit edilirken, bazı çalışmalarda ise inmeli hastaya bakım verenlerin zaman içerisinde bakım deneyimi kazanması ve duruma adaptasyon sağlaması ile kaygı, stres, depresyon ve bakım için harcanan sürenin azaldığı, sosyal işlevlerin ve evliliklerde ki memnuniyetin arttığı tespit edilmiştir. Alacacıoğlu'nun (2007) yaptığı çalışmada lokal evre kanser hastasına bakım verenlerin DSKÖ puanlarının ileri evre kanser hastalarına bakım verenlere göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı saptanmıştır. Sınırlı sayıda literatür çalışması ile desteklenen

çalışma bulgusu için; tanı alma süresi uzadıkça bakım verenlerin hastanın hastalığına, bakımına, tedavi sürecine ve değişen yaşam koşullarına alışması, karşılaştığı bir problem ile baş edebilme stratejileri geliştirebilmesi, bakım konusunda bilgi, deneyim ve pratiklik düzeylerini iyileştirmesine bağlı hastalık tanısı alma değişkenlerinin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerinde anlamlı bir ilişki oluşturmadığı düşünülebilir.

Çalışmada hastaneye yatış tanısına eşlik eden diyabet varlığı olan hastalara bakım verenlerin DK düzeylerinin anlamlı olarak etkilenmediği, SK düzeylerinin ise istatistiksel olarak yüksek olduğu görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Ayrıca çalışmada hastaneye yatış tanısına eşlik eden hipertansiyon varlığı değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini anlamlı düzeyde etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 2). Marx ve ark. (2011) ile Fischer ve ark. nın (2012) yaptığı çalışmalarda hastanın ek tanı olması durumunun bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini etkilemediği tespit edilmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun az sayıda literatür çalışması ile desteklendiği gözlenmiştir. Tanıya eşlik eden diyabet tanısı olan hastaların sürekli ilaç ve insülin tedavisi almak zorunda olması, günde bir kaç kez kan şekeri takibi yapılması, sonucun yüksek veya çok düşük çıkacağı endişesi oluşturması, bakım verenlerin hastaların hipoglisemi ve hiperglisemi atakları yaşayabileceğini düşünmeleri bakım verenlerin sürekli kaygı düzeylerini arttırmış olabilir.

Arslan, Demir ve Karaduman'ın (2017) yaptığı çalışmada hastaların %50,5'inin oral beslenemediği, %74,8'in yeme ve içme fonksiyonlarında bağımlı olduğu, ayrıca hastaların beslenme tipi ve yeme içme fonksiyonlarında bağımlı olmasının bakım verenlerin DEK ve SK alt boyutlarını istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Martinez-Costa, Calderon, Gomez-Lopez, Borraz ve Pedron-Giner'in (2013) yaptığı çalışmada gastrostomi tüpü ile beslenen hastalara bakım veren bireylerin DK ve SK düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur. Mevcut çalışmada hastanın beslenme şekli değişkeninin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerinde anlamlı fark oluşturmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 3). Elde edilen çalışma bulgusunun literatürle benzer olduğu görüldü.



Çalışmada idrar sondası ve gaita inkontinans varlığı değişkenlerinin bakım verenlerin DSKÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7 Devam 3). İdrar inkontinansı olan hastalara bakım verenlerin ise DK düzeylerinin istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7 Devam 3). Literatür incelendiğinde; Baltayan'ın (2012) yaptığı çalışmada altı bezlenen hastalara bakım verenlerin alt bezlenmesine ihtiyaç duymayan hastalara bakım verenlere göre kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği tespit edilmiştir. Bu çalışmanın elde edilen çalışma bulgusu ile kısmen uyumlu olduğu söylenebilir. Bakım verenlerin idrar inkontinanslı hastalarının sürekli alt temizliğini ve vücut hijyenini sağlamak zorunda olması, hastaların yatak içerisinde çevirme, banyo ve alt temizliği yapılmasının bakım verenler açısından zor olması ve bakım verenlerin hastane ortamında kendisine yardımcı olacak hasta bakıcısı sayısının yetersiz olması durumlarına bağlı DK düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı düşünülebilir.

#### **5.4. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİ İLE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMA SONUÇLARININ TARTIŞILMASI**

Bakım veren bireyler, yaşlıya, hastaya veya engelli bir bireye bakım vermeye bağlı fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyal açıdan zorlanma, yaşam doyumlarında azalma, yaşam kalitelerinde bozulma, memnuniyetsizlik, bakım yükü, kaygı, suçluluk, öfke, umutsuzluk gibi duygusal sonuçlar yaşamakta ve bu faktörler bakım verenlerde depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Savage and Bailey 2004, Brodaty and Donkin 2009, Bademli 2017). Rhee ve ark. a göre (2008) kanser hastalarına bakım verenlerin %67'sinin depresyon riskinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Ambigga Devi, Sherina ve Suthahar'a göre (2005) onkoloji kliniklerinde yatan kanser hastalarına bakım verenlere yönelik yaptığı çalışmada, katılımcılarda depresyon görülme riskinin %29,4 olduğu gözlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise inmeli hastalara bakım veren bireylerin %26,5'inde hafif-orta düzey ve %27,4'ünde ise şiddetli düzeyde depresyon riskinin olduğu tespit edilmiştir (Hu et al 2018). Güçlü, Can, Sezik, Kurnaz ve Bulut'un (2018) yaptığı çalışmada kanser hastalarına bakım verenlerin %43,1'inde depresyon belirtisi olduğu tespit edilmiştir. Medrano ve ark. na göre (2014) Alzheimer bakım

verenlerine yaptığı başka bir çalışmada katılımcıların yaklaşık % 43'ünün depresyon ile uyumlu belirtiler gösterdiği ve bunların % 72'si hafif, % 10'u orta ve % 17'sinde şiddetli depresyon belirtileri olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylere bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada da bakım verenlerin %46,7'sinin depresyon riski taşıdığı belirlenmiştir (Moustafa and Moustafa 2018). Bu çalışmada bakım verenlerin depresif belirtileri incelendiğinde %73'ünün şiddetli düzeyde, %14,4'ünün ise orta düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 4). Çalışmadan elde edilen bulgunun literatürde bulunan araştırmalara göre yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu duruma bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ve çalışmanın bakım alıcılarının alzheimer, kanser, KVH,SVH ve KBY gibi kronik tedavi yönetimi ve yüksek düzeyde bakım gereksinimi duyan dahiliye hastalarından oluşmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmada bakım veren bireylerin cinsiyet değişkeninin BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı etkilemediği ancak kadınların BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6). Literatür taramalarında, bazı çalışmalarda cinsiyet değişkeninin depresyon düzeylerini anlamlı düzeyde etkilediği ve kadın bakım verenlerin depresyon düzeylerinin erkeklere göre yüksek olduğu gözlenirken (Rhee et al 2008, Bambara et al 2009, Yacı 2011, Zincir ve ark 2014, Cabral, Duarte, Ferreira and Santos 2014, Gültekin, Ekinci, Ertürk ve Mirza2017, Ateş ve ark 2018, Hu et al 2018); çoğu çalışmada ise kadın bakım verenlerin depresyon puanlarının erkek bakım verenlere göre yüksek olduğu, fakat cinsiyet değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği gözlenmiştir (Ambigga Devi et al 2005, Çivi, Kutlu ve Çelik 2011, Mazanec et al 2011, Pürlüsoy ve ark 2011, Jaracz et al 2014, Medrano et al 2014, Lou et al 2015, Tuğrul 2015, Ay ve ark 2017, Lacerda, Cirelli, Barros and Lopes 2017, Parker Oliver, Washington, Smith, Uraizee and Demiris 2017, Alfakhri et al 2018, Khan, Pai, Kulkarni and Ramapuram 2018, Karabekiroğlu, Demir, Aker, Kocamanoğlu ve Karabulut 2018, Majeed et al 2018, Petruzza et al 2018, Pucciarelli et al 2018). Çalışmadan elde edilen bulgunun literatür ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir.

Literatür incelemesinde, bakım veren bireylerin yaş ortalaması değişkeninin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir (Ambigga Devi et al 2005, Rhee et al 2008, Babayigit 2009, Pürlüsoy ve ark 2011, Yacı 2011, Diehl-Schmid et al

2013, Cabral et al 2014, Verez Cotelo et al 2015, Lou et al 2015, Tuğrul 2015, Softa, Çelik ve Başbilen 2016, Gültekin ve ark 2017, Lacerda et al 2017, Alfakhri et al 2018, Hu et al 2018, Majeed et al 2018). Bu çalışmada ise bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça BDÖ düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı gözlemlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 6). Çalışma bulgumuzla uyumlu şekilde bazı çalışmalarda da yaş değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeylerini etkilediği görülmüştür (Bambara et al 2009, Lui, Lee, Greenwood and Ross 2012, Parker Oliver et al 2017, Socarras and Gamboa-Delgado 2017, Li, Lin, Xu and Zhou 2018, Moustafa and Moustafa 2018, Petruzzo et al 2018, Pucciarelli et al 2018, Jütten, Mark and Sitskoorn 2019). Literatürde destekleyen çalışmalar olduğu kadar desteklemeyen çalışmalarında olduğu gözlenen çalışma bulgusu için bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça kendi sağlık sorunlarının artması, bakımın getirdiği fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal problemlerle başa çıkmada zorlanma, bakım konusunda destek alamama gibi durumların bakım verenlerde depresif belirtilerin artmasına neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmada bakım verenlerin öğrenim durumu değişkeninin BDÖ düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılık oluşturduğu, lise mezunu bakım verenlerin ilköğretim ve okur yazar olan bakım verenlere göre, üniversite mezunu bakım verenlerin ise okuryazar olanlara göre BDÖ düzeylerinin düşük olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 6). Literatür taramalarında ise bakım veren katılımcıların eğitim düzeyi azaldıkça depresyon puanlarının arttığı, fakat eğitim düzeyi değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir (Rhee et al 2008, Pürlüsoy ve ark 2011, Mazenec et al 2011, Cabral et al 2014, Softa ve ark 2016, Ay ve ark 2017). Farklı yıllarda yapılan birçok çalışmada ise (Sansoni et al 2004, Ambigga Devi et al 2005, Çivi ve ark 2011, Gorji et al 2012, Tel ve Pınar 2013, Guo ve Liu 2015, Lou et al 2015, Tuğrul 2015, Socarras et al 2017, Ustaalioglu ve Acar 2017, Karabekiroğlu ve ark 2018, Li et al 2018, Petruzzo et al 2018, Jütten et al 2019); bakım verenlerin eğitim durumunun depresyon düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan bakım verenlerin bir meslek sahibi olması ve bir iş de çalışmasına bağlı ekonomik refahının yüksek olması, bakım konusunda yardım alması, hastasının hastalığı, hastalık evresi, tedavisi ve klinik

durumunu araştırması, sorgulaması ve öğrenmesi ile bilgi düzeyinin daha yüksek olması gibi durumların bakım verenlerin depresyon düzeylerini azaltabileceği söylenebilir.

Literatürde, bakım verenlerin çalışma durumunun depresyon düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığını gösteren çalışmalar (Rhee et al 2008, Bambara et al 2009, Anaforoğlu ve ark 2011, Mazenec et al 2011, Pürlüsoy ve ark 2011, Yacı 2011, Ambigga Devi et al 2015, Ay ve ark 2017, Lacerda et al 2017, Parker Oliver et al 2017, Karabekiroğlu ve ark 2018, Pucciarelli et al 2018); olduğu gibi çalışma durumunun depresyon düzeylerini anlamlı düzeyde etkilediğini gösteren çalışmalar da (Tuğrul 2015, Ustaalioğlu ve Acar 2017, Alfakhri et al 2018, Li et al 2018) bulunmaktadır. Bu çalışmada da çalışma durumunun bakım verenlerin BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği, çalışmayan bakım verenlerin BDÖ düzeylerinin çalışan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 6). Literatür ile benzer olmayan çalışma sonucu için; çalışmayan bakım verenlerin çalışan bakım verenlere göre daha fazla bakıma katılması, bakımın getirdiği sıkıntılara daha fazla maruz kalması, herhangi bir işte çalışmama nedeniyle gelir kaynağının az olması ve bu nedenle maddi sıkıntı çekme durumlarına bağlı depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışmada medeni durumu değişkeninin bakım verenlerin BDÖ düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı tespit edildi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6). Literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların çoğunda (Rhee et al 2008, Bambara et al 2009, Çivi ve ark 2011, Pürlüsoy ve ark 2011, Yacı 2011, Anafaroğlu ve ark 2012, Ambigga Devi et al 2015, Tuğrul 2015, Softa ve ark 2016, Lacerda et al 2017, Ustaalioğlu ve Acar 2017, Alfakhri et al 2018, Karabekiroğlu ve ark 2018, Moustafa and Moustafa 2018); bakım verenlerin medeni durum değişkeninin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Cabral ve ark. (2014), Zincir ve ark. (2014), Li ve ark. nın (2018) ile Parker Oliver ve ark. (2018) yaptığı çalışmalarda ise; medeni durum değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bazı çalışmalar mevcut çalışma bulgusunu desteklerken bazılarının desteklemediği görülmektedir. Cinsiyet değişkeninin depresyon üzerindeki etkisinin

belirlenmesi için randomize kontrollü veya geniş örneklemlili çalışmalar yapılmasının önemli olacağı kanaatindeyiz.

Ay ve ark. (2017) çalışmasında çocuğı olan ve yaşlı hastalara bakım veren katılımcıların, çocuğı olmayan ve yaşlı hastalara bakım veren katılımcılara göre depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığını. Benzer şekilde Tuğrul'a göre de (2015) bakım verenlerin çocuk sayısı durumunun depresyon düzeyleri üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada ise bakım verenlerin çocuk sayısının BDÖ durumlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediğı, üçten fazla çocuk sahibi olan bakım verenlerin 1-3 arası çocuk sahibi olan ve hiç çocuk sahibi olmayan bakım verenlere göre depresyon düzeylerinin yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Literatür bilgisi tarafından desteklenen bir çalışmaya rastlanılmayan bu bulgu için; bakım verenlerin üç ve daha fazla sayıda çocuk sahibi olması durumunun sorumluluklarının artmasına ve katılımcıların bakım işleviyle beraber bu sorumlulukları da yerine getirmesinin depresyon düzeylerinin yüksek olmasına neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmada sosyal güvencesi varlığı değişkeninin bakım verenlerin BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediğı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6). Hu ve ark. a göre (2018) sağlık masraflarını kendi karşılayan bakım verenlerin depresyon düzeylerinin, sosyal sigortası olan bakım verenlere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatür bilgisi ile benzer olmadığı tespit edilen çalışma bulgusu için, sosyal güvencesi olmayan bakım veren sayısının çok az olması nedeniyle her iki grubun depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark yaratmadığı düşünülebilir.

Yacı'nın (2011) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin %70'inin ailedeki birey sayısının 1-3 kişi olduğu, bakım verenlerin %72,2'sinin depresyon puanlarının 13 ve altı olduğu, ayrıca evdeki birey sayısı değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediğı tespit edilmiştir. Bahadır ve Kurucu'nun (2015) çalışmasına göre ise ailedeki birey sayısı arttıkça bakım verenlerin depresyon düzeylerinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada ailedeki birey sayısı değişkeninin bakım verenlerin BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediğı

saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Sınırlı sayıda araştırma olduğu gözlenen çalışma bulgusu için; çalışmada ailedeki birey sayının fazla olması durumunun bakım verenler açısından dezavantajdan ziyade bir avantaj olması, aile bireylerinin bakım verene yardımcı olması, benzer şekilde ailedeki birey sayısı az olanların da bakım işlevi dışındaki sorumluluklarının ve kendisine düşen aile içi görevlerinin az olması ve bakım vereni zorlamaması nedeni ile gruplar arasındaki depresyon düzeylerinde istatistiksel farklılık oluşturmadığı düşünülebilir.

Çalışmada gelir düzeyi değişkeninin bakım verenlerin BDÖ düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Literatür taramalarındaki araştırmaların çoğunda bakım verenlerin gelir düzeyinin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği (Rhee et al 2008, Yacı 2011, Mazenec et al 2011, Pedron-Giner, Calderon, Martinez-Costa, Borraz Gracia and Gomez-Lopez 2014, Tuğrul 2015, Softa ve ark 2016, Ay ve ark 2017, Majeed et al 2018); bazı çalışmalarda ise bakım veren katılımcıların gelir düzeyi ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel anlamlılık olduğu (Gorji et al 2012, Lacerda et al 2017, Ustaalioğlu ve Acar 2017, Moustafa and Moustafa 2018) tespit edilmiştir. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmada bakım verenlerin hastaya yakınlık durumunun BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği, hastanın bakım veren eşlerinin BDÖ düzeylerinin hastanın bakım veren oğullarına göre yüksek olduğu bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Schulz ve ark. (2004), Tel ve Pınar (2013), Tuğrul (2015), Götze ve ark. (2018), Li ve ark. nın (2018) ile Jütten ve ark. (2019) yaptığı çalışmalarda da mevcut çalışmayla benzer şekilde bakım veren eşlerin depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde bakım verenlerin hasta ile ilişkisinin depresyon düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığını gösteren çalışmalar da bulunmuştur (Rhee et al 2008, Babayiğit 2009, Bambara et al 2009, Çivi ve ark 2011, Pürlüsoy ve ark 2011, Anafaroğlu ve ark 2012, Diehl-Schmid et al 2013, Lou et al 2015, Softa ve ark 2016, Lacerda et al 2017, Parker Oliver et al 2017, Ustaalioğlu ve Acar 2017, Karabekiroğlu ve ark 2018, Hu et al 2018). Literatür ile desteklenen kısıtlı sayıda araştırma olduğu gözlenen çalışma bulgusu için; bakım verenlerin çoğunluğunun

kadınlardan oluşması, literatürde genellikle kadınların bakım veren olsa da olmasa da erkeklere göre depresyon açısından daha riskli olduğu, ayrıca bakım veren kadınlarda bakım yükünün daha fazla görüldüğünün belirtildiği düşünüldüğünde, bakım veren kadın eşlerde depresyon düzeylerinin artmış olabileceği söylenebilir.

Babayiğit'e göre (2009) hastanın hastalık süresinin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Pedron-Giner ve ark. nın (2014) yaptığı çalışmada da benzer şekilde hastanın hastalık süresinin bakım verenlerin depresyon düzeyleri ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Aynı şekilde yapılan; Tremont ve ark. (2006), Gültekin ve ark. (2017), Karabekiroğlu ve ark. (2018), Khan ve ark. (2018) ile Petruzzo ve ark. nın (2018) çalışmalarında da hastalık süresi değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılık yaratmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada da hasta bireyin hastalık süresi değişkeninin bakım veren katılımcıların BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Literatür taramalarında bazı çalışmalarda ise hasta bireyin hastalık süresinin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği gözlenmiştir (Atagün ve ark 2011, Diehl-Schmid et al 2013, Ambigga Devi et al 2015). Literatür değerlendirmesinde çalışma bulgusunun birçok çalışma bulgusuyla paralel olduğu görülmektedir.

Çalışmada bakım için yardım alma değişkeninin katılımcıların BDÖ düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Literatür incelendiğinde çalışmalarda bakım için yardım alma durumunun bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir (Rhee et al 2008, Hudson, Thomas, Trauer, Remedios and Clarke 2011, Pürlüsoy ve ark 2011, Diehl-Schmid et al 2013, Alfakhri et al 2018). Farklı yıllarda yapılan üç çalışmada ise bakım verenlerin yardım alma durumunun depresyon düzeyleri ile istatistiksel olarak ilişkili olduğu saptanmıştır (Bahadır ve Kurucu 2015, Lou et al 2015, Majeed et al 2018). Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile benzer özellik gösterdiği söylenebilir.

Rhee ve ark. a göre (2008) bakım verenlerin %47'sinin bakım maliyetlerinin yüksek olduğu, bakıma bağlı gelir ve birikimlerini kaybeden, ayrıca bakım maliyetleri yüksek olan bakım verenlerin depresyon düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Andre, Cunha, Martins ve Rodrigues (2014), Alfakhri ve ark. (2018), Li ve ark. (2018) ile Shin ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda da; benzer şekilde finansal sorun yaşama değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Diehl-Schmid ve ark. nın (2013) yaptığı başka bir çalışmada ise finansal sorun yaşama değişkeninin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur. Bu çalışmada finansal sorun yaşayan bakım verenlerin BDÖ düzeylerinin finansal sorun yaşamayan bakım verenlere göre istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Beklenen bir sonuç olan çalışma bulgusunun literatür çalışmaları ile uyumlu olduğu saptanmıştır.

Çalışmada ev yaşantısında ve aile içi ilişkilerde değişim yaşayan katılımcıların BDÖ düzeylerinin değişim yaşamayanlara göre istatistiksel olarak yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1-2). Rhee ve ark. nın (2008) yaptığı çalışmada ev yaşantısının değişim olan ve rutin görevlerini yerine getiremeyen bakım verenlerin bireylerin depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Verez Coteló ve ark. a göre (2015) aile işlevselliği azaldıkça bakım veren bireylerin depresyon düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Aynı şekilde; Cabral ve ark. (2014), Guo ve Liu (2015) ile Li ve ark. nın (2018) çalışmasında da aile içi ilişkilerde değişim olan bakım verenlerin depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak etkilendiği belirlenmiştir. Hudson ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada ise aile işleyişindeki değişimin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır. Beklenen bir sonuç olan çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamında bakmakla yükümlü olduğu başka kişi olmayan bakım verenlerin BDÖ düzeylerinin bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığı olan bakım verenlere göre istatistiksel olarak yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Moustafa ve Moustafa'nın (2018) yaptığı çalışmada bakmakla yükümlü olduğu başka biri olan bakım verenlerin depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak etkilendiği saptanmıştır.



Dikkat çeken çalışma bulgusunu destekleyen bir literatür çalışmasına rastlanılmamıştır. Bakmakla yükümlü olduğu başka kişi sorusundan katılımcılar bakım gereksinimi olan kişiyi mi yoksa aile bireylerini mi anladıkları tam açık değildir. Ayrıca bakmakla yükümlü olduğu başka biri olması bireyin bakım ortamından ayrılmasına, dikkatini başka bir yöne vermesine neden olduğu için depresyon düzeyleri daha düşük çıkmış olabilir.

Yapılan bazı çalışmalarda hastaya verilen bakım süresi arttıkça bakım verenlerin depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı tespit edilirken birçok çalışmada (Sanson et al 2004, Khan et al 2016, Sarı 2017, Hu et al 2018, Petruzzo et al 2018, Jütten et al 2019); bakım süresinin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur (Pürlüsoy ve ark 2011, Yacı 2011, Atagün ve ark 2012, Diehl-Schmid et al 2013, Medrano et al 2014, Zincir ve ark 2014, Binbay ve ark 2015, Verez Coteló et al 2015, Lou et al 2015, Softa ve ark 2016, Alfakhri et al 2018). Bu çalışmada da bakım verenlerin hastaya bakma süresi ortalamasının bakım verenlerin BDÖ düzeyleri ile istatistiksel olarak ilişkili olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği belirlenmiştir.

Çalışmada iş yaşantısında değişim olma durumu değişkeninin bakım verenlerin BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği gözlemlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Mazenec ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada bakım verenlerin iş yaşantısında değişim olması durumunun depresyon düzeylerini anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Literatür ile uyumlu olmadığı gözlenen çalışma bulgusu için; örnekleme çalışan bakım veren kişi sayısının ve iş yaşamında değişim olmayan grubun sayı olarak az olmasına bağlı olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı düşünülebilir.

Yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin hastalığının olmasının depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği gözlenmiştir (Rhee et al 2008, Pürlüsoy ve ark 2011, Ay ve ark 2017, Lacerda et al 2017, Karabekiroğlu ve ark 2018). Bu çalışmada hastalığı olan bakım verenlerin BDÖ düzeylerinin hastalığı olmayan bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6

Devam 2). Ustaaliolu ve Acar'ın (2017) yaptığı çalışmada çalışma bulgusu ile benzer şekilde bakım verenlerin hastalığının olması durumunun depresyon düzeylerini anlamlı olarak arttırdığı belirlenmiştir. Literatür taramalarında sınırlı sayıda destekleyen araştırma ile karşılaşılan çalışma bulgusu için; herhangi bir hastalığa sahip olan bakım veren katılımcıların bakım nedeniyle kendi doktor randevularını ertelemesi, hastalığı ile ilgili gerekli tedaviye başlayamaması veya başlasa da bakım görevi nedeniyle tedavisini devam ettirememesi, bu durumun hastalığının semptomlarının daha da kötüleşmesine ve bakım verenlerin bakım görevini yerine getirmede daha fazla zorlanmasına bağlı bakım verenlerin depresyon düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Çalışmada bakım vermeye bağlı ağrısı olan bakım veren katılımcıların BDÖ düzeylerinin ağrısı olmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Ayrıca çalışmada ağrı şiddeti ortalaması arttıkça bakım verenlerin depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Martinez Martin ve ark. (2007) ile Kaçmaz ve Barlas'ın (2014) yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin ağrı yaşamaları durumunun depresyon düzeylerini etkilediği tespit edilirken; Li ve ark. (2018) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin ağrı durumunun depresyon düzeyleri ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Literatürde sınırlı sayıda araştırmanın olduğu çalışma bulgusu için; ağrı olma durumunun bakım verenleri sadece fiziksel olarak değil psikolojik açıdan da etkilemesi, yaşam kalitesinin bozulması, bakım nedeni ile dinlenme periyotlarının az olması, bu durumun ağrı düzeylerini daha fazla etkilemesi ve ayrıca sosyal yaşantılarının da azalmasına bağlı depresyon düzeylerini arttırdığı düşünülebilir.

Rhee ve ark. nın (2008) çalışmasında, genel sağlığını orta ve zayıf olarak ifade eden bakım verenlerin depresyon düzeylerinin genel sağlığını iyi olarak ifade eden bakım verenerlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Hudson ve ark. (2011), Lacerda ve ark. (2017) ile Parker Oliver ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmalarda da bakım vermeye başladıktan sonra sağlığa etkisi veya sağlık algısı kötü olan bakım verenlerin depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir hastalığa sahip olan bakım verenlerin BDÖ düzeylerinin herhangi bir

hastalığa sahip olmayan bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Beklenen bir sonuç olan çalışma bulgusu için; bakım rolünün zor olması, sıkı çalışma ve çaba gerektirmesi, bakım verenlerin ruhsalve fiziksel sağlık durumlarını olumsuz bir şekilde etkileyerek bakım verenlerin depresyon düzeylerini arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmada bakım vermektan memnun olmayan bakım veren katılımcıların BDÖ düzeylerinin bakım vermektan memnun olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Literatür taramaları incelendiğinde; Grobe, Treml ve Kersting'in (2018) yaptığı 20 makalenin dahil edildiği sistematik bir derlemede, bakım verenlerin bakım görevinden duyduğu memnuniyetsizlik durumunun depresyon düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Yacı'nın (2011) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerde bakım rolünün kendi hayatlarını zorlaştırma durumu incelenmiş ve algılanan zorluk düzeyi arttıkça bakım verenlerin depresyon düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı tespit edilmiştir. Schulz ve ark. (2004), Rhee ve ark. (2008), Bambara ve ark. (2009) ile Pino-Casado, Palomino-Moral ve Frias-Osuna'nın (2015) yaptığı çalışmalarda da benzer şekilde hastalara bakım veren bireylerin bakım sürecine bağlı kötü bakım yüküne sahip olması, bakım vermektan rahatsız olması ve bakımdan memnuniyetsizlik duymasının depresyon düzeylerini anlamlı olarak arttırdığı belirlenmiştir. Ay ve ark.nın (2017) çalışmasında ise bakım vermektan memnun olma değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur. İncelenen literatürler değerlendirildiğinde; elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği görülmektedir.

Çalışmada daha önce başka birine bakım verme değişkeninin bakım veren katılımcıların BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Literatür taramalarında değişkenin bakım verenlerin depresyon düzeyleri ile ilişkisini ele alan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Her bakım verme deneyimi farklı bir süreç olarak değerlendirildiğinde ve daha önceki deneyimin ne kadar önce olduğu bilinmediği düşünüldüğünde bu değişken anlamlı fark oluşturmamış olabilir.

Hudson ve ark. (2011) ile Güçlü ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda palyatif bakım hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin yaklaşık yarısının depresif belirtilere sahip olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren katılımcıların BDÖ düzeylerinin dahiliye -1 kliniğinde yatan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Rhee ve ark. nın (2008) çalışmasında da çalışma bulgusu ile benzer şekilde palyatif tedavi gören hastalara bakım verenlerin depresyon düzeylerinin diğer iyileştirici tedavi gören hastalara bakım verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Sınırlı sayıda literatür araştırması olduğu gözlenen çalışma bulgusu literatür ile desteklenmekte, fakat daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmada klinikte kalınan süre ortalaması değişkeninin katılımcıların BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Literatür incelendiğinde hastanede yatma süresinin bakım verenlerin depresyon düzeyleri ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (Rhee ve ark 2008, Gülseren ve ark 2010, Atagün ve ark 2012). Majeed ve ark. nın (2018) yaptığı bir çalışmada ise hastanın hastanede kalma süresinin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastaların cinsiyet durumunun bakım veren bireylerin BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Yapılan çalışmaların çoğunda hastaların cinsiyet farklılığının bakım verenlerin depresyon düzeylerini anlamlı düzeyde etkilemediği gözlenirken (Bambara et al 2009, Pürlüsoy ve ark 2011, Yacı 2011, Zincir ve ark 2014, Lou et al 2015, Kelleher, Tolea and Galvin 2016, Ay ve ark 2017, Parker Oliver et al 2017, Petruzzo et al 2018, Pucciarelli et al 2018); Rhee ve ark. (2008), Diehl-Schmid ve ark. (2013) ile Karabekiroğlu ve ark nın (2018) yaptığı çalışmalarda erkek hastalara bakım veren bireylerin depresyon düzeylerinin kadın hastalara bakım verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Mevcut çalışma sonucunun çalışmaların çoğu ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Zincir ve ark. nın (2014) yaptığı çalışmada hastanın medeni durumunun bakım verenlerin depresyon düzeylerini anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. Ay ve ark. (2017) ile Karabekiroğlu ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda ise hastanın medeni durum değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada hastaların medeni durumunun bakım verenlerin BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği gözlemlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Çalışmada evli ve bekar olan hastaların bağımlılık düzeyleri arasında fark olmadığı (Pearson Ki-Kare Testi=3,411,  $p=0,65$ ), bu nedenle de her iki hasta grubunun da aynı düzeyde ve benzer bakıma gereksinim duyması bakım verenlerin depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak fark oluşturmamış olabilir.

Çalışmada hastanın yaş ortalaması arttıkça bakım verenlerin BDÖ düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı gözlemlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Pürlüsoy ve ark (2011), Yacı (2011) ile Petruzzo ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda hastanın yaş ortalamasının bakım verenlerin depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bambara ve ark. (2009), Zincir ve ark. (2014), Kelleher ve ark (2016) ile Pucciarelli ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda ise mevcut çalışma ile benzer şekilde hasta yaşı değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Literatürde destekleyen olduğu kadar desteklemeyen çalışmalarında olduğu gözlenen çalışma bulgusu için; hastanın yaş ortalaması arttıkça bağımlılık düzeyinin artması, bilişsel ve fonksiyonel durumunun bozulması ve daha fazla tıbbi tedaviye ihtiyaç duymasının bu hastalara bakım veren katılımcılarda depresyon düzeylerini arttırdığı söylenebilir.

Literatürdeki çalışmaların çoğunda, hastanın eğitim durumunun bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir (Pürlüsoy ve ark 2011, Zincir ve ark 2014, Kelleher et al 2016, Ay ve ark 2017). Bu çalışmada da hastaların eğitim düzeyinin bakım verenlerin depresyon düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Tuğrul'un (2015) yaptığı çalışmada ise hastaların eğitim durumunun bakım verenlerin depresyon düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Elde edilen çalışma bulgusu literatür ile benzerdir.

Vaishnavi ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada hastaların alkol bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin aile içi ilişkilerinin ve rutin aile aktivitelerinin bozulduğu, ayrıca bakım verenlerin ekonomik, objektif ve subjektif bakım yüklerinin arttığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada alkol kullanma alışkanlığı olan hastalara bakım verenlerin BDÖ düzeylerinin alkol kullanma alışkanlığı olmayan bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8). Ayrıca çalışmada sigara kullanma alışkanlığı olan hastalara bakım verenlerin de depresyon düzeylerinin sigara kullanma alışkanlığı olmayan hastalara bakım veren bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8). Borges ve ark. (2017), Gandhi, Suthar, Pal ve Rathod (2017) ile Yazar ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmalarda da çalışma bulgusu ile benzer şekilde alkol veya sigara kullanma alışkanlığı olan hastalara bakım verenlerin depresyon düzeylerinin, alkol veya sigara kullanma alışkanlığı olmayan hastalara bakım verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Farklı yıllarda yapılan iki çalışmada (Diehl-Schmid et al 2013, Baykal, Karakurt, Çakır ve Karabekiroğlu 2019) konuşma bozukluğu ve iletişim becerisinde problem olan hastalara bakım verenlerin depresyon düzeylerinin anlamlı derecede etkilenmediği tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada ise kendisini ifade edemeyen hastalara bakım veren katılımcıların BDÖ düzeylerinin kendisini ifade edebilen hastalara bakım verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Beklenen bir bulgu olan çalışma sonucu için; hastaların kendisini ifade edememesi nedeni ile bakım veren katılımcıların hastaları ile etkin bir iletişim kuramaması ve bakım rolünü gerçekleştirilmede daha fazla zorlanması nedeni ile bakım veren katılımcılarda depresyon düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Çalışmada işitme cihazı veya gözlük kullanma durumu ile bakım verenlerin BDÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Khan ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada da araştırma bulgu ile benzer şekilde; hastaların görme düzeyinin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Literatürde sınırlı sayıda çalışma olduğu gözlenen araştırma bulgusu için; hastaların işitme cihazı veya gözlük kullanması durumlarının

bağımlılık düzeylerini iyileştirmemesi ve bu nedenle bakım verenlerin verdikleri bakım miktarı açısından bir farklılık yaratmamasına bağlı bakım verenlerin depresyon düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı söylenebilir.

Çalışmada yatağa bağımlı hastalara bakım veren katılımcıların BDÖ düzeylerinin yardımla mobilize olan hastalara bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Rhee ve ark.(2008) ile Götze ve ark. nın (2018) çalışmalarında fiziksel yeterliliği veya fiziksel işlevselliği kötü olan hastalara bakım verenlerin depresyon düzeylerinin fiziksel durumu daha iyi olan hastalara bakım verenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yacı'nın (2011) yaptığı çalışmada hastaların bağımlılık düzeyleri arttıkça bakım verenlerin depresyon düzeylerinin arttığı, ayrıca günlük yaşamını devam ettirmede hiç yardıma ihtiyaç duymayan hastalara bakım verenlerin yardıma ihtiyaç duyan hastalara bakım verenlere göre depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak daha az olduğu gözlenmiştir. Khan ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada da benzer şekilde hastanın transport, banyo ihtiyacını giderme ve yürümede bakım verene bağımlı olması durumunun bakım verenlerin depresyon düzeylerini arttırdığı bulunmuştur. Diehl-Schmid ve ark. (2013) ile Ay ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmalarda ise hastanın mobilizasyon durumu ile bakım verenlerin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Hastaların bağımlılık düzeyinin yüksek olması, immobilize olması, kendi gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalması ve mobilizasyonda bakım verenlere bağımlı olması bakım verenlerin depresyon düzeyleri arttırdığı ve bu durumun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Mevcut çalışmada hastanın Katz GYA ile Lawton ve Brady EGYA ölçeklerine göre hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça BDÖ düzeylerinin de arttığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Yapılan literatür çalışmaları incelendiğinde hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi arttıkça depresyon düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı belirlenmiştir (Tremont et al 2006, Guo and Liu 2015). Başka bir çalışmada ise hastanın günlük yaşam aktivite düzeylerinin bakım verenlerin depresyon düzeyleri ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (Pino Casado et al 2015). Az sayıda literatür

çalışmasına rastlanılan mevcut çalışma bulgusunun literatür ile benzer olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamında hastanın kliniğe yatış tanısı değişkeninin bakım verenlerin BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Tuğrul (2015) ile Parker Oliver ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmalarda ise hastanın tanısının bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Çalışma bulgusu ile benzer özellikte bir literatür çalışmasına rastlanılmamıştır. Hastaların kliniğe yatış tanıları incelendiğinde Alzheimer, parkinson, SVH, kanser, KBY ve KVH olduğu, bu hastalıklara sahip hastaların bağımlılık düzeylerinin yüksek ve birbirleri ile aynı düzeyde olması, hastalıkların kronik özellikte olması, ekonomik açıdan aileye yüksek maliyet getirmesi ve sürekli ilaç alımı, takip ve tedavi gerektiren hastalıklar olması nedeniyle bakım verenlerin depresyon düzeylerinde istatistiksel farklılığa yol açmadığı söylenebilir.

Çalışmada hastaların SVH, KBY, Alzheimer-Parkinson, kanser tanısı alma, diyalize girme ve kemoterapi/radyoterapi alma süre ortalamalarının bakım verenlerin BDÖ düzeyleri ile ilişkili olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Literatür incelendiğinde, bir çok çalışmada (Tremont et al 2006, Babayiğit 2009, Schoenmakers, Buntinx and De Lepeleire 2009, Yacı 2011, Pürüsoy ve ark 2011, Verez Cotelito et al 2015, Gültekin ve ark 2017, Karabekiroğlu ve ark 2018); inme, KBY, Alzheimer, parkinson, kanser tanısı alma ile diyalize girme ve kemoterapi/radyoterapi alma sürelerinin bakım verenlerin depresyon düzeylerini etkilemediği gözlenirken, bazı çalışmalarda ise (Rhee et al 2009, Pucciarelli et al 2018, Jütten et al 2019) tanı alma süresinin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgunun literatür ile desteklendiği tespit edilmiştir.

49 çalışmanın dahil edildiği sistematik bir derlemede, kalp hastalığı olan bireylerin zamanla semptomlarının arttığı, bakım verenlerin bu semptomları öngörme ve yönetmede problem yaşadığı, hastalık hakkında bilgi eksikliğine bağlı etkili bakım sağlayamadığı, bu durumun daha fazla yorgunluk, sosyal izolasyon ve stres



hissetmelerine neden olduğu, ayrıca bakım verenlerin bilgi eksikliğinin kalp hastalarının klinik durumlarını kötüleştirdiği gözlenmiştir (Clark et al 2016). Petruzzo ve ark. nın (2018) yaptığı başka bir çalışmada ise kalp hastalığı tanısı alanların hastalık süresi değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların KVH tanı alma süresi arttıkça bakım verenlerin BDÖ düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Literatür taramaları incelendiğinde sınırlı sayıda araştırma ile karşılaşılan çalışma bulgusu için; kardiyovasküler tanı alma süresi arttıkça semptomların daha da kötüleşmesi ve bakım verenlerin hastanın bakım yönetiminde yetersiz kalması, sistematik derlemede de belirtildiği gibi bu durumun bakım verenleri sosyal, fiziksel ve ruhsal açıdan daha fazla zorlaması bakım verenlerin depresyon düzeylerinin artmasına neden olduğu düşünülebilir.

Pürüsoy ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada hastanın hastalığına eşlik eden başka bir hastalığının olmasının bakım verenlerde depresif belirtiler oluşturmadığı saptanmıştır. Bambara ve ark. (2009), Karabekiroğlu ve ark (2018) ile Petruzzo ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada da hastanın başka bir hastalığa sahip olması durumunun bakım verenlerin depresyon düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların hastaneye yatış tanısına eşlik eden diyabet veya hipertansiyon varlığı olan hastalara bakım verenlerin BDÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Çalışma bulguları literatürle paraleldir.

Yapılan bir çalışmada hastanın beslenme tipi ve infüzyon şeklinin bakım verenlerin depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır (Pedron-Giner et al 2013). Çalışmada hastanın beslenme şeklinin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği ve parenteral beslenen hastalara bakım veren katılımcıların oral beslenen hastalara bakım verenlere göre BDÖ düzeyleri daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 3). Literatür taramalarında genel olarak bakım verenlerin psikometrik parametrelerinin tek tip beslenen hastalar üzerinden değerlendirildiği çalışmaların olduğu gözlenmiş ve hastaların beslenme şekillerinin kıyaslandığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle parenteral beslenen hastalarda uygulanan invazif yöntemlerin, enteral veya oral beslenen hastalara göre daha fazla komplikasyon

riski oluşturması, komplikasyonların ne zaman ortaya çıkacağının bilinmemesi ve bu yüzden bakım verenlerin hastasını sürekli gözlem altında tutmak zorunda olmasının depresyon düzeylerini arttırdığı söylenebilir.

Yapılan bir sistematik derleme de hastanın bakım talebi arttıca bakım yükünün arttığı ve günlük yaşam aktivitelerinde ki bağımlılık düzeyi arttıca bakım verenlerin daha fazla zorlandığı gözlenmiştir (Leow and Chan 2011). Atagün ve ark. nın (2012) yaptığı çalışmada tuvalet ihtiyaını gidermede bağımlı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve depresyon düzeylerinin tuvalet ihtiyaını kendisi giderebilen hastalara bakım verilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diehl-Schmid ve ark. nın (2013) yaptığı başka bir çalışmada ise; üriner ve gaita inkontinansı olan demans hastalarına bakım veren katılımcıların depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği belirlenmiştir. Bu çalışmada idrar sondası, idrar inkontinansı veya gaita inkontinansı olan hastalara bakım veren katılımcıların depresyon düzeylerinin idrar sondası, idrar inkontinansı veya gaita inkontinansı olmayan bakım verilere göre istatistiksel olarak yüksek olduğu gözlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8 Devam 3). İdrar sondası varlığı, idrar inkontinans varlığı veya gaita inkontinans varlığı olan hastalara bakım verenlerin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu şeklinde elde edilen bulgunun literatür çalışmaları ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

##### **5.5. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI**

Bakım veren bireylerin, hasta ile ilişki düzeyi, hastanın engellilik durumu ve kendi kişisel özellikleri gibi faktörler; ruh sağlığını, fiziksel sağlığını, refahını, yaşam doyumunu, kariyerini ve sosyal ilişkileri etkilemekte, ayrıca sağlık durumlarının ciddi düzeyde bozulması ile bakım verenlerde depresyon ve anksiyete bozuklukları meydana gelmektedir (Savage and Bailey 2004, Brodaty and Donkin 2009, Urizar et al 2014). Karahan ve İslam'ın (2013) yaptığı çalışmada inmeli yaşlı hastalara bakım veren

bireylerin %28'i minimal düzeyde, %52'si hafif düzeyde, %12'si orta düzeyde ve %8'inin şiddetli düzeyde anksiyete belirtisi gösterdiği gözlenmiştir. Aynı çalışmada fiziksel engeli olan çocuğa bakım veren bireylerin %21,7'sinde minimal düzeyde, %56,5'inde hafif düzeyde, %13'ünde orta düzeyde ve %8,7'sinde şiddetli düzeyde anksiyete belirtisi olduğu tespit edilmiştir. Ambigga Devi ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada onkoloji kliniklerinde yatan kanser hastalarına bakım veren bireylerde olası anksiyete görülme prevalansının %48,6 olduğu belirlenmiştir. Hu ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada inmeli hastalara bakım verenlerin %43,9'unda anksiyete belirtilerinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada kanser hastalarına bakım verenlerin %66,7'sin de anksiyete belirtisi olduğu, bunların % 36,7'sinde hafif düzey, % 30,8'sinde orta düzey ve % 32,3'ünde şiddetli düzey anksiyete olduğu gözlenmiştir (Güçlü ve ark 2018). Alzheimer hastalarına bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada ise bakım veren bireylerin %19'unda anksiyete belirtilerinin olduğu saptanmıştır (Medrano et al 2014). Yaşlı bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin % 46,7'sinde anksiyete belirtisi olduğu belirlenmiştir (Moustafa and Moustafa 2018). Bu çalışmada bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin; %88,5'inin şiddetli düzeyde ve %6,3'ünün ise minimal düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 4). Literatür çalışmaları ile karşılaştırıldığında anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, bu durumun nedeninin çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, hastaların farklı kronik hastalıkları olması ve bakım verdikleri hastanın klinik durumunun kötü olması, bağımlılık düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmada kadın bakım verenlerin BAÖdüzeylerinin erkek bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Elde edilen bulgunun literatür bilgisi ile uyumlu olduğu bulunmuştur (Lui et al 2011, Cabral et al 2014, Gültekin ve ark 2017, Sarı 2017, Lacerda et al 2017, Ateş ve ark 2018, Güçlü ve ark 2018, Hu et al 2018, Li et al 2018, Moustafa and Moustafa 2018, Petruzzo et al 2018, Jütten et al 2019). Benzer şekilde; Medrano ve ark. nın (2014) yaptığı çalışmada Alzheimer hastalarına bakım veren kadınların %85'inde anksiyete belirtisi olduğu saptanmıştır. Mazenec ve ark. (2011), Ay ve ark. (2017), Khan ve ark. (2018), Majeed ve ark. (2018) ile Pucciarelli ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda ise bakım

verenlerin cinsiyet değişkeninin anksiyete düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak etkili olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmada bakım veren katılımcıların yaş ortalaması arttıkça BAÖ düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Literatür incelendiğinde bakım verenlerin yaş ortalamasının anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir (Babayiğit 2009, Mazenec et al 2011, Medrano et al 2014, Pedron-Giner et al 2014, Lou et al 2015, Kruithof et al 2016, Gültekin ve ark 2017, Lacerda et al 2017, Parker Oliver et al 2017, Alfakhri et al 2018, Hu et al 2018, Majeed et al 2018, Petruzzo et al 2018, Pucciarelli et al 2018, Waiyaki 2018). Ambigga Devi ve ark. (2015), Bahadır ve Kurucu (2015), Li ve ark. (2018), Moustafa and Moustafa (2018) ile Jütten ve ark. nın (2019) yaptığı çalışmalarda ise çalışma bulgusuna benzer şekilde bakım verenlerin yaşının anksiyete düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde çalışma bulgumuzu destekleyen çalışmalar olduğu kadar desteklemeyen çalışmalarında olduğu çalışma bulgusu için; bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça hastalıkların meydana gelmesi veya var olan hastalıkların semptomlarının yaş ile artması, kendi sağlığı ile bakım nedeniyle ilgilenemeyen bakım verenlerin bakım görevi ile bakım görevi dışındaki sorumluluklarını yerine getirmede daha fazla zorlanması, ayrıca ekonomik düzeyleri ile sosyal destek düzeylerinin genç bireylere göre daha az olması gibi nedenlerden dolayı anksiyete düzeylerini arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmada bakım verenlerin öğrenim durumu değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini anlamlı olarak etkilediği, lise mezunu ile üniversite mezunu olan bakım verenlerin, ilköğretim mezunu veya okuryazar olan bakım verenlere göre BAÖ düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada bakım verenlerin eğitim durumu değişkeninin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir (Mazenec et al 2011, Lui et al 2011, Ambigga Devi et al 2015, Lou et al 2015, Ay ve ark 2017, Lacerda et al 2017, Güçlü ve ark 2018, Karabekiroğlu ve ark 2018, Moustafa and Moustafa 2018, Waiyaki 2018). Bazı çalışmalarda ise bakım verenlerin eğitim durumunun anksiyete düzeyleri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Cabral et al 2014, Hu et al 2018, Li et

al 2018, Petruzzo et al 2018, Jütten et al 2019). Literatürde desteklemeyen araştırmaların olduğu gözlenen çalışma bulgusu için; lise ve üniversite mezunu bakım veren katılımcıların, ilkokul mezunu veya okuryazar olan katılımcılara göre meslek sahibi olmasına bağlı ekonomik refahının iyi olması, sosyal destek düzeyinin yüksek olması, hastasının bakımı konusunda gerekli bilgi düzeyine sahip olması ve problem ile baş edebilme stratejilerini geliştirme açısından daha iyi durumda olması nedeniyle anksiyete düzeylerinin azaldığı söylenebilir.

Bakım verenlerin çalışma durumunun anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği bir çok çalışmada belirlenmiştir (Mazenec et al 2011, Ambigga Devi et al 2015, Kruithof et al 2016, Ay ve ark 2017, Khan et al 2018, Lacerda et al 2017). Bu çalışmada ise çalışma durumu değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeylerinin istatistiksel olarak etkilendiği ve çalışmayan bakım veren katılımcıların BAÖdüzeylerinin alışan bakım verenerlere göre daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Li ve ark. (2018) ile Waiyaki'nin (2018) yaptığı çalışmalarda, çalışma durumu değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır. alışan bakım veren katılımcıların çalışmayanlara göre ekonomik durumunun iyi olması, bakım sürecine daha az katılması ve bakımın getirdiği olumsuz durumlar ile çalışma nedeniyle fazla karşılaşmaması, ayrıca bakım verenlerin iş hayatı sayesinde farklı sosyal ortamlara katılması gibi durumlar nedeni ile katılımcıların anksiyete düzeylerinin azaldığı söylenebilir.

Çalışmada bakım verenlerin medeni durum değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6). Literatürdeoğu çalışmada da bakım verenlerin medeni durum değişkeninin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir (Ambigga Devi et al 2015, Ay ve ark 2017, Lacerda et al 2017, Oliver et al 2017, Alfakhri et al 2018, Güçlü ve ark 2018, Karabekiroğlu ve ark 2018, Moustafa and Moustafa 2018, Waiyaki 2018). Cabral ve ark. (2014) ile Li ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda ise medeni durum değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görölmüştür.

Ay ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada bakım verenlerin çocuk sayısı değişkeninin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur. Bu çalışmada ise; çocuk sayısı değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği ve üçten fazla çocuk sahibi olan bakım verenlerin, hiç çocuk sahibi olmayan veya 1-3 arası çocuk sahibi olan bakım verenlere göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Bakım verenlerin bakım görevini yerine getirme dışında, çocuklarının bakımı ile ilgilenmek zorunda olması, ayrıca çocuk sayısı arttıkça bakım veren katılımcıların sorumluluklarının da artmasına bağlı olarak bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Çalışmada sosyal güvence varlığı değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılık yaratmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).Hu ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada, sosyal sigortası olan bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin sağlık masraflarını kendi karşılayan bakım verenlere göre istatistiksel olarak daha az olduğu tespit edilmiştir. Literatür bilgisi ile benzer olmadığı belirlenen çalışma bulgusu için, sosyal güvencesi olmayan bakım veren sayısının çok az olması nedeniyle her iki grubun anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark oluşmadığı düşünülebilir.

Çalışmada ailedeki birey sayısı değişkeni ile bakım verenlerin BAÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Ailedeki bireylerin sayısı fazla olanların; bakım verenlere yük oluşturmaktan ziyade yardımcı olması, bakım verene sosyal destek sağlaması, ailedeki diğer bireylerin de çalışması ile ekonomik açıdanda daha az sıkıntı yaşamaması, ailede ki birey sayısı az olan bakım verenlerin ise ev içi görevlerinin daha az olması ve sadece bakım görevi ilgilenmesi durumları nedeni ile bakım verenlerin anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamış olabileceği söylenebilir.

Mazenec ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin gelir düzeyinin anksiyete düzeyleri üzerinde anlamlı fark yaratmadığı tespit edilmiştir. Güçlü ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin gelir düzeyinin anksiyete düzeyleri ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Ay ve ark. (2017), Pedron-Giner ve ark. (2017) ile

Lacerda ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmalarda da bakım verenlerin gelir düzeyinin, anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmada ise bakım verenlerin gelir durumu iyi olanların, gelir durumu orta ve kötü olan bakım verenlere göre BAÖ düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Moustafa and Mostafa'nın (2018) yaptığı çalışmada çalışma bulgusuyla benzer şekilde gelir düzeyi az olan bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde kısıtlı çalışma ile desteklenen çalışma bulgusu için; gelir durumu iyi olan bakım verenlerin hastasının bakım masraflarını gelir durumu orta veya kötü olanlara göre daha kolay karşılayabilmesi, ayrıca bakım konusunda yardım alabilme imkanının fazla olması ve bu durum sayesinde sosyal yaşantısına daha fazla devam edebilmesine bağlı olarak bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin azaldığı düşünülebilir.

Çalışmada hastaya yakınlık durumu değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği ve hastaya bakım veren eşlerin BAÖ düzeylerinin hastaya bakım veren oğullarına göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Literatür incelendiğinde bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesinin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur (Babayiğit 2009, Ambigga Devi et al 2015, Lou et al 2015, Götze et al 2016, Lacerda et al 2017, Parker Oliver et al 2017, Güçlü ve ark 2018, Hu et al 2018, Waiyaki 2018). Yapılan bazı çalışmalarda ise bakım veren eşlerin anksiyete düzeylerinin diğer bakım verenlere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Khan et al 2018, Li et al 2018, Jütten et al 2019). Literatürde destekleyen çalışmaların olduğu kadar desteklemeyen çalışmaların da olduğu çalışma bulgusu için; partnerlerinin hasta olması ile bakım veren eşlerin kendilerini yalnız hissetmesi, hastasının bakımı görevini yürütme dışında ailedeki tüm sorumlulukları da tek başına üstlenmek zorunda kalması, ayrıca sosyal destek düzeylerinin hastanın bakım veren oğullarından daha az düzeyde yada hiç olmaması gibi nedenlerden dolayı bakım veren eşlerin anksiyete düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Babayiğit'in (2009) yaptığı çalışmada hastanın hastalık süresinin bakım verenlerin anksiyete düzeyleri ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada hasta bireyin hastalık süresi değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeyleri ile anlamlı bir ilişki

göstermediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada (Ambigga Devi et al 2015, Pedron-Giner et al 2017, Karabekiroğlu ve ark 2018, Petruzzo et al 2018, Toledano ve Rubia 2018) çalışma bulgusu ile benzer şekilde hastanın hastalık süresinin bakım verenlerin anksiyete düzeyleri ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Khan ve ark. (2018) ile Jütten ve ark. nın (2019) yaptığı çalışmalarda ise hasta bireyin hastalık süresi değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği tespit edilmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği görülmüştür.

Çalışmada bakım verenlerin bakım için yardım alma durumlarının BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Hudson ve ark. (2011), Lou ve ark. nın (2015) ile Alfakhri ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin yardım alma durumunun anksiyete düzeyleri üzerinde anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Toledano ve Rubia'nın (2018) yaptığı çalışmada ise yardım alan bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak daha az olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Bademli'nin (2017) yaptığı bir literatür derlemesinde uzun süre bakım veren aile üyelerinin yaşadığı ekonomik problemlerin anksiyeteye neden olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada finansal sorun yaşayan bakım verenlerin BAÖ düzeylerinin finansal sorun yaşamayan bakım verilere göre istatistiksel olarak yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Literatür taramalarında ise Shin ve ark (2017) ile Li ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda finansal sorun yaşayanların anksiyete düzeylerinin daha fazla olduğu belirlenirken, Hudson ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada ise finans durumu değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır. Buna göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile benzer özellik taşıdığı görülmüştür.

Bu çalışmada ev yaşantısında ve aile içi ilişkilerde değişim yaşayan katılımcıların BAÖ düzeylerinin değişim olmayan katılımcılara göre yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1-2). Li ve ark. (2018) yaptığı çalışmada aile işlevselliği iyi olan bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak daha az olduğu tespit edilmiştir.



Hudson ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada ise aile içi ilişkilerin bakım verenlerin anksiyete düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık yaratmadığı bulunmuştur. Aile üyelerinden birinin hasta olması ve yine aile üyelerinden birinin bakım gibi zor bir görevi üstlenmesi, bakım verenlerin yaşamının tüm alanlarında değişikliğe neden olması, sadece bakım verenleri değil ailedeki diğer bireylerinin de bu durumdan etkilenmesi, hastanın tedavi masrafları, ilaç ve bakım malzemesi masraflarının aile ekonomisinin büyük kısmını kapsaması, ev ve ailedeki değişikliklerin bakım verenlerin sosyal desteklerini de azaltması gibi nedenlerin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmada bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığı değişkeni ile bakım veren katılımcıların BAÖ düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu ve bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığı olan bakım veren katılımcıların BAÖ düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Çalışma bulgusunun aksine Moustafa ve Moustafa'nın (2018) yaptığı çalışmada bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığı olan bakım verenlerin olmayanlara göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlgi çeken çalışma bulgusu için; bakım veren katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu kişiden aile bireylerini anlamış olabileceği bu nedenle bakım desteği veya ekonomik destek alma imkanının tek kişiye bakım veren katılımcılara göre daha fazla olması gibi nedenlerle katılımcıların anksiyete düzeylerinin azaldığı söylenebilir.

Çalışmada hastaya bakma süresi değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada (Lou et al 2015, Sarı 2017, Hu et al 2018, Li et al 2018, Moustafa and Moustafa 2018, Petruzzo et al 2018, Jütten et al 2019); bakım süresi arttıkça bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı tespit edilmiştir. Medrano ve ark. (2014) ile Waiyaki'nin (2018) yaptığı çalışmalarda ise bakım süresi değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır. Kısıtlı sayıda araştırma ile desteklendiği gözlenen çalışma bulgusu için; bakım hastalarının kronik bir hastalığa sahip olması ve sürekli bakıma ihtiyaç duymasının bakım süresinin uzunluğundan önce gelmesi, daha az süre bakım verenlerin yeni bir sürece adaptasyonlarının zor olması ve bakım vermede en az uzun

süre bakım verenler kadar güçlük yaşaması, bakım süresi uzun olanların da bakım vermeye bağlı ruhsal, fiziksel, sosyal ve finansal açıdan yaşadığı sıkıntıların ilk dönemlerinden bu yana herhangi bir düzelme olmadan devam etmesi gibi nedenlerden dolayı bakım verenlerin anksiyete düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı söylenebilir.

Mazenec ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada çalışan bakım veren katılımcıların iş verimliliğinde düşüş yaşama durumlarının anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ise bakım verenlerin iş yaşantısında değişim yaşayan katılımcıların BAÖ düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Dikkat çeken bir bulgu olan çalışma sonucu için literatür ile uyumlu olmadığı gözlenmiştir. Çalışmada, iş yaşamında değişiklik yaşamadığını bildirenlerin sayısının az olması, ayrıca şu an iş yaşantısında sorun yaşamasa da bakım sürekliliği nedeniyle iş yaşantısında sorun yaşayabileceği endişesi taşıması anksiyetelerinin yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Bu değişkenin gerçek etkisinin ortaya konması için daha büyük örnekleme sahip çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Ay ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada bakım verenlerin herhangi bir hastalığa sahip olmasının anksiyete düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılığa yol açmadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Lacerda ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada bakım verenlerde hastalık olma değişkeninin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Bu çalışmada bakım veren katılımcıların hastalığı olma durumlarının BAÖ düzeylerini anlamlı düzeyde arttırdığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Karabekiroğlu ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada da bakım veren bireyin medikal bir hastalığa sahip olmasının anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastalığa sahip olan bakım verenlerin; bakım nedeniyle hekim kontrollerini veya muayenelerini ertelemek zorunda kalması, bu durumun bakım verenlerin sahip olduğu hastalığın semptomlarının ve şiddetinin artmasına neden olması, bakımın yorucu ve zorlayıcı özelliğine bakım verenlerin hastalık durumunun da eklenmesi ile bu süreci daha da sıkıntılı hale getirmesi bakım verenlerin anksiyete düzeylerini arttırmış olabilir.

Çalışmada bakım vermeye bağlı ağrısı olan bakım veren katılımcıların BAÖ düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı, ayrıca bakım veren katılımcıların ağrı şiddeti ortalaması arttıkça BAÖ düzeylerinin de anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Li ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada da bakım verenlerin ağrı durumunun anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatürde çok az sayıda araştırma olduğu görülen çalışma bulgusu için; bağımlı hastaların oranının yüksek olması, bu hastalara bakım veren bireylerin hastayı kaldırma, taşıma, tuvalet, giyinme ve banyo vs gibi işlemlerinde kendi fiziksel gücünü kullanması, sürekli, ani ve kontrolsüz yapılan işlevlerin bel, boyun, diz ve vücut ağrılarına neden olması, maruz kalınan ağrının bakım verenlerin yaşamlarını her açıdan etkilemesi nedeni ile bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Çalışmada bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir hastalığa sahip olan katılımcıların BAÖ düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Götze ve ark. (2016), Lacerda ve ark. (2017) ile Parker Oliver ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin bakım vermeye bağlı hastalık olma durumu, fiziksel işlevlerinde azalma veya sağlık algısındaki değişimlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği tespit edilirken; Hudson ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada ise bakım vermeye bağlı hastalık olma değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda (Leow and Chan 2011, Urizar et al 2014, Wit et al 2017); bakım verenlerin bakım nedeniyle uykusuzluk, mide-bağırsak problemleri, halsizlik, yorgunluk, tükenmişlik, stres, kaygı gibi durumları yaşadığı belirtilmektedir. Bu durumun bakım verenlerin sosyal desteklerinin azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve bakım işlevini sürdürmekte zorlanması nedenine bağlı anksiyete düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Ay ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada bakım vermekten memnun olmayan bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Pino Casado ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada da bakım verenlerin memnuniyet durumunun anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmada bakım vermekten memnun olmayan katılımcıların BAÖ düzeylerinin anlamlı

düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmada daha önce başka birine bakım verme değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Literatürde çalışma bu değişkeni inceleyen bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Hastaların kronik bir hastalık sahibi olması, bakımı, tedavisi ve semptom yönetiminde sürekli bakım verene ihtiyaç duyması ve bakım verenlerin bu durumu sağlamak için daha önce başka birine bakım verme deneyiminin kendilerine yeterli gelmemesinden veya her bakım deneyiminin farklı süreçler içermesinden dolayı anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı düşünülebilir.

Çalışmada hastanın kaldığı klinik adı değişkeni ile bakım verenlerin BAÖ düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Literatürde bu değişkenin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamakla birlikte bakım verenlerin hastalarının daha önce de hastane yatışlarının olması, kaldığı kliniklerdeki hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri ile iyi iletişim kurması ve sağlık personellerinden gerekli yardım ve bilgi desteği alabilmesi durumlarına bağlı anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı düşünülebilir. Bu çalışmada klinikte kalınan süre ortalaması arttıkça bakım verenlerin BAÖ düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Majeed ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada bakım verenlerin hastanede kalma sürelerinin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak arttırdığı bulunurken, Toledano ve Rubia'nın (2018) yaptığı çalışmada ise klinikte kalınan süre değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Literatür taramalarında kısıtlı sayıda araştırma olduğu gözlenen çalışma bulgusu için; bakım verenlerin birden fazla hasta ve hasta yakınları ile aynı odada kalması, kendi kişisel hijyenini sağlayamaması, bakım verme ve hareket alanının kısıtlı olması, kliniklerde bakım verenlerin kişisel ve hasta ihtiyacını karşılayacak alanların (ofis, mutfak, mescit vs. gibi) uzak olması veya hiç olmaması ve bu durumların klinikte kalınan süre uzadıkça bakım verenleri olumsuz yönde etkilemesinden dolayı anksiyete düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Çalışmada hastanın cinsiyeti değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Literatür incelendiğinde çalışmalarda (Lou et al 2015, Ay ve ark 2017, Parker Oliver et al 2017, Petruzzo et al 2018, Pucciarelli et al 2018, Waiyaki 2018); hastanın cinsiyetinin bakım verenlerin anksiyete düzeyleri üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Karabekiroğlu ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada ise hastanın cinsiyet değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini etkilediği bulunmuştur. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile benzer özellik gösterdiği görülmüştür.

Ay ve ark. (2017), Karabekiroğlu ve ark. (2018) ile Waiyaki'nin (2018) yaptığı çalışmalarda hastaların medeni durum değişkeni ile bakım verenlerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sarı'nın (2017) yaptığı çalışmada ise evli olan hastalara bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hastanın medeni durum değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada hastanın yaş ortalaması ile bakım verenlerin BAÖ düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Yapılan çoğu çalışmada (Pedron-Giner et al 2012, Lou et al 2015, Gültekin ve ark 2017, Parker Oliver et al 2017, Petruzzo et al 2018, Waiyaki 2018); hastaların yaşlarının bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Pucciarelli ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada ise hastanın yaş değişkeninin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Ay ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada hastanın eğitim düzeyinin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini etkilemediği gözlenmiştir. Bu çalışmada da hastanın eğitim düzeyinin bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Sınırlı sayıda literatür araştırması olan bulgu için; hastaların kronik bir hastalık sahibi olması, tedavi ve bakım işlevlerini sürekli yerine getirmek zorunda olmalarının bakım verenler açısından hastanın eğitim seviyesinden önce gelmesi, ayrıca

hastaların eğitim duruma bakılmaksızın günlük yaşam aktivitelerinde bakım verene bağımlı olmasından dolayı anksiyete düzeylerinde anlamlı fark oluşturmadığı düşünülebilir.

Gandhi ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada alkol bağımlılığı olan erkeklerin eşlerinin %59'unda anksiyete belirtilerinin olduğu ve alkol bağımlılığı olan bireylerin eşlerinin, alkol bağımlılığı olmayan bireylerin eşlerine göre anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların alkol kullanma alışkanlığı olmasının bakım verenlerin BAÖ düzeylerini anlamlı düzeyde arttırdığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Sınırlı sayıda araştırmaya rastlanan çalışma bulgusunun literatür ile benzer olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmada sigara kullanma alışkanlığı olan hastalara bakım veren katılımcıların BAÖ düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Sigara kullanma alışkanlığı olan ve olmayan hastaların bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmaması (Pearson Ki-Kare Testi=2,009,  $p=0,156$ ), bu nedenle sigara kullanmayan hastalara bakım verenlerin en az sigara kullanma alışkanlığı olan hastalara bakım verenler kadar zorlanması nedeniyle bakım verenlerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark oluşturmadığı düşünülebilir.

Çalışmada hastanın kendisini ifade edebilme değişkeninin bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Baykal ve ark. nın (2019) yaptığı çalışmada da çalışma sonucu ile benzer şekilde hastanın konuşma ve iletişim becerisi fonksiyonunun bakım verenin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgunun literatür çalışması ile benzer olduğu görülmüştür.

Çalışmada hastaların işitme cihazı kullanma durumu ile gözlük kullanma durumu değişkenlerinin bakım verenlerin BAÖ düzeyleri üzerinde istatistiksel farklılık yaratmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Literatür incelendiğinde çalışma bulgusunu destekleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu duruma göre hastaların işitme cihazı veya gözlük gibi yardımcı cihazları hastane ortamında kullanmamaları, ayrıca hastaların yemek yeme, banyo yapma, tuvalet gereksinimini ve diğer kişisel

ihtiyaçlarını gidermede bakım verene bağımlı olması durumunun gözlük ve ya işitme cihazı kullanma durumu ile değişmemesine bağlı bakım verenlerin anksiyete düzeylerinde anlamlı farklılık yaratmadığı söylenebilir.

Çalışmada mobilizasyon için yardımcı cihaz kullanan veya mobilizasyon durumu yatağa bağımlı olan hastalara bakım veren katılımcıların BAÖ düzeylerinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Ayrıca çalışmada Katz GYA'ya göre hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlık durumu bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak arttırırken ( $p<0,05$ ), Lawton ve Brady EGYA'a göre hastanın enstrümental günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun bakım verenlerin BAÖ düzeylerini etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Pino-Casado ve ark. (2015) ile Kruithof ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda hastanın bağımlılık düzeyinin yüksek olması durumunun anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği tespit edilmiştir. Ay ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada hastanın bağımlılık düzeyinin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Hastanın mobilizasyon ve bağımlılık düzeylerinin anksiyete düzeylerini etkisini gösteren mevcut çalışma bulgusunun literatür çalışması ile destekleyen ve desteklemeyen çalışmaların olduğu görülmüştür. Bu durumun nedeni olarak çalışmalardaki hasta profili ve bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin farklı olması, hastanın bağımlılık ve mobilizasyon durumlarının farklı ölçek ve yöntemler ile değerlendirilmesinde kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmada hastanın kliniğe yatış tanısının bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Parker Oliver ve ark. nın (2017) yaptığı çalışmada da hastanın tanısının anksiyete düzeylerinde anlamlı fark yaratmadığı tespit edilmiştir. Sınırlı sayıda araştırmaya rastlanan çalışma bulgusunun literatür ile benzer özellik göstermektedir.

Çalışmada SVH, KVH, KBY, Alzheimer-Parkinson ve kanser tanısı alma, diyalize girme, kemoterapi/radyoterapi alma süre ortalamalarıyla bakım verenlerin BAÖ düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yaratmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2).

Literatür incelendiğinde; kanser tanı alma süresi, diyaliz hastalarının hastalık süresi, kardiyovasküler hastalık tanı alma süresi ve parkinson tanısı alma süresinin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır (Babayiğit 2009, Gültekin ve ark 2017, Karabekiroğlu ve ark 2018, Toledano and Rubia 2018, Petruzzo et al 2018). Pucciarelli ve ark. (2018) ile Jütten ve ark. nın (2019) yaptığı çalışmalarda ise inme ve demans hastalık sürelerinin bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastanın hastaneye yatış tanısına eşlik eden diyabet veya hipertansiyon varlığı olması durumunun bakım verenlerin BAÖ düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Petruzzo ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada ek hastalığa sahip hastalara bakım veren bireylerin anksiyete düzeylerinde anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde Karabekiroğlu ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada da hastanın ek hastalık varlığının bakım verenlerin anksiyete düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Elde edilen mevcut çalışma bulgusu literatür ile benzerdir

Çalışmada hastanın beslenme şekli değişkeni ile bakım verenlerin BAÖ düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 3). Martinez-Costave ark. nın (2013) yaptığı çalışmada evde enteral beslenen nörolojik hastalara bakım veren katılımcıların anksiyete düzeylerinin etkilenmediği tespit edilmiştir. Sınırlı sayıda çalışmanın olduğu bulgu için literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastanın idrar sondası varlığı ile gaita inkontinans varlığı olmasının bakım verenlerin BAÖ düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılığa yol açmadığı gözlemlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 3). Hastanın idrar sondası olması ile bakım verenlerin sürekli alt temizliği yapmasına gerek kalmaması, ayrıca hastaların bakım verene bağımlılık düzeyinin yüksek olması ve bu nedenle idrar sondası sayesinde hastanın sürekli tuvalete taşınmak zorunda kalınmaması nedeniyle idrar sondası varlığının bakım verenlerin anksiyete düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı düşünülebilir. Mevcut çalışmada idrar inkontinansı olan hastalara bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel



olarak yüksek olduğu tespit edildi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8 Devam 3). Hastaların parenteral ve oral yol ile sıvı alımının fazla olması, hastalık veya metabolik durumlara bağlı idrar çıkışının çok olması, inkontinansı olan hastaların bağımlılık düzeylerinin daha fazla olması nedeniyle bakım verenlerin sürekli hastasının perine, yatak takımları ve vücut hijyenini sağlamak zorunda kalmasına bağlı anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı düşünülebilir (Özcan ve Kapucu 2014).

#### **5.6. BAKIM VEREN KATILIMCILARIN VE HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİNİN, ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞILMASI**

Bakım veren bireyler de, bakım verme eyleminin bir sonucu olarak; bakım yükü artmakta, bedensel, duygusal ve mali problemler ortaya çıkmaktadır. Bakım verenler üslendikleri bakım sorumluluğu nedeniyle aile, arkadaş, komşu ve diğer akrabaları ile yeterli vakit geçirememekte, gündelik olaylardan, haberlerden ve yaşamdan uzak kalmakta, bakıma fazla zaman harcaması ve gelir düzeyinin azalması ile; sosyal aktivite, spor, eğlence, seyahat, komşularla etkileşim gibi pek çok durumdan yoksun kalmakta, aile ve sosyal çevresindeki ilişkilerinde sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tüm bu nedenlere bağlı olarak, bakım veren bireylerin sosyal destek algısı ciddi düzeyde etkilenmektedir (Savage and Bailey 2004, Urizar et al 2014, Yıldız ve ark 2016).

Çalışma kapsamında bakım veren bireylerin cinsiyet değişkeninin aile desteği ve arkadaş desteği alt boyutlarının anlamlı olarak etkilemediği ( $p > 0,05$ ), özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini ise istatistiksel olarak etkilediği ve erkeklerin özel biri desteği ile toplam sosyal destek düzeylerinin kadınlara göre istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edildi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 6). Literatür taramalarında çoğu çalışmada (Yurtsever ve ark 2013, Uludağ 2014, Shiba, Kondo and Kondo 2016, Nwoke, Onuigbo and Odo 2017, Sibalija, Savundranayagam, Orange and Klooseck 2018); erkek bakım verenlerin kadınlara göre sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Raj, Shiri ve Jangam'ın (2016) yaptığı çalışmada da çalışma bulgusu ile benzer şekilde erkek bakım verenlerin kadınlara göre özel biri desteği düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Thirumoorthy, Devi

ve Thennarusu'nun (2016) kanser hastalarına bakım veren erkeklerin aile destek düzeyleri kadın bakım verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde; Burnette, Duci ve Dhembo'nun (2017) yaptığı çalışmada kanser hastalarına bakım veren erkeklerin, kadınlara göre aile ve arkadaş desteği düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mazenec ve ark. (2011), Karaaslan (2013) ile Pehlivan ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmalarda ise bakım verenlerin cinsiyet değişkeninin algılanan sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır. Benzer şekilde Wong ve ark. nın (2013) yaptığı çalışmada bakım verenlerin cinsiyet değişkeninin algılanan sosyal destek ölçeğinin arkadaş desteği, aile desteği ve özel biri desteği alt boyutlarını istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada (Kuşçu ve ark 2009, Tuna ve Olgun 2010, Yurtsever ve ark 2013, Verez Cotelto et al 2015, Sibaliya 2018, Raj et al 2016); bakım verenlerin yaş değişkeninin aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bu çalışmada bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Bazı çalışmalarda ise (Mazenec et al 2011, Rodakowski, Skidmore, Rogers and Schulz 2012, Karaaslan 2013, Shiba et al 2016); yaş değişkeninin bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Yaşlanma ile elde edilen bulgunun literatür ile benzer olduğu söylenebilir. Yaşlanma ile birlikte genel olarak yalnızlık düzeyinin de arttığı düşünüldüğünde yaş arttıkça sosyal desteğin azalması da beklenen bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır.

Mevcut çalışmada bakım veren bireylerin öğrenim durumu değişkeninin aile desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemezken ( $p>0,05$ ), arkadaş desteği düzeyini istatistiksel olarak etkilediği ( $p<0,05$ ) tespit edildi (Tablo 6). Ayrıca okuryazar ile ilköğretim mezunu olan bakım verenlerin lise ve üniversite mezunu olan bakım verenlere göre arkadaş desteği düzeyinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulundu. Bazı çalışmalarda (Hussein and Khudiar 2013,

Yurtsever ve ark 2013, Verez Cotelolo et al 2015, Türkmen 2015, Sibalija 2018); bakım verenlerin eğitim durumu değişkeninin sosyal destek düzeyleri ile anlamlı olarak ilişkili olduğu saptanırken çoğu çalışmada (Mazanecet al 2011, Karaaslan 2013, Sopal ve Sayin 2013, Uludağ 2014, Pfeifer et al 2014, Preksha and Kaur 2016, Görüş, Kılıç, Elmalı, Tutar ve Takçı 2016, Kuru ve Piyal 2018, Mohammed and Ghaith 2018, Pehlivan ve ark 2018); bakım verenlerin eğitim durumu değişkeninin sosyal destek düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılığa yol açmadığı belirlenmiştir. Ayrıca mevcut çalışma ile benzer şekilde; Thirumoorthy ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin eğitim durumu azaldıkça arkadaş desteği düzeylerinin de istatistiksel olarak azaldığı belirlenmiştir. Buna göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği söylenebilir.

Literatür çalışmaların çoğunda (Mazanec et al 2011, Rodakowski et al 2012, Hussein and Khudiar 2013, Karaaslan 2013, Pfeifer et al 2013, Preksha and Kaur 2016, Mohammed and Ghaith 2018); bakım verenlerin çalışma durumunun sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur. Bu çalışmada bakım verenlerin çalışma durumunun aile desteği düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6). Ayrıca çalışmada çalışan bakım verenlerin arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin çalışmayan bakım verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Kuru ve Piyal'in (2018) çalışmasında ise çalışmayan bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatür ile benzer özellik göstermeyen çalışma bulgusu için; çalışan bakım verenlerin ekonomik durumlarının daha iyi düzeyde olması, çalışma nedeniyle bakım eylemine daha az katılması ve iş yaşamında bulunmalarından dolayı arkadaş edinme ve sosyal aktivitelere katılma imkanlarının daha fazla olmasından dolayı çalışan bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı düşünülebilir.

Çalışma kapsamında bakım verenlerin medeni durumunun; aile desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak etkilemediği ( $p>0,05$ ), ancak evli olan bakım verenlerin arkadaş desteği düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Thirumoorthy ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada evli olan bakım

verenlerin arkadaş desteği düzeylerinin bekar olanlara göre istatistiksel olarak daha az olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca birçok çalışma (Hussein and Khudiar 2013, Karaaslan 2013, Preksha and Kuar 2016, Mohammed and Ghaith 2018, Pehlivan ve ark 2018); bakım verenlerin medeni durum değişkeninin toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Yurtsever ve ark. nın (2013) yaptığı başka bir çalışmada ise bekar olan bakım verenlerin evli olanlara göre toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bu duruma elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Çalışma kapsamında üç çocuktan fazla çocuğu olan bakım verenlerin 1-3 arası veya hiç çocuk sahibi olmayan bakım verenlere göre aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha az olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Yapılan dört farklı çalışmada (Mazanec et al 2011, Karaaslan 2013, Pfeifer et al 2013, Uludağ 2014); bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür ile desteklenmeyen çalışma bulgusu için; çocuk sayısı arttıkça bakım verenlerin sorumluluklarının artması, bakım görevi dışında çocuklarının bakımı ile ilgilenmek zorunda olması gibi nedenlerle sosyal etkileşimin daha az olmasından dolayı çocuk sayısı arttıkça bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı söylenebilir.

Uludağ'ın (2014) yaptığı çalışmada bakım verenlerin sosyal güvence varlığı olması durumunun sosyal destek düzeylerini istatistiksel arttırdığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada bakım verenlerin sosyal güvence varlığı olması durumunun sosyal destek düzeylerinin alt boyutları ile toplamını istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6). Literatür ile benzer olmayan çalışma bulgusu için; sosyal güvence varlığı olmayan bakım verenlerin örneklem sayısının az olması nedeni ile ( $n=14$ ) bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri üzerinde anlamlı farklılığa yol açmadığı düşünülebilir.

Mevcut çalışmada ailedeki birey sayısı değişkeninin bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Uludağ'ın (2014) yaptığı çalışmada aile tipinin geniş veya

çekirdek yapıya sahip olmasının bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinde anlamlı farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da (Chien et al 2007, Hussein and Khudiar 2013, Preksha and Kaur 2016, Mohammed and Ghaith 2018) ailedeki birey sayısı değişkeninin bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri üzerinde anlamlı farklılığa yol açmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgunun literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmada bakım verenlerin gelir düzeyi durumunun aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ile toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği ve gelir durumu iyi olan bakım verenlerin, gelir durumu orta ve kötü olanlara göre aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Literatür de çoğu çalışmada (Yurtsever ve ark 2013, Türkmen 2015, Ali and Kausar 2016, Shiba et al 2016, Sibalija et al 2017, Pehlivan ve ark 2018); bakım verenlerin gelir durumu arttıkça sosyal destek düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda ise (Hussein and Khudiar 2013, Sipal ve Sayın 2013, Preksha and Kaur 2016, Görüş ve ark 2016); bakım verenin gelir durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunu destekleyen çalışmaların olduğu gözlenmektedir.

Yapılan çalışmalarda (Hussein and Khudiar 2013, Preksha and Kaur 2015, Görüş ve ark 2016); bakım veren eşlerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastaya yakınlık durumu değişkeninin bakım verenlerin aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Literatürde de (Rodakowski et al 2012, Yurtsever ve ark 2013, Shiba et al 2016, Mohammed and Ghaith 2018, Pehlivan ve ark 2018); mevcut çalışma bulgusu ile benzer şekilde, bakım verenlerin hastaya yakınlık durumunun sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği bildirilmektedir.

Çalışmada hasta bireyin hastalık süresi değişkeni ile bakım verenlerin aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Literatür incelemelerinde de mevcut çalışma bulgusu ile benzer şekilde hasta bireyin hastalık süresinin bakım verenlerin sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir (Chien et al 2007, Rodakowski et al 2012, Hussein and Khudiar 2013).

Leow ve Chan'in (2011) yaptığı derlemede yardım almayan bakım veren bireylerin sosyal destek düzeylerinin de az olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada bakım verenlerin bakım için yardım alma durumu; arkadaş desteği düzeylerini istatistiksel olarak etkilemezken, bakım için yardım alan bakım verenlerin aile desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Farklı yıllarda yapılan çalışmalarda da (Tel ve ark 2010, Preksha and Kaur 2016, Shiba et al 2016, Pehlivan ve ark 2018); yardım almayan bakım veren bireylerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Karaaslan'ın (2013) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin yardım alma durumunun sosyal destek düzeyleri ile istatistiksel olarak ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bu duruma göre elde edilen bulgunun literatür ile desteklendiği söylenebilir.

Tang'ın (2008) yaptığı derlemede bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin iyi seviyede olması ile ekonomik sorunlarının azaldığı belirtilmiştir. Bu çalışmada finansal sorun yaşamayan bakım verenlerin aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1). Shieh, Tung ve Liang (2012) ve Uludağ'ın (2014) yaptığı çalışmalarda finansal sorun yaşamayan bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Görüş ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin finans durumunun sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği belirlenmiştir. Ekonomik durumun iyi olması, yaşamın farklı alanlarında yaşanabilecek sorunların daha az yaşanmasına neden olduğu ve ekonomik sorun yaşamayan bireylerin sosyal çevreleriyle etkileşimlerinin daha iyi olduğu düşünüldüğünde finansal sorun yaşamayanların sosyal desteklerinin daha iyi olması beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada ev yaşantısında değişim yaşamayan bakım verenlerin arkadaş desteği düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunurken ( $p<0,05$ ), aile içi ilişkilerde değişim yaşamayan bakım verenlerin ise arkadaş desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 1-2). Mevcut çalışma ile benzer şekilde; Karaaslan'ın (2013) yaptığı çalışmada bakım verenlerin ev yaşantısında değişim varlığı durumunun bakım verenlerin toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Ayrıca literatür çalışmaları incelendiğinde bakım verenlerin aile içi ilişkilerde değişim yaşamaması veya aile işlevselliğinin daha az olması durumlarının sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak azalttığı tespit edilmiştir (Chiou, Chang, Chen and Wang 2009, Shieh et al 2012, Verez Cotelito et al 2015, Türkmen 2015). Buna göre mevcut çalışma bulgusunu literatürde destekleyen çalışmaların olduğu söylenebilir.

Karaaslan'ın (2013) kanser hastalarına bakım verenlere yönelik yaptığı çalışmada bakmakla yükümlü olduğu başka biri varlığı olması durumunun bakım verenlerin toplam sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmada bakmakla yükümlü başka kişi varlığı olan bakım verenlerin aile desteği ile toplam sosyal destek düzeyleri istatistiksel olarak etkilenmezken ( $p>0,05$ ), arkadaş desteği ve özel biri desteği düzeylerinin ise anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Sınır sayıda literatür çalışması olan mevcut çalışma bulgusunun Karaaslan'ın (2013) çalışması ile kısmen desteklendiği düşünülebilir.

Karaaslan (2013) ve Soares, Ferreira ve Pereira'nın (2016) yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin bakım verme süresi arttıkça toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada hastaya bakım süresinin bakım verenlerin aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Literatür incelemelerinde de çoğu çalışmada (Shifren 2008, Chiou et al 2009, Kuşçu ve ark 2009, Yurtsever ve ark. 2013, Verez Cotelito et al 2015, Preksha and Kaur 2016, Ali and Kausar 2016, Shiba et al 2016, Mohammed and Ghaith 2018); bakım verme süresinin bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri destek düzeylerini veya toplam sosyal destek

düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği gözlenmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Mazenec ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada çalışan bakım verenlerin iş verimliliğinin azalması durumunun sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır. Çalışmada iş yaşantısında değişim varlığı değişkeninin bakım verenlerin aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Türkmen'in (2015) yaptığı çalışmada ise psikolojik hastalığa sahip bireylere bakım verenlerin iş yaşantısında değişim olma durumlarının aile desteği düzeylerini etkilemediği, ayrıca iş yaşantısında değişim yaşayan bakım verenlerin arkadaş, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sınırlı sayıda literatür çalışması ile desteklenen çalışma bulgusu için; çalışan bakım verenlerin veya iş yaşantısında değişim bildiren bakım verenlerin örneklem sayısının az olmasından dolayı sosyal destek düzeyleri üzerinde anlamlı fark oluşturmadığı düşünülebilir.

Mevcut çalışmada, hastalığı olan bakım verenlerin arkadaş desteği düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunurken ( $p<0,05$ ), aile desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini ise istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Literatür çalışmalarında da çalışma bulgusu ile benzer şekilde bakım verenlerin hastalığının olması durumunun sosyal destek düzeyleri üzerinde istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (Yurtsever ve ark 2013, Prekshaand Kaur 2016, Pehlivan ve ark 2018). Hastalığı olan bakım verenlerin bakım dışı zamanlarının kısıtlı olması nedeniyle bu zamanlarını kendi doktor randevuları, muayeneleri ve tedavileri için harcaması nedeniyle arkadaş edinmemesi, sosyal aktivitelerde veya arkadaş ortamlarında yeterince bulunamaması nedeni ile hastalığı olan bakım verenlerin arkadaş desteği düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada bakım vermeye bağlı ağrı yaşamayan bakım verenlerin arkadaş desteği düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ), aile desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da yüksek olduğu görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Ağrısı olan bakım



verenlerin ağrı şiddeti ortalaması arttıkça aile desteği, arkadaş desteği ve özel biri desteği düzeylerinin de istatistiksel olarak anlamlı oranda azaldığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 2). Görüş ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada da fiziksel sağlığı etkilenen bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha az olduğu saptanmıştır. Tang'ın (2008) yaptığı derlemede de sosyal destek düzeyleri iyi olan bakım verenlerin fiziksel sağlık sorunlarının azaldığı tespit edilmiştir. Çok az sayıda literatür çalışması olan ağrı şiddeti ortalaması değişkeni için; Tang (2008) ve Görüş ve ark. nın (2016) çalışmaları ile çalışma bulgusunun kısmen desteklendiği söylenebilir.

Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin aileden, arkadaştan veya kurumdan aldıkları sosyal desteğin bakımın getireceği olumsuz sonuçları azalttığı saptanmıştır (Tang 2008). Bu çalışmada bakım vermeye başladıktan sonra herhangi bir hastalığa sahip olan bakım verenlerin arkadaş desteği düzeyleri istatistiksel olarak etkilenmezken ( $p>0,05$ ); aile, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerinin ise anlamlı olarak düştüğü belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Shieh ve ark. (2012) ve Görüş ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmalarda bakım nedeniyle bakım verenlerin sağlığının olumsuz şekilde etkilenmesi durumunun sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak azalttığı saptanmıştır. Preksha ve Kaur'un (2016) yaptığı çalışmada ise bakım vermenin bakım verenlerinin sağlığına olan olumsuz etkisinin sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunu destekleyen literatür çalışmalarının olduğu gözlenmektedir.

Gebeyehu, Sahile ve Ayalew'in (2019) yaptığı çalışmada bakım verenlerin memnun olma durumlarının sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak arttırdığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada bakım vermekten memnun olan bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Bakımdan memnun olma durumu bakım verenlerin daha az sorun yaşadığının bir göstergesi olabilir. Daha az sorun yaşama ve bulunduğu durumdan memnun olma durumunun; bakım verenlerin, aile ve sosyal ilişkilerinin daha az etkilenmesine ve sosyal desteklerinin artmasına neden olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada daha önce başka birine bakım verme durumunun aile ve arkadaş desteği düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği belirlenirken ( $p>0,05$ ), özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği, daha önce başka birine bakım verenlerin özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Literatürde bu değişkeni inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Daha önce bakım veren bireylerin bir önceki bakım sürecinden deneyim kazanması, bakım ile ilgili kime ya da hangi kurumlara başvuracağını, bilgi ve yardım desteğini nasıl ve ne şekilde alacağını daha iyi bilmesi ihtimalleri göz önüne alındığında daha önce bakım deneyimi olan bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışma kapsamında hastanın kaldığı klinik adı değişkeni, bakım verenlerin arkadaş desteği düzeyini istatistiksel olarak etkilemezken ( $p>0,05$ ), aile, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Palyatif bakım kliniğinde kalan katılımcıların, dahiliye-1 kliniklerinde kalanlara göre aile, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu, dahiliye-2 kliniklerinde kalanlara göre ise sadece aile destek düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Literatürde bu değişkeni inceleyen bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeyinin diğer kliniklerde kalan hastalara göre daha yüksek olması, bakım verenlerin hastasının hastane sürecinde de sürekli yanında olmak zorunda kalması, palyatif hastaların bakım gereksinimlerinin diğer kliniklerdeki hastalara göre daha yüksek olması gibi ihtimaller düşünüldüğünde palyatif bakım kliniklerindeki bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin diğer kliniklerdeki bakım verenlere göre daha az olduğu düşünülebilir. Klinikte kalınan süre ortalaması arttıkça bakım verenlerin özel biri desteği düzeyinin istatistiksel olarak azaldığı ( $p<0,05$ ), aile, arkadaş ve toplam sosyal destek düzeylerinin ise anlamlı olarak etkilenmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6 Devam 3). Hussein ve Khudiar'ın (2013) yaptığı çalışmada da hastanın hastanede kalma süresi arttıkça bakım verenlerin toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği saptanmıştır. Sınırlı sayıda literatür

çalışması olduğu gözlenen çalışma bulgusu için, Hussein ve Khudiar'ın (2013) çalışması ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada hastanın cinsiyeti, medeni durumu, yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerinin bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada (Tuna ve Olgun 2010, Hussein and Khudiar 2013, Karaaslan 2013, Yurtsever ve ark 2013, Uludağ 2014, Penner et al 2016, Ali and Kausar 2016); hastanın cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerin bakım veren bireylerin aile, arkadaş, özel biri destek düzeylerini veya toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada hastaların alkol veya sigara kullanma alışkanlığı olması durumunun bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Soares ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada uzun süre alkol ve madde bağımlısı olan hastalarına bakım veren bireylerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha az olduğu saptanmıştır. Sınır sayıda literatür çalışması olan çalışma bulgusu için Soares ve ark. nın (2016) çalışması ile benzerlik göstermemesinin nedeni sosyal destek ölçümünün farklı bir ölçekle yapılmış olması, çalışmaya dahil edilen hasta ve bakım verenlerin sosyo-demografik profillerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Göriş ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada hasta ile iletişimde zorlanma yaşayan bakım verenlerin toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği tespit edilmiştir. Bu çalışmada da hastanın kendisini ifade etme değişkeninin bakım verenlerin arkadaş desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği ( $p>0,05$ ) bulunurken, kendisini ifade edemeyen hastalara bakım verenlerin aile ve özel destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha az olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Göriş ve ark. nın (2016) çalışması ile kısmen benzer olan ve sınırlı sayıda literatür çalışmasının olduğu çalışma bulgusunun etkisinin ortaya çıkarılması için örnekleme büyük daha fazla çalışma gereksinimi olduğu kanaatindeyiz.

Çalışma kapsamında hastaların işitme cihazı veya gözlük kullanma durumlarının bakım verenlerin aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeyleri ile anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Literatürde bu değişkeni inceleyen bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Bu duruma göre hastaların işitme cihazı ve ya gözlük kullansa dahi bu durumun hastaların bağımlılık düzeylerinde bir iyileşme sağlamaması, bakım verenlerin anket sorularını hastane ortamında cevaplandırması ve hastaların hastane ortamında işitme cihazı veya gözlük kullanmamalarından dolayı bu değişkenlerin bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı düşünülebilir.

Çalışmada mobilizasyon için yardımcı cihaz kullanmayan, yatağa bağımlı ve enstrumental günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık düzeyi yüksek olan hastalara bakım veren katılımcıların toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 1). Ayrıca çalışmada hastaların Katz GYA ölçeğine göre günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olması durumunun bakım verenlerin sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği ( $p>0,05$ ), Lawton ve Brady EGYA'a göre ise bağımlılık durumu arttıkça aile ve toplam sosyal destek düzeylerinin de anlamlı olarak azaldığı tespit edildi (Tablo 8 Devam 1). Yurtsever ve ark. (2013) ve Görüş ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmalarda hastanın mobilizasyon veya günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun bakım verenlerin sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Bu çalışmaların hastaların Katz GYA değişkenine göre elde edilen çalışma bulgusunu desteklediği söylenebilir. Raj ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada ise hastanın yetersizliği arttıkça bakım verenlerin özel biri desteği düzeylerini istatistiksel olarak azaldığı bulunmuştur. Literatür ile sınır sayıda araştırma ile desteklenen hastanın mobilizasyon ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık değişkenleri için; çalışmaya dahil edilen hastaların yatağa bağımlı olması ve günlük işlevlerini gerçekleştirememesi nedeniyle bakım verenlerin sürekli hastasının yanında bulunmak zorunda olması, zamanının büyük çoğunluğunu hastanın banyo, tuvalet, mobilizasyon ve yemek yeme gibi bakım ihtiyaçlarını gidermeye harcamasından dolayı bağımlı hastalara bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı düşünülebilir.

Çalışma kapsamında kliniğe yatış tanısı değişkeninin bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Preksha ve Kaur'un (2016) yaptığı çalışmada da hastanın klinik tanısının bakım verenlerin sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır. Çalışma bulgusunun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Ali ve Kausar'ın (2016) inmeli hastalara bakım veren bireylerde yaptığı çalışmada, hastaların tedavi sürelerinin bakım verenlerin sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada hastaların SVH tanısı alma, KVH tanısı alma, KBY tanısı alma, kanser tanısı alma, diyalize girme ve kemoterapi/radyoterapi alma süre ortalaması değişkenlerinin bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeyleri üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Preksha ve Kaur'un (2016) yaptığı çalışmada kanser hastalarının hastalık düzeyi ve aldığı tedavi şeklinin bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Çok az sayıda literatür çalışması olan çalışma bulgusu için; Preksha ve Kaur (2016) ve Ali ve Kausar'ın (2016) yaptığı çalışmalar ile kısmen benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastaların Alzheimer-parkinson tanı alma süresi arttıkça bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Verez Cotel ve ark'nın (2015) yaptığı çalışmada ise Alzheimer hastalarının hastalık süresi değişkeni ile bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel fark olmadığı tespit edilmiştir. Az sayıda literatür çalışması olan çalışma bulgusu için; Alzheimer ve parkinson hastalarının hastalık süresi arttıkça semptomların artması, bilişsel ve zihinsel işlevlerinin bozulması, klinik durumunun kötüleşmesi gibi durumlara bağlı bakım ihtiyacının artması, bakım verenlerin sürekli hastasının tedavisi, semptom yönetimi ve bakım gereksinimleri ile ilgilenmek zorunda kalması, ayrıca bakım fonksiyonunun yoğunluğundan kendisine ve sosyal aktivitelere zaman ayıramamasından dolayı bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin azaldığı düşünülebilir.

Mevcut çalışmada hastaneye yatış tanısına eşlik eden diyabet varlığı olan hastalara bakım veren katılımcıların; aile, arkadaş, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Hastaneye yatış tanısına eşlik eden hipertansiyon varlığı değişkeninin ise bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 2). Literatür incelendiğinde bu değişkenlerin bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri ile ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Buna göre diyabeti olan hastaların aynı zamanda; glikoz takibi, antidiyabetik ilaç alımı veya insülin kullanımı için bakım verene ihtiyaç duyması, bakım verenlerin hipoglisemiye girme riskinden dolayı hastasını sürekli gözetim altında tutmak zorunda kalması ve bu durumun bakım verenlerin kendisine ve sosyal yaşantısına zaman ayırmasına engel olması nedeniyle bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Hipertansiyon varlığı olan hastaların uzun süre bu kronik hastalığa sahip olması, belirli ilaç ve belirli ilaç alım saatlerinin olması, bu durumun bakım veren bireylerde zaman kaybı veya yük olmaması nedeniyle bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı düşünülebilir.

Mevcut çalışmada hastanın beslenme şekli ile bakım verenlerin aile, arkadaş, özel biri ve toplam sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8 Devam 3). Görüş ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada mevcut çalışmayla benzer şekilde, hastalarını beslemede zorluk çeken bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak etkilenmediği tespit edilmiştir.

Çalışmada hastada idrar sondası veya idrar inkontinans varlığı olması durumunun bakım veren katılımcıların aile, arkadaş, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık yaratmadığı ( $p>0,05$ ), gaita inkontinans varlığı olan hastalara bakım veren katılımcıların ise aile desteği, özel biri desteği ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 8 Devam 3). Literatür de bu değişkenlerin algılanan sosyal destek düzeyleri ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini hastane önceki dönemlerini de göz önüne alarak (bir çok hastanın idrar

sondasının hastane ortamında takılması veya idrar inkontinansı olan hastaların bağımlılık durumlarının hastanede yatışından önceki dönemlerde daha az düzeyde olması ihtimali gibi) cevapladıkları düşünüldüğünde bu değişkenlerin bakım verenlerin sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği düşünülebilir. Gaita inkontinansı olan hastaların ise bağımlılık düzeyinin yüksek olması ve bakım gereksinimlerinin uzun süredir var olması, gaita inkontinansı bakımının daha zor olması ve bakım veren kişi dışındakilerin, gaita kokusu ve temizliğinden çekinmeleri ihtimallerinden dolayı bu değişkenin, bakım verenlerin sosyal destek düzeylerini azalttığı söylenebilir.

### **5.7. BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİ DEĞİŞKENİNİN, BAKIM YÜKÜ, DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ İLE TARTIŞILMASI**

Mevcut çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeylerinin ZBYÖ ile istatistiksel olarak ilişkili olduğu ve yaşam kalitesi düzeyleri azaldıkça bakım yüklerinin arttığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Literatür incelemelerinde çoğu çalışmada da (Gaston-Johansson et al 2004, Martinez-Martin et al 2007, Babayiğit 2009, Isaac, Stewart and Krishnamoorthy 2011, Lui et al 2012, Tel ve ark 2012, Türkoğlu ve Kılıc 2012, Santos et al 2014, Kumar et al 2015, Yeşil ve ark 2016, Rawat et al 2017, Caro et al 2018, Çeler ve ark 2018, Karakurt ve ark 2018); bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyleri azaldıkça, bakım yükü düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı tespit edilmiştir. Ahanotu, Ibinkunle ve Hammed'in (2018) serebralpalsili hastalara bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada ise bakım yükü ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu duruma göre beklenen bir sonuç olan çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Live Lewis (2013) ve Regil ve ark.nın (2014) yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin yaşam kalitesi ile duygu dışavurum düzeyleri arasında ters ilişki olduğu ve yaşam kalitesi azaldıkça bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada da bakım verenlerin yaşam kalitesi azaldıkça

DDÖ düzeylerinin anlamlı olarak arttığı bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Az sayıda çalışmaya rastlanılan çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu söylenilebilir.

Çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeylerinin, DSKÖ düzeylerini anlamlı olarak etkilediği, bakım verenlerin yaşam kalitesi arttıkça kaygı düzeylerinin azaldığı tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 10). Literatür incelendiğinde de bir çok çalışmada (Gaston-Johansson et al 2004, Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013, Leibach et al 2016, Nipp et al 2016) bakım verenlerin yaşam kalitesi arttıkça, kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı belirlenmiştir. Kaçmaz ve Barlas'ın (2014) karaciğer hastalarına bakım verenlere yönelik yaptığı bir çalışmada da bakım verenlerindurumluluk kaygı düzeylerinin; yaşam kalitesinin *fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, canlılık ve ruhsal sağlık alt boyutlarıyla, sürekli kaygı düzeylerinin de yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı ve emosyonel rol* alt boyutlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Buna göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği görülmektedir.

Kaçmaz ve Barlas'ın (2014) yaptığı çalışmada bakım verenlerin depresyon düzeylerinin yaşam kalitesinin fiziksel *fonksiyon, sosyal işlevsellik ve emosyonel rol* ile istatistiksel olarak ilişkisi olmadığı, Li ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada bakım verenlerin depresyon düzeylerinin fiziksel fonksiyon ve ağrı düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Bu çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesi attıkça BDÖ düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 10). Literatür incelendiğinde çoğu çalışmanın mevcut çalışma bulgusunu desteklediği ve bakım verenlerin yaşam kalitesi arttıkça depresyon düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı tespit edilmiştir (Gaston-Johansson et al 2004, Martinez-Martin et al 2007, Çivi ve ark 2011, Lui et al 2011, Gorji et al 2012, Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013, Santos et al 2014, Shin et al 2017, Petruzzo et al 2018).

Mevcut çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyleri arttıkça BAÖ düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 10). Yapılan birçok çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesinin anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu, bakım verenlerin yaşam kalitesi arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (Lui et



al 2011, Santos et al 2014, Shin et al 2017, Petruzzo et al 2018, ToledanoandRubia 2018). Yapılan başka bir çalışmada ise (Li et al 2018); bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin yaşam kalitesinin fiziksel rol, canlılık ve genel sağlık düzeyleri dışındaki alt boyutları ve iki ana boyutu istatistiksel olarak anlamlı oranda etkilediği bulunmuştur. Bu doğrultuda elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği söylenilebilir.

Balaban ve ark. nın (2016) yaptığı bir çalışmada bakım verenlerin algılanan toplam sosyal destek düzeylerinin yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik alan düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Bu çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesi azaldıkça algılanan sosyal destek düzeylerinin de istatistiksel olarak azaldığı bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 11). Literatürde birçok çalışmada da mevcut çalışmadan elde edilen bulguya benzer şekilde; bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyleri arttıkça algıladıkları sosyal destek düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı görülmüştür (Chien et al 2007, Lui et al 2011, Yakar ve Pınar 2013, Duci, Noti and Myftaraj 2017, Warapornmongkhokul, Howteerakul, Suwannapong and Soparattanapaisarn 2018).

## **5.8. BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ İLE DUYGU DIŞAVURUM, KAYGI, DEPRESYON, ANKSİYETE VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI**

Mevcut çalışmada bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arttıkça DDÖ düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 12). Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada (Arslantaş ve Adana 2012, Carra et al 2012, Li and Lewis 2013, Mohanty and Kumar 2013, Li and Murray 2014, Regil et al 2014, Safavi et al 2015, Çınar ve ark 2016, Yu et al 2016, Bjorge et al 2017); bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri ile duygu dışavurum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve bakım verenlerin bakım yükü arttıkça, EDO veya toplam DDÖ düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Sadiq ve Suhail (2013) ve Parija ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmalarda ise bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile desteklendiği görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin bakım yükü ile kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Calderon et al 2011, Zincir ve ark 2014, Verez Coteló et al 2015). Bu çalışmada bakım veren yükünün DSKÖ düzeylerinin alt boyutlarını ve toplamını istatistiksel olarak etkilediği ve bakım verenlerin bakım yükü arttıkça kaygı düzeylerinin de arttığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 12). Literatür incelendiğinde birçok çalışmada da (Gaston-Johanson et al 2004, Tremont et al 2006, Iavarone et al 2014, Özyeşil ve ark 2014, Sarıtaş ve Işık 2017, Grabler et al 2018); bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arttıkça durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı belirlenmiştir. Bu duruma göre mevcut çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Literatür incelendiğinde (Gaston-Johansson et al 2004, Tremont et al 2006, Martinez-Martin et al 2007, Babayiğit 2009, Bambara et al 2009, Gülseren ve ark 2010, Lui et al 2011, Atagün ve ark 2012, Jaracz et al 2012, Diehl-Schmid et al 2013, Medrano et al 2014, Zincir ve ark 2014, Casado et al 2015, Verez Coteló et al 2015, Mougias et al 2015, Tuğrul 2015, Wang et al 2016, Shakya et al 2017, Ateş ve ark 2018, Grabler et al 2018, Hu et al 2018, Karabekiroğlu ve ark 2018); bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı tespit edilmiştir. Ay ve ark.nın (2017) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin bakım yükü ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada da literatür ile benzer şekilde bakım verenlerin bakım yükü arttıkça BDÖ düzeylerinin anlamlı olarak arttığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 12).

Çalışma kapsamında bakım verenlerin bakım yükü ile BAÖ düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki oluşu ve bakım yükü arttıkça BAÖ düzeylerinde arttığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 12). Literatürde çoğu çalışmada da, mevcut çalışma bulgusu ile benzer şekilde; bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arttıkça anksiyete düzeylerinin de istatistiksel olarak arttığı tespit edilmiştir (Babayiğit 2009, Gülseren ve ark 2010, Jaracz et al 2012, Medrano et al 2014, Pino Casado et al 2015, Ay ve ark 2017, Ateş ve ark 2018, Hu et al 2018, Karabekiroğlu ve ark 2018, Toledano and Rubia 2018). Çalışma bulgusunun literatürle desteklendiği görülmektedir.

Tang'ın (2008) yaptığı derlemede sosyal desteğin bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini azalttığı belirtilmiştir. Bu çalışmada bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arttıkça aile, arkadaş, özel biri ve toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 12). Literatür incelemelerinde çalışmaların çoğunda (Vrabec 1997, Chien et al 2007, Chiou et al 2009, Lui et al 2011, Çiçek 2012, Shieh et al 2012, Karaaslan 2013, Yurtsever ve ark 2013, Gleviczky 2014, Kaur 2014, Kahriman ve Zaybak 2015, Görüş ve ark 2016, Preksha and Kaur 2016, Selçuk ve Avcı 2016, Wang et al 2016, Shakya et al 2017, Tosun ve Temel 2017, Pino-Casado, Frias-Osuna, Palomino-Moral, Ruzafa-Martínez and Ramos-Morcillo 2018, Mohamed and Ghaith 2018, Pehlivan ve ark 2018); bakım verenlerin bakım yükü ile sosyal destek düzeyleri arasında negatif yönlü istatistiksel bir ilişki olduğu ve bakım verenlerin bakım yükü arttıkça aile, arkadaş, özel biri veya toplam sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak azaldığı bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda ise bakım verenlerin bakım yükü ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Verez Coteló et al 2015, Tuğrul 2015, Akosile, Banjo, Okoye, Ibikunle and Odole 2018, Gebeyehu et al 2019). Bu duruma göre elde edilen çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

## 5.9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü ve psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmada, cevaplanması beklenen sorular doğrultusunda elde edilen temel sonuçlar;

- Dahiliye kliniklerinde hastalara bakım veren bireylerin %81,6'sının ağır düzey bakım yüküne sahip olduğu,
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, gelir düzeyi, hastaya yakınlık durumu, finansal sorun yaşaması, ev/aile içi ilişkilerde değişim yaşaması, bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığı, hastaya bakma süresi, hastalığı olma durumu, ağrı

olma durumu/ağrı şiddeti, bakım vermeye başladıktan sonra hastalığı olma, bakım vermekten memnun olma, kaldığı kliniğin adı ve klinikte kaldığı süre ortalaması gibi değişkenlerin bakım verenlerin bakım yükünü istatistiksel olarak etkilediği,

- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların yaşı, alkol/sigara kullanma alışkanlığı, kendisini ifade edebilme düzeyi, gözlük kullanma durumu, yardımcı cihaz kullanma/mobilizasyon durumu, GYA/EGYA'ne göre bağımlılık durumu, KVH tanı alma süresi, hastanın beslenme şekli, idrar sondası varlığı ve idrar/gaita inkontinans varlığı gibi değişkenlerin bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği,
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin yaş, öğrenim durumu, hastaya yakınlık durumu, finansal sorun yaşama, ev/aile içi ilişkilerde değişim yaşama durumu, hastalık olma durumu, ağrı şiddeti, bakım vermeye başladıktan sonra hastalık olma, bakım vermekten memnun olma ve klinikte kalınan süre gibi değişkenlerin duygu dışavurum düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği,
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, alkol kullanma alışkanlığı, kliniğe yatış tanısı, KBY tanı alma süresi ve tanıya eşlik eden diyabet varlığı değişkenlerinin bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerini anlamlı olarak etkilediği,
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, gelir düzeyi, hastaya yakınlık durumu, bakım için yardım alma, finansal sorun yaşama ,ev/aile içi ilişkilerde değişim durumu, hastalık varlığı, ağrı olma durumu/ağrı şiddeti, bakım vermeye başladıktan sonra hastalık olma durumu ve bakım vermekten memnun olma gibi sosyo-demografik özelliklerinin bakım verenlerin durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği,

- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların eğitim düzeyi, alkol kullanma alışkanlığı, yardımcı cihaz kullanma/mobilizasyon durumu, tanıya eşlik eden diyabet ve idrar inkontinans varlığı gibi sosyo-demografik değişkenlerin bakım verenlerin durumluluk ve kaygı düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği,
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, hastaya yakınlık durumu, finansal sorun yaşama, ev/aile içi ilişkilerde değişim olma durumu, bakmakla yükümlü olduğu başka kişi varlığı, hastalık olma, ağrı olma durumu/ağrı şiddeti, bakım vermeye başladıktan sonra hastalık olma durumu, bakım vermekten memnun olma ve kaldığı klinik adı gibi değişkenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği,
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların yaşı, alkol/sigara kullanma alışkanlığı, kendisini ifade edebilme durumu, yardımcı cihaz kullanma/mobilizasyon durumu, GYA/EGYA'ya göre bağımlılık durumu, KVH tanı alma süresi, hastanın beslenme şekli, idrar sondası varlığı ve idrar/gaita inkontinans varlığı gibi sosyo-demografik değişkenlerin bakım verenlerin depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği,
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin cinsiyet, yaş öğrenim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, gelir düzeyi, hastaya yakınlık durumu, finansal sorun yaşama, ev/aile/iş yaşantısında değişim yaşama durumları, hastalık varlığı, ağrı olma durumu/ağrı şiddeti, bakım vermeye başladıktan sonra hastalık olma durumu, bakım vermekten memnun olma ve klinikte kalınan süre gibi sosyo-demografik özelliklerin anksiyete düzeylerini anlamlı olarak etkilediği,
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların alkol kullanma alışkanlığı, yardımcı cihaz kullanma/mobilizasyon durumu ve GYA'ya göre bağımlılık durumunun bakım verenlerin anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak etkilediği,

- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalara bakım verenlerinin cinsiyet, yaş, çalışma durumu, çocuk sayısı, gelir düzeyi, bakım için yardım alma, finansal sorun yaşama, aile içi ilişkilerde değişim olma, ağrı şiddeti, bakım vermeye başladıktan sonra hastalık olma durumu, bakım vermekten memnun olma, daha önce başka birine bakım verme durumu ve kaldığı klinik adı değişkenlerinin bakım verenlerin algılanan toplam sosyal destek düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği,
- Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların yardımcı cihaz kullanma/mobilizasyon durumu, EGYA'ya göre bağımlılık durumu, Alzheimer-Parkinson tanı alma süresi, tanıya eşlik eden diyabet varlığı ve gaita inkontinans varlığı gibi sosyo-demografik özelliklerin bakım verenlerin algılanan toplam sosyal destek düzeyleri anlamlı olarak etkilediği,
- Bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyleri azaldıkça bakım yükü, duygu dışavurum, kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı, algılanan sosyal destek düzeylerinin ise anlamlı olarak azaldığı,
- Bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arttıkça duygu dışavurum, kaygı, depresyon, anksiyete düzeylerinin arttığı ve algılanan sosyal destek düzeylerinin ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı şeklindedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım verenlerin sadece bakım yüklerinin değil diğer psikometrik parametrelerinin de ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi,
- Bakım verenlerin tedavi ve bakım konusunda, bilgi düzeyini arttırabilecek, öz yeterliliğini geliştirebilecek eğitimlerin yapılması,
- Bakım verenerlere sürekli web tabanlı programlar veya akıllı telefon uygulamaları ile bakım konusunda istedikleri her konuda danışabilecekleri uzman bir hekim, hemşire, fizyoterapist veya psikolog gibi sağlık uzmanlarından yardım almasının sağlanması,

- Bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar hakkında, hastane ve evde bakım çalışanlarının farkındalıklarının artırılması,
- Bakım için kurum desteği alma, diğer aile bireylerinin bakıma katılmasını sağlama, bakım verenlerin sosyal aktivite veya sanatsal faaliyetlere katılımını sağlamagibi bakım yükünü, anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltacak stratejilerin geliştirilmesi,
- Bakım verenlere devlet tarafından sağlanan ekonomik(bakım ücreti vb) ve bakım desteği konularında yol gösterilmesi,
- Bakım yükü, depresyon, anksiyete ve kaygı yaşayan bakım verenlere psikolojik danışmanlık hizmetleri verilmesi,
- Bakım verenlerin ve hastaların yaşadıkları sorunların giderilmesinde etkili yöntemlerin belirlenmesi için randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 311(10): 1052-1059.

Aguilar VL, Pena Z, Ponce CG. (2012). Overload and pain in perceived caregivers of dependent elder. *Enfermería Global*, 11(3): 159-165.

Ahanotu CJ, Ibikunle PO, Hamed AI. (2018). Burden of caregiving, social support and quality of life of informal caregivers of patients with cerebral palsy. *Turkish Journal of Kinesiology*, 4(2): 58-64.

Ak M, Yavuz F, Lapsekili N, Türkçapar MH. (2012). Evaluation of burden in a group of patients with chronic psychiatric disorders and their caregivers. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25: 330-337.

Akı MK, Dikmen YD. (2012). Hemodiyaliz hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri üzerine bir gözden geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3): 24-28

Akın Aslan A, Akın Sarı B, Kuruoğlu A. (2012). Depresif duygudurumdan major depresyona klinik spektrum. *Klinik Psikiyatri*, 15: 56-64.

Akmeşe PP, Yüzer GFN, Altınok N, Özgirgin N. (2015). Effect of aphasia on the state-trait anxiety and hopelessness levels of the family members of hemiplegic patients. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61(4): 352-357.



- Akosile CO, Banjo TO, Okoye EC, Ibikunle PO, Odole AC. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and quality of life outcomes*, 16(1): 57.
- Aktaş A, Sertel-Berk HÖ. (2012). Verilen Sosyal Destek Ölçeği'nin psikometrik özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları*, 32(2): 71-84.
- Aktaş E, Barış N, Hıdıroğlu S, Save D. (2012). Kemoterapi alan hastaların yakınlarının deneyimleri: Niteliksel bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(2): 63-78.
- Aktürk Ü. (2012). Engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı düzeyi ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Yar. Doc. Dr. R Aylaz).
- Akyar İ. (2011). Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 79-88.
- Akyar İ, Korkmaz F, Atakul E. (2017). Yaşlı onkoloji hastalarına bakım veren bireylerin yaşamında oluşan değişikliklerin belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3): 158-167.
- Alacacıoğlu, A. (2007). Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. AU Yılmaz).
- Alfakhri AS, Alshudukhi AW, Alqahtani AA, Alhumaid AM, Alhathlol OA, Almojali AI, Alotaibi MA, Alaqeel MK. (2018). Depression among caregivers of patients with dementia. *Inquiry*, 55: 1-6.

- Algönül Ö. (2017). Şizofreni tanılı hastalara birincil bakım veren bireylerin duygu dışavurumu açısından değerlendirilmesi. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman:Prof. Dr. FÇ Çelikel).
- Ali N, Kausar R. (2016). Social support and coping as predictors of psychological distress in family caregivers of stroke patients. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(2): 587-608.
- Al-Rawashdeh SY, Lennie TA, Chung ML. (2016). Psychometrics of the Zarit Burden Interview in caregivers of patients with heart failure. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(6): E21.
- Altay B, Erkurun H, Avcı İA. (2018). Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Samsun Sağlık Bil Der*, 3(2): 1-8.
- Altın M. (2006). Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete. TC Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. F Atalay).
- Altıntaş M. (2018). Kumar oynama bozukluğu tanısı olan hastalarda, anksiyete, depresyon, ruminasyon ve dürtüsellik. *Cukurova Medical Journal*, 43(3): 624-633.
- Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B. (2011). Bakım: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (3):137-140.
- Alvarez YT, Fajardo LLLM. (2018). Family caregivers-of patients with chronic renal failure terminal psychological stress. *MOJ Addict Med Ther*, 5(5): 214–221.

- Ambigga Devi K, Sherina MS, Suthahar A. (2005). Depression and anxiety among family caregivers of cancer patients in an oncology clinic. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 13(1): 35-42.
- Anaforoğlu İ, Ramazanoğulları İ, Algün E, Kutanis R. (2012). Depression, anxiety and quality of life of family caregivers of patients with type 2 diabetes. *Medical Principles and Practice*, 21(4): 360-365.
- Andre S, Cunha M, Martins M, Rodrigues V. (2014). The informal caregiver's socioeconomic prism and its implications on state of mind. *Atencion primaria*, 46: 210-216.
- Anjum W, Chaudhry HR, Irfan M. (2010). Burden of carein caregivers of patients with schizophrenia and epilepsy. *JPPS*, 7(2): 79-83.
- Apaydın H, Özekmekçi S, Oğuz S, Zileli İ. (2013). Parkinson hastalığı hasta ve yakınları için el kitabı. 5. baskı, İstanbul.
- Applebaum AJ, Breitbart W. (2013). Care for the cancer caregiver: A systematic review. *Palliat Support Care*, 11(3):231-252.
- Aran Ö. (2015). Maternal trait anxiety predicts infant stress reactivity via caregiving behaviors. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. M Altunışık)
- Araz A, Erkuş A. (2014). Duygu dışavurum tarzlarının kavramsallaştırılması ve ölçümü: Bir envanter geliştirme çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 29(74): 50-61.
- Arriaga P, Pacheco C. (2016). Effects of clown doctors on child and caregiver anxiety at the entrance to the surgery care unit and separation from caregivers. *International Journal of Emotional Education*, 8(1): 19-34.

- Arslan SS, Demir N, Karaduman AA. (2017). The anxiety level of caregivers of neurological patients with dysphagia. *Dysphagia*, 32(4): 570-574.
- Arslan H, Mergen H, Mergen BE, Arslan E, Ayyıldız Ü. (2016). Eğitim fakültesi öğrencilerinin depresyon, anksiyete ve benlik saygısı puanlarının farklı değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Medical Sciences*, 11(1): 1-13.
- Arslantaş H. (2018). Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 4(1): 39-47.
- Arslantaş H, Adana F. (2012). Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1): 8-15.
- Arat Z. (2006). Hemodiyaliz hasta ve yakınlarında tükenmişlik sendromu, hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörler. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. S Akgün).
- Ardahan M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2): 68-75.
- Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, Kizilarlanoglu MC, Sumer F, Kuyumcu ME, Yesil Y, Halil M, Cankurtaran M. (2015). Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 61(3):344-350.
- Aşiret GD, Kapucu S. (2012). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 73-80.

- Aşiret GD, Kapucu S. (2013). İnmeli hastaların bakıcılarındaki bakım yükü. *TJN*, 19(1): 5-10.
- Atagün MI, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3): 513-552.
- Ateş E, Bilgili N. (2013). Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3): 1-12.
- Ateş E, Canyılmaz E, Çakır NG, Yurtsever C, Yöney A. (2018). Kanser hastalarının ve onlara bakım veren kişilerin depresyon ve anksiyete durumlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(1): 61-67.
- Atkan F, Özkan B. (2017). Demans hastalarının günlük yaşam aktiviteleri ve nöropsikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesinde hasta yakınlarının bakış açısı. *Kesit Akademi Dergisi*, 3(10): 634-644.
- Avcı MG. (1995). Beck Anksiyete Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Doc. Dr. B İnceer).
- Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay O, Sayar GH. (2017). Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yükleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Family Practice and Palliative Care*, 2(3): 38-44.
- Babayiğit DM. (2009). Diyaliz hastalarının yakınlarında bakım verme yükü ile bunun hastalardaki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisi. T.C.Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Tezi, İstanbul.

- Bademli K. (2017). Anxiety and depression in caregivers of chronic mental illness. *J Depress Anxiety*, 6(1): 1000254.
- Bademli K, Duman ZÇ (2011). Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Turk Psikiyatri Derg*, 22: 255-265.
- Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. (2013). Psychometric properties of the persian version of the multidimensional scale of perceived social support in iran. *Int J Prev Med*, 4(11):1277-1281.
- Bahadır A, Kurucu N. (2015). Kanserli çocukların annelerinde psiko-sosyal durumun değerlendirilmesi. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg*, 29 (3): 131 - 134.
- Bahar A. (2007). Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1): 105-111.
- Bahrami M, Etemadifar S, Shahriari M, Farsani AK. (2014). Informational needs and related problems of family caregivers of heart failure patients: A qualitative study. *J Edu Health Promot*, 3(113): 1-6.
- Baltayan AO. (2012). Yaşlı hastalara bakım veren kadınların bakım yüklerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yar. Doc. Dr. Z Özyeşil).
- Bambara JK, Owsley C, Wadley V, Martin R, Porter C, Dreer LE. (2009). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 50(4):1585-1592.
- Bastani F, Ramezani A, Lolati HA, Haghani H. (2017). Family caregivers' attitude toward long-term care of elderly with psychiatric disorders and associated factors. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(1).

- Baştuğ G. (2008). The roles of perceived expressed emotion of the schizophrenic patients and the expressed emotion of their caregivers on symptom severity and quality of life. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. AN Karancı).
- Bayır K. (2013). Karaciğer nakli olan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Yar. Doc. Dr. SÇ Sarıtaş).
- Baykal S, Karakurt MN, Çakır M, Karabekiroğlu K. (2019). An examination of the relations between symptom distributions in children diagnosed with autism and caregiver burden, anxiety and depression levels. *Community mental health journal*, 55(2): 311-317.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56(6):893-897.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6): 561-571.
- Berksun, O. (1992). Şizofrenide aile faktörü: expressed emotion ölçek geliştirme ve uyarılama denemesi. AÜ, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi. Ankara.
- Bıkmaz Z. (2009). Lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yar.Doc. Dr. S Ünsar).
- Binbay Z, Özkan S, Karaaltın AB, Karali D, Alkan Z, Yiğit Ö. (2015). Larenjektomi yönteminin larenks kanserli hastaların bakım verenleri üzerindeki yüke etkisi. *İstanbul Med J*, 16: 67-9.

- Birinci Ş, Ülgü M, Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA. (Eds). (2018). T.C. Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri yıllığı 2017. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Bjorge H, Kvaal K, Smastuen MC, Ulstein I. (2017). Relationship quality and distress in caregivers of persons with dementia: A cross-sectional study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 32(3): 157-165.
- Blake H. (2013) Caregiver stress in traumatic brain injury. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 15(6): 263-271.
- Borges EL, Franceschini J, Costa LHD, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. (2017). Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43(1): 18-23.
- Borsboom D, Molenaar D. (2015). Psychometrics. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, volume, 18: 12416–12422.
- Boyoğlu R, Oktay S. (2002). Hastane destekli evde bakım hizmetleri ve sunumu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(49):99-118.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15): 137-150.
- Braun M, Scholz U, Hornung R, Martin M. (2010). The burden of spousal caregiving: a preliminary psychometric evaluation of the German version of the Zarit burden interview. *Aging & mental health*, 14(2): 159-167.
- Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*, 305(6846): 160-164.



- Brigola AG, Luchesi BM, Rossetti ES, Mioshi E, Inouye K, Pavarini SCI. (2017). Health profile of family caregivers of the elderly and its association with variables of care: A rural study. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 20(3): 409-420.
- Brodaty H, Donkin M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*, 11: 217-228.
- Burnette D, Duci V, Dhembo E. (2017). Psychological distress, social support, and quality of life among cancer caregivers in Albania. *Psycho-oncology*, 26(6): 779-786.
- Büyükbayram Z. (2014). Kemoterapi alan hasta ve bakım verenin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Prof. Dr. SÇ Sarıtaş).
- Cabral L, Duarte J, Ferreira M, Santos C. (2014). Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atencion primaria*, 46: 176-179.
- Calderon C, Gomez-Lopez L, Martinez-Costa C, Borraz S, Moreno-Villares JM, Pedron-Giner C. (2010). Feeling of burden, psychological distress, and anxiety among primary caregivers of children with home enteral nutrition. *Journal of pediatric psychology*, 36(2): 188-195.
- Camak DJ. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 2376–2382.
- Carney CE, Moss TG, Harris AL, Edinger JD, Krystal AD. (2011). Should we be anxious when assessing anxiety using the Beck Anxiety Inventory in clinical insomnia patients? *J Psychiatr Res*, 45(9):1243-1249.

- Caro CC, Costa JD, Da Cruz DMC. (2018). Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. *Occup Ther Health Care*, 32(2):154-171.
- Carra G, Cazzullo CL, Clerici M. (2012). The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BMC psychiatry*, 12(1): 140.
- Carrasco MM, Rodríguez JB, Panchon AID, Hermoso PM, Fraile EG. (2014). Interventions for caregivers of patients with dementia. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(6): 300-314.
- Castro CM, Wilcox S, O'Sullivan P, Baumann K, King AC. (2002). An exercise program for women who are caring for relatives with dementia. *Psychosom Med*, 64(3): 458-68.
- Ceco U, Memik NÇ. (2017). Bakım verenin yükü penceresinden otizme bakış. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 19-21.
- Chen CY, Lin SH, Li P, Huang WL, Lin YH. (2015). The role of the harm avoidance personality in depression and anxiety during the medical internship. *Medicine (Baltimore)*, 94(2):e389
- Cheng ST. (2017). Dementia caregiver burden: A research update and critical analysis. *Curr Psychiatry Rep*, 19(64): 2-8.
- Chiao CY, Wu HS, Hsiao CY. (2015) Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62: 340–350.
- Chien WT, Chan SW, Morrissey J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*, 16(6):1151-1161.

- Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. (2009). Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of gerontology and geriatrics*, 48(3): 419-424.
- Chua CK, Wu JT, Wong YY, Qu L, Tan YY, Neo PS, Pang GS. (2016). Caregiving and its resulting effects-the care study to evaluate the effects of caregiving on caregivers of patients with advanced cancer in singapore. *Cancers (Basel)*, 8(11): E105.
- Civil M. (2018). Parkinson hastalarında yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum*, 28(2): 9-15.
- Clark JM, Marszalek JM, Bennett KK, Harry KM, Howarter AD, Eways KR, Reed KS. (2016). Comparison of factor structure models for the Beck Anxiety Inventory among cardiac rehabilitation patients. *J Psychosom Res*, 89:91-97.
- Cole JD, Kazarian SS. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical psychology*, 44(3): 392-397.
- Commodari E. (2010). Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Italian journal of pediatrics*, 36(1): 40.
- Cora A, Partinico M, Munafò M, Palomba D. (2012). Health risk factors in caregivers of terminal cancer patients: A pilot study. *Cancer Nurs*, 35(1):38-47.
- Coşkun Y, Akkaş G. (2009). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1): 213-227.

- Çabuk M. (2014). Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algılarına olan etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. H Arslantaş).
- Çakaloz B, Kurul S. (2005). Duchenne muskuler distrofi çocukların aile işlevlerinin ve annelerinde depresyon ve kaygı düzeylerinin araştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 8: 24-30.
- Çakır Y, Palabıykoğlu R. (1997). Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1): 15-24.
- Çapan BE. (2016). Yaşlı ile birlikte yaşamak: Stres ve başa çıkma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(2): 33-47.
- Çeler HG, Özyurt BC, Elbi H, Özcan F. (2018). Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 2018;(2):164-174.
- Çetinkaya F. (2008). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. A. Karadakovan).
- Çetinkaya F, Karadakovan A. (2012). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(2): 171-178.
- Çiçek Z. (2012). Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile bakım yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö Küçükgüçlü).

- Çirpar ÖÇ, Muluk NB, Yalçinkaya F, Arıkan OK, Oğuztürk Ö, Aslan F. (2010). State-Trait Anxiety Inventory (STAI) assessment of mothers with language delayed children. *Clinical & Investigative Medicine*, 33(1): 30-35.
- Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*, 53(4): 248-253.
- Dam AE, De Vugt ME, Klinkenberg IP, Verhey FR, van Boxtel MP. (2016). A systematic review of social support interventions for caregivers of people with dementia: Are they doing what they promise?. *Maturitas*, 85:117-130.
- Dekker RL, Lennie TA, Doering LV, Chung ML, Wu JR, Moser DK. (2014). Coexisting anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 13(2): 168-76.
- Denno MS, Gillard PJ, Graham GD, DiBonaventura MD, Goren A, Varon SF, Zorowitz R. (2013). Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity. *Arch Phys Med Rehabil*, 94(9):1731-1736.
- Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kivircik B, Alptekin K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*, 6(247).
- Di Rosa M, Lamura G. (2016). The impact of incontinence management on informal caregivers' quality of life. *Aging clinical and experimental research*, 28(1): 89-97.
- Diehl-Schmid J, Schmidt EM, Nunnemann S, Riedl L, Kurz A, Förstl H, Wagenpfeil S, Cramer B. (2013). Caregiver burden and needs in frontotemporal dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 26(4): 221-229.

- Dilworth-Anderson P, Williams IC, Gibson BE. (2002). Issues of race, ethnicity, and culture in caregiving research: a 20-year review (1980-2000). *Gerontologist*, 42(2):237-72.
- Dinç L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74–82.
- Doğan T. (2016). Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30):30-44.
- Doğan MD, Ünsar S. (2015). Hastanede tedavi gören 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktiviteleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2): 204-214.
- Doğru SSY, Arslan E. (2008). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19): 543-553.
- Dölek BÖ. (2012). Evde ve kurumda uzun dönemli bakım. *Klinik Gelişim Dergisi*, 25: 95-99.
- Duci V, Noti E, Myftaraj E. (2017). Social support and quality of life. Social and Economic Challenges in Europe 2016-2020. *13th International Conference of ASECU*, 600-607.
- Duggleby W, Williams A, Ghosh S, Moquin H, Ploeg J, Markle-Reid M, Peacock S. (2016). Factors influencing changes in health related quality of life of caregivers of persons with multiple chronic conditions. *Health Qual Life Outcomes*, 27;14:81.
- Duman ZÇ, Bademli K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1): 78-94.

- Duman ZÇ, Kuşcu MK, Özgün S. (2013). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin duygu ifadelerini belirlemede Camberwell aile görüşmesi ile duygu ifadesi ölçeğinin karşılaştırılması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4): 301-305.
- Düzgün U, Akgün S. (2017). Bireysel ve genel adil dünya inancının depresyon ile ilişkisi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1): 103-116.
- Eğilli CS, Sunal N. (2017). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *JAREN* 3(2): 83-91.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. (2001 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12(1): 17-25.
- Ekinci S, Yalçınay M, Kural HU, Kandemir H. (2016). Madde bağımlılığı olan hastaların ebeveynlerinde öfke düzeyi: öfkenin, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(3): 125-129.
- El-masri YM. (2011). Caregivers' expressed emotion in response to patient psychiatric symptoms. *The Medical Journal of Cairo University*, 79(2): 49-57.
- Elmstahl S, Malmberg B, Annerstedt L. (1996). Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 77(2): 177-182.
- Elsa V. (2015). Informal family caregiver burden in elderly assistance and nursing implications. *Ann Nurs Pract*, 2(1): 1017-1019.
- Erdoğan Z, Yavuz DE. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4): 726-736.

- Ertem G. (2010). Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi*, 25(3):124-132.
- Ertürk İŞ, Kömürcü B. (2017). Şizofreninin tekrarlanması ailede duygu dışavurumunun önemi ve sonuçları üzerine bir derleme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(1): 44-51.
- Etters L, Goodall D, Harrison BE. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*, 20: 423–428.
- Ezzat O, Bayoumi M, Samarkandi OA. (2017). Quality of life and subjective burden on family caregiver of children with autism. *American Journal of Nursing*, 6(1): 33-39.
- Fauziana R, Sambasivam R, Vaingankar JA, Abdin E, Ong HL, Tan ME, Chong SA, Subramaniam M1. (2018). Positive caregiving characteristics as a mediator of caregiving burden and satisfaction with life in caregivers of older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 31(6):329-335.
- Farinde A. (2013). The Beck depression inventory. *The Pharma Innovation*, 2(1): 56-62.
- Fearon M, Donaldson C, Burns A, Tarrier N. (1998). Intimacy as a determinant of expressed emotion in carers of people with Alzheimer's disease. *Psychological Medicine*, 28(5): 1085-1090.
- Feroze U, Martin D, Patton AR, Zadeh KK, Kopple JD. (2010). Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iranian Journal of Kidney Disease*, 4(3): 173-180.



- Fischer AL, Butz C, Nicholson L, Blankenship A, Dyke P, Cua CL. (2012). Caregiver anxiety upon discharge for neonates with congenital heart disease. *Congenital heart disease*, 7(1): 41-45.
- Flynn Longmire CV, Knight BG. (2011). Confirmatory factor analysis of a brief version of the Zarit Burden Interview in Black and White dementia caregivers. *The Gerontologist*, 51(4): 453-462.
- Gallagher D, Mhaolain AN, Crosby L, Ryan D, Lacey L, Coen RF, Walsh C, Coakley D, Walsh JB, Cunningham C, Lawlor BA. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health*, 15(6): 663–670.
- Ganapathy V, Graham GD, DiBonaventura MD, Gillard PJ, Goren A, Zorowitz RD. (2015). Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. *Clinical Interventions in Aging*, 10: 1793–1802.
- Gandhi RR, Suthar MA, Pal S, Rathod AJ. (2017). Anxiety and depression in spouses of males diagnosed with alcohol dependence: a comparative study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4: 51-56.
- García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Medrano LA. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS One*, 13(6):1-12.
- Garlo K, O'Leary JR, Ness PHV, Fried TR. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc*, 58: 2315-2322.
- Gaston-Johansson F, Lachica EM, Fall-Dickson JM, Kennedy MJ. (2004). Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary

caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *In Oncology nursing forum*, 31(6): 1161-1178.

Gaugler JE. (2010). The longitudinal ramifications of stroke caregiving: a systematic review. *Rehabilitation psychology*, 55(2): 108-125.

Gbiri CA, Olawale OA, Isaac SO. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Ann Phys Rehabil Med*, 58(2):98-103.

Gebeyehu F, Sahile A, Ayalew M. (2019). Burden, social support, and life satisfaction among caregivers of children with intellectual disability: The Case of Felege Abay and Shembt primary schools, Bahir Dar, Ethiopia. *International quarterly of community health education*, 0(0): 1-7.

Gel KT, Kesgin MT. (2017). İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Anadolu Hem ve Sağ Bil Derg*, 20(4):267-278.

Ghazali S, Abdullah KL, Aziz AA, Amin RM, Jusoh AS, Mansor M, Rahman AA, Shafie ZM. (2015). Burden of caregivers of the elderly with chronic illnesses and their associated factors in an urban setting in malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 15(1): 1-9.

Gleviczky V. (2014). Study of the burden of informal caregivers of elderly in Kokkola. Centria University Of Applied Sciences, Thesis.

Global Burden of Disease (GBD). (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388: 1459–1544.

- Gorji MAH, Bouzar Z, Haghshenas M, Kasaeeyan AA, Sadeghi MR, Ardebil MD. (2012). Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC research notes*, 5(1): 310.
- Gotoh M, Matsukawa Y, Yoshikawa Y, Funahashi Y, Kato M, Hattori R. (2009). Impact of urinary incontinence on the psychological burden of family caregivers. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 28(6): 492-496.
- Govina O, Vlachou E, Paltoglou AK, Kalemikerakis I, Papageorgiou D, Fasoi G, Patiraki E. (2014). Exploring the factors influencing time and difficulty of tasks provided by family caregivers of patients with advanced cancer in Greece. *Health Science Journal*, 8(4): 438-451.
- Göçer Ş, Günay O. (2018). Kayseri’de bir huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve depresif belirti düzeyleri. *Eurasian Journal Of Family Medicine* 7(3):116-124.
- Gökler R, Işıtan İ. (2012). Modern çağın hastalığı; stres ve etkileri. *Journal of History Culture and Art Research*, 1(3): 154-168.
- Görgülü Ü, Akdemir N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*, 20(4): 125-132.
- Görgülü Ü, Polat Ü, Kahraman BB, Özen S, Arslan E. (2016). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in Turkey. *Medical Science and Discovery*, 3(4): 159-165.
- Görüş S, Kılıç Z, Elmalı F, Tutar N, Takcı Ö. (2016). Care burden and social support levels of caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Holistic nursing practice*, 30(4): 227-235.

Görmez A. (2017). Mental retardasyonu olan yetişkinlerin ailelerinde bakım yükü ve ilişkili faktörler. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 22(3): 169-176.

Götze H, Brahler E, Gansera L, Schnabel A, Gottschalk-Fleischer A, Köhler N. (2018). Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. *European journal of cancer care*, 27(2): e12606.

Grabler M, Weyen U, Juckel G, Tegenthoff M, Mavrogiorgou-Juckel P. (2018). Death anxiety and depression in amyotrophic lateral sclerosis patients and their primary caregivers. *Frontiers in neurology*, 9(1035): 1-6.

Gray L. (2003). Caregiver depression: A growing mental health concern. *Family Caregiver Alliance*.

Gratao ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LFDS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. (2012). Burden and the emotional distress in caregivers of elderly individuals. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(2): 304-312.

Grobe J, Treml J, Kersting A. (2018). Impact of caregiver burden on mental health in bereaved caregivers of cancer patients: A systematic review. *Psycho-oncology*, 27(3): 757-767.

Grothe, KB, Dutton GR, Jones, GN, Bodenlos J, Ancona M, Brantley PJ. (2005). Validation of the Beck Depression Inventory-II in a low-income African American sample of medical outpatients. *Psychological assessment*, 17(1): 110.

- Guo YL, Liu YJ. (2015). Family functioning and depression in primary caregivers of stroke patients in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2): 184-189.
- Gurak K, Mamani AW. (2017). Caregiver expressed emotion and psychiatric symptoms in African-Americans with schizophrenia: An attempt to understand the paradoxical relationship. *Family process*, 56(2): 476-486.
- Güçlü N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1): 91-109.
- Güçlü YA, Can H, Sezik HA, Kurnaz MA, Bulut U. (2018). Palyatif bakım servisinde yatmakta olan kanser hastalarına bakım veren yakınlarının anksiyete ve depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi. *Family Practice And Palliative Care*, 3(2): 98-101.
- Güleç H. (2009). Psikiyatride psikometri: temel kavramlar. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 1(2):175-186.
- Gültekin M, Ekinci A, Ertürk G, Mirza M. (2017). Female Parkinson's disease caregivers have much anxiety and depressive symptom. *Brain and behavior*, 7(9): e00787.
- Gülpak M, Kocaöz S. (2014). Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(2): 99-108.
- Gülseren L, Cam B, Karakoc B, Yigit T, Danaci AE, Cubukcuoglu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. (2010). Sizofrenide ailenin yukunu etkileyen etmenler. *Turk Psikiyatri Derg*, 21, 203-212.

- Günel A. (2014). İnmeli bireylere bakım verenlerde sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. M Uyanık).
- Gümüş K, Ünsal A. (2014). Osteoartritli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 20(3): 117-124.
- Gürol A, Capık C. (2014). Yaşlıya evde bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirildiği bir araştırma. *STED*, 23(2): 65-72.
- Hagedoorn M, Sanderma R, Bolks HN, Tuinstra J, Coyne JC. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134(1): 1-30.
- Hamaie Y, Ohmuro N, Katsura M, Obara C, Kikuchi T, Ito F, Miyakoshi T, Matsuoka H, Matsumoto K. (2016). Criticism and depression among the caregivers of at-risk mental state and first-episode psychosis patients. *PloS one*, 11(2): e0149875.
- Hamza SA, Mahmoud HF, Rafaat VA, Abbas Mohamed AA. (2018). The level of function of dementia patients has an impact on the caregiver burden. *J Gerontol Geriatr Res*, 7(464): 2.
- Han B, Haley WE. (1999). Family caregiving for patients with stroke review and analysis. *Stroke*, 30:1478-1485.
- Hardan-Khalil K, Mayo AM. (2015). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *Clin Nurse Spec*, 29(5):258-261.

- Harmancı P, Duman ZÇ. (2016). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2):0-0.
- Hart DR. (2015). Improving provider awareness of caregiver burden in an Oregon Alzheimer's disease care center. Doctoral dissertation, *Oregon Health & Science Univeristy*.
- Hatfield AB, Spaniol L, Zipple AM. (1987). Expressed emotion: A family perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2): 221-226.
- Hebert RS, Weinstein E, Martire LM, Schulz R. (2006). Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: a review, critique, and research prospectus. *Aging Ment Health*, 10(5):497-520.
- Hisli N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bit calisma (A study on the validity of Beck depression inventory.). *Psikoloji Dergisi*, 6: 118-122.
- Hooker K, Manoogian-O'Dell, M, Monahan DJ, Frazier LD, Shifren K. (2000). Does type of disease matter? Gender differences among Alzheimer's and Parkinson's disease spouse caregivers. *The Gerontologist*, 40(5): 568-573.
- Hooley JM, Parker HA. (2006). Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *J Fam Psychol*, 20(3): 386-96.
- Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*, 97(40): 1-6.
- Hu X, Dolansky MA, Hu X, Zhang F, Qu M. (2016). Factors associated with the caregiver burden among family caregivers of patients with heart failure in southwest China. *Nursing and Health Sciences*, 18: 105–112.

- Huang SL, Hsieh CL, Wu RM, Lu WS. (2017). Test-retest reliability and minimal detectable change of the Beck Depression Inventory and the Taiwan Geriatric Depression Scale in patients with Parkinson's disease. *PLoS One*, 12(9): 1-9.
- Huber A, Oldridge N, Höfer S. (2016). International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease. *Qual Life Res*, 25(11): 2787-2798.
- Hudson PL, Thomas K, Trauer T, Remedios C, Clarke D. (2011). Psychological and social profile of family caregivers on commencement of palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 41(3): 522-534.
- Hughes SL, Hurder AG, Weaver FM, Kubal JD, Henderson W. (1999). Relationship between caregiver burden and health-related quality of life. *The Gerontologist*, 39(5): 534-545.
- Hussein HA, Khudiar AK. (2013). Social support among caregivers of patients with schizophrenia. *kufa Journal for Nursing sciences*, 3(2): 109-117.
- Hsu T, Loscalzo M, Ramani R, Forman S, Popplewell L, Clark K, Katheria V, Feng T, Strowbridge R, Rinehart R, Smith D, Matthews K, Dillehunt J, Hurria A. (2014). Factors associated with high burden in caregivers of older adults with cancer. *Cancer*, 120(18):2927-2935.
- Iavarone A, Ziello AR, Pastore F, Fasanaro AM, Poderico C. (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10: 1407-1413.
- Isaac V, Stewart R, Krishnamoorthy ES. (2011). Caregiver burden and quality of life of older persons with stroke: A community hospital study in south India. *Journal of Applied Gerontology*, 30(5): 643-654.



- Işık K. (2013). Yaşlı hastaya evde bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Prof. Dr. B Erci).
- Işık K. (2015). Kalp yetersizliği olan yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Yar. Doc. Dr. SÇ Sarıtaş).
- Işık Ö, Gümüş H, Okudan B, Yılmaz M. (2014). Üniversite öğrencilerinin yaşam kalite düzeylerinin depresyon düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport*, 2(Suppl 1): 836-843.
- Iyer K, Khan ZA. (2012). Depression: A review. *Research journal of recent sciences*, 1(4): 79-87.
- İnci, F , Erdem, M . (2010). Bakım verme yükü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11 (4): 85-95.
- İnci FH, Temel AB. (2016). İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerinin gereksinimleri: Sistematik inceleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3): 28-43.
- Jackson CW, Wegner JR, Turnbull AP. (2010). Family quality of life following early identification of deafness. *Language, speech, and hearing services in schools*.41: 194-205.
- Janevic MR, Connell CM. (2001). Racial, ethnic, and cultural differences in the dementia caregiving experience: recent findings. *Gerontologist*, 41(3):334-47

- Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Gorna K, Kozubski W. (2014). Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. *Archives of medical science: AMS*, 10(5): 941-950.
- Jeong YG, Jeong YJ, Kim WC, Kim JS. (2015). The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *J. Phys Ther Sci*, 27: 1543–1547.
- Jukic N, Gagliardi C, Fagnani D, Venturini C, Orlandoni P. (2017). Home Enteral Nutrition therapy: Difficulties, satisfactions and support needs of caregivers assisting older patients. *Clinical nutrition*, 36(4): 1062-1067.
- Jütten LH, Mark RE, Sitskoorn MM. (2019). Empathy in informal dementia caregivers and its relationship with depression, anxiety, and burden. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(1): 12-21.
- Kaçmaz N, Barlas GÜ. (2014). Karaciğer nakli yapılan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(1): 1-8.
- Kahriman F, Zaybak A. (2015). Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(8): 3313-7.
- Kalınkara V, Kalaycı I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2): 19-39.
- Kang HS, Myung W, Na DL, Kim SY, Lee JH, Han SH, Choi SH, Kim SY, Kim S, Kim DK. (2014). Factors associated with caregiver burden in patients with Alzheimer's disease. *Psychiatry investigation*, 11(2): 152-159.
- Kapucu S. (2018). Palyatif bakım alan kanser hastalarında enfeksiyon ve yönetimi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 9(4): 366-370.

- Karaaslan A. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. T Bedük).
- Karabekiroğlu A, Demir EY, Aker S, Kocamanoğlu B, Karabulut GS. (2018). Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalised advanced cancer patients. *Singapore medical journal*, 59(11): 572-577.
- Karabuğa H. (2009). Kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. R Pınar).
- Karabuğa-Yakar H, Pınar R. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 15(2): 1-6.
- Karabulutlu EY, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. (2013). Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1): 1-9.
- Karahan A, Güven S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4): 155-159.
- Karahan AY, İslam S. (2013). Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *MÜSBED*, 3(Suppl. 1): S1-S7.
- Karakurt P, Unsal A, Tanriverdi D. (2018). Evaluation of care burden and quality of life of caregivers of patients with stroke. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1): 529-542.

- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. (1970). Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*, 10(1): 20-30.
- Kaur N. (2014). Caregiving, Burden and Social support among caregivers of Schizophrenic patients. *Delhi Psychiatric Journal*, 17(2): 337-342.
- Kaya Y. (2013). Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. F Öz).
- Kaya BB, İçağasıoğlu A. (2018). Romatoid artritli hastalarda Türkçe kısa form 36'nın (SF-36) güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Surgery and Medicine*, 2(1): 11-16.
- Kelleher M, Tolea MI, Galvin JE. (2016). Anosognosia increases caregiver burden in mild cognitive impairment. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(7): 799-808.
- Kelly A, Rush J, Shafonsky E, Hayashi A, Votova K, Hall C, Piccinin AM, Weber J, Rast P, Hofer SM. (2015). Detecting short-term change and variation in health-related quality of life: within- and between-person factor structure of the SF-36 health survey. *Health Qual Life Outcomes*, 13:199.
- Kent EE, Rowland JH, Northouse L, Litzelman K, Chou WY, Shelburne N, Timura C, O'Mara A, Huss K. (2016). Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13):1987-1995.
- Keskin AO, Uncu G, Tanburoğlu A, Adapınar DÖ. (2016). Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38 (Özel Sayı 1): 75-82.

- Khan Z, Braich PS, Rahim K, Rayat JS, Xing L, Iqbal M, Mohamed K, Sharma S, Almeida D. (2016). Burden and depression among caregivers of visually impaired patients in a canadian population. *Adv Med*.
- Khan R, Pai K, Kulkarni V, Ramapuram J. (2018). Depression, anxiety, stress and stigma in informal caregivers of People Living with HIV (PLHIV). *AIDS care*, 30(6): 722-726.
- Khorshid L, Arslan GG. (2006). Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim*, 81(1): 182-188.
- Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 68(4): 846-855.
- King AC, Baumann K, O'Sullivan P, Wilcox S, Castro C. (2002). Effects of moderate-intensity exercise on physiological, behavioral, and emotional responses to family caregiving: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 57(1):M26-36.
- Koca E, Taşkapılıoğlu Ö, Bakar M. (2017). Alzheimer hastalığı'nda evrelere göre hastaya bakım veren kişi(ler)nin yükü. *Arch Neuropsychiatry*, 54: 82-86.
- Kocabıyık A, Beştepe E, Karşıdağ Ç, Kükürt R, Alpay N. (2005). Bipolar bozuklukta duygu dışavurumunun relaps üzerine etkisi. *Düşünen Adam*, 18(1): 4-12.
- Koç Z, Sağlam Z, Çınarlı T. (2016). Kanseri tanısı almış olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1-18.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş AK. (1999). Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve tedavi dergisi*, 12(1): 102-106.

- Kruithof WJ, Post MW, van Mierlo ML, van den Bos GA, Janneke M, Visser-Meily JM. (2016). Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: Determinants and prediction. *Patient education and counseling*, 99(10): 1632-1640.
- Kumar R, Kaur S, Reddemma K. (2015). Needs, burden, coping and quality of life in stroke caregivers: A pilot survey. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 11(2): 57-67.
- Kumar Y, Lalitha V. (2013). Attitude of parents towards hearing impaired children. *IOSR Journal of Engineering*, 3(1): 11-3.
- Kuru N, Piyal B. (2018). Perceived social support and quality of life of parents of children with Autism. *Nigerian journal of clinical practice*, 21(9): 1182-1189.
- Kuscu MK, Dural U, Önen P, Yaşa Y, Yayla M, Basaran G, Turhal S, Bekiroğlu N. (2009). The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(9): 927-935.
- Lacerda MS, Cirelli MA, Barros ALBLD, Lopes, JDL. (2017). Anxiety, stress and depression in family members of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51: e03211
- Lebrec J, Svanum HA, Chen YF, Reed C, Wroblewski KK, Hake AM, Raskin J, Naderali E, Schuster D, Heine RJ, Kendall DM. (2016). Effect of diabetes on caregiver burden in an observational study of individuals with Alzheimer's disease. *BMC Geriatrics*, 16(93): 2-14.

- Leibach GG, Stern M, Arelis AA, Islas MAM, Barajas BVR. (2016). Mental health and health-related quality of life in multiple sclerosis caregivers in Mexico. *International journal of MS care*, 18(1): 19-26.
- Leow MQ, Chan SWC. (2011). Factors affecting caregiver burden of terminally ill adults in the home setting: A systematic review. *Library of Systematic Reviews*, 9(45):1883-1916.
- Lawton MP, Brody EM. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3):179-186.
- Li CY, Lewis FM. (2013). Expressed emotion and depression in caregivers of older adults with dementia: results from Taiwan. *Aging & mental health*, 17(8): 924-929.
- Li CY, Murray M. (2015). A review of conceptualisation of expressed emotion in caregivers of older adults with dementia. *Journal of clinical nursing*, 24(3-4): 332-343.
- Li Q, Lin Y, Xu Y, Zhou H. (2018). The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 16(1): 230.
- Lim YM, Son GR, Song JA, Beattie E. (2008). Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4): 226-234.
- Longacre ML, Valdmani VG, Handorf EA, Fang CY. (2017). Work impact and emotional stress among informal caregivers for older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 72(3): 522-531.

- Lou Q, Liu S, Huo YR, Liu M, Liu S, Ji Y. (2015). Comprehensive analysis of patient and caregiver predictors for caregiver burden, anxiety and depression in Alzheimer's disease. *Journal of clinical nursing*, 24(17-18): 2668-2678.
- Loureiro Lde S, Fernandes MD, Marques S, Nóbrega MM, Rodrigues RA. (2013). Burden in family caregivers of the elderly: Prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Rev Esc Enferm USP*, 47(5): 1133-1140.
- Lui MHL, Lee DT, Greenwood N, Ross FM. (2012). Informal stroke caregivers' self-appraised problem-solving abilities as a predictor of well-being and perceived social support. *Journal of clinical nursing*, 21(1-2): 232-242.
- Lum J, Hawkins L, Liu J, Ying A, Sladek J, Pecham A, Williams AP. (Eds), (2011). Informal Caregiving. *In Focus: Informal Caregiving Series* (Vol. 1–10). Ontario, Canada: Canadian Research Network for Care in the Community CRNCC.
- Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, Tijssen J, Sanderman R, Veldhuisen DJ. (2007). Caregiver burden in partners of Heart Failure patients; limited influence of disease severity. *European Journal of Heart Failure*, 9: 695–701.
- Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. (2018). The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ*, 96: 414-422.
- Mackenzie CS, Smith MC, Hasher L, Leach L, Behl P. (2007). Cognitive functioning under stress: Evidence from informal caregivers of palliative patients. *Journal of palliative medicine*, 10(3): 749-758.
- Maguire R, Hanly P, Hyland P, Sharp L. (2018). Understanding burden in caregivers of colorectal cancer survivors: what role do patient and caregiver factors play?. *European journal of cancer care*, 27(1): e12527.



- Malak AT, Dicle A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2): 118-121.
- Mahoney DF, Tarlow BJ, Jones RN. (2003). Effects of an automated telephone support system on caregiver burden and anxiety: findings from the REACH for TLC intervention study. *Gerontologist*, 43(4): 556-567.
- Majeed MH, Khokhar MA, Abid M, Raza A, Qaisar MN, Ali AA, Waqas A. (2018). Frequency and correlates of symptoms of anxiety and depression among young caregivers of cancer patients: a pilot study. *BMC research notes*, 11(1): 631.
- Manzini CSS, Brigola AG, Pavarini SC, Vale FAC. (2016). Factors associated with the resilience of family caregivers of persons with dementia: A systematic review. *Rev. Bras. Geriatr. Geronto*, 19(4): 703-714.
- Martínez Costa C, Calderon C, Gomez-Lopez L, Borraz S, Pedron-Giner C. (2013). Satisfaction with gastrostomy feeding in caregivers of children with home enteral nutrition; application of the SAGA-8 questionnaire and analysis of involved factors. *Nutricion hospitalaria*, 28(3): 1121-1128.
- Martinez-Martin P, Forjaz MJ, Frades-Payo B, Rusinol AB, Fernandez-Garcia JM, Benito-Leon J, Arillo VC, MD, Barbera MA, Sordo MP, Catalan MJ. (2007). Caregiver burden in Parkinson's disease. *Movement disorders*, 22(7): 924-931.
- Marx C, Rodrigues EM, Rodrigues MM, Vilanova LCP. (2011). Depression, anxiety and daytime sleepiness of primary caregivers of children with cerebral palsy. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(4): 483-488.
- Mashayekhi F, Pilevarzadeh M, Rafati F. (2015). The assessment of caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients. *Materia socio-medica*, 27(5): 333-336.

- Mazanec SR, Daly BJ, Douglas SL, Lipson AR. (2011). Work productivity and health of informal caregivers of persons with advanced cancer. *Res Nurs Health*, 34(6): 483-495.
- Medrano M, Rosario RL, Payano AN, Capellán NR. (2014). Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dement Neuropsychol*, 8(4):384-388.
- Meral BF, Cavkaytar A. (2012). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin otizmli çocuk aileleri üzerinden incelenmesi. *e-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 3(4): 20-32.
- McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36(10): 2181-2186.
- McDowell I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, USA.
- Miaskowski C, Cataldo JK, Baggott CR, West C, Dunn LB, Dhruva A, Merriman JD, Langford DJ, Kober KM, Paul SM, Cooper BA, Aouizerat BE. (2015). Cytokine gene variations associated with trait and state anxiety in oncology patients and their family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 23(4): 953-965.
- Mirsoleymani SR, Rohani C, Matbouei M, Nasiri M, Vasli P. (2017). Predictors of caregiver burden in Iranian family caregivers of cancer patients. *J Edu Health Promot*, 6:91.
- Mohamed NH, Abdelsalam ZA, Mahmoud AM, Al-Momen ZA. (2017). Relationship between caregiver's expressed emotions and patient's symptoms severity

- among schizophrenic patients: A comparative study. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 39:8-19.
- Mohammad AH, Al Sadat N, Loh SY, Chinna K. (2015). Validity and reliability of the hausa version of multidimensional scale of perceived social support index. *Iran Red Crescent Med J*, 21;17(2):e18776.
- Mohammed SFM, Ghaith RFAH. (2018). Relationship between burden, psychological well-being, and social support among caregivers of mentally ill patients. *Egyptian Nursing Journal*, 15(3): 268-280.
- Mohanty S, Kumar S. (2013) Burden of care and expressed emotion in spouses of chronic schizophrenic patients. *Indian journal of clinical psychology*. 40:49-54.
- Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, 4 (3): 125-130.
- Mosher CE, Secinti E, Johns SA, O'Neil BH, Helft PR, Shahda S, Jalal SI, Champion VL. (2017). Examining the effect of peer helping in a coping skills intervention: a randomized controlled trial for advanced gastrointestinal cancer patients and their family caregivers. *Qual Life Res*, 27(2): 515-528.
- Moustafa NSA, Moustafa MSA. (2018). Depression, anxiety, and stress among some elderly caregivers in Alexandria city, Egypt. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 7(7): 570-580.
- Mougias AA, Politis A, Mougias MA, Kotrotsou I, Skapinakis P, Damigos D, Mavreas VG. (2015). The burden of caring for patients with dementia and its predictors. *Psichiatriki*, 26(1): 28-37.
- Müezzinoğlu T. (2004). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji derneği*, 25-29.

- Mystakidou K, Parpa E, Panagiotou I, Tsilika E, Galanos A, Gouliamos A. (2013). Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care. *European Journal of Cancer Care*, 22: 188–195.
- Naharcı Mİ, Öztin H, Cintosun Ü, Öztürk A, Oğuz Ş, Koçak N, Bozoğlu E, Doruk H. (2016). Lewy cisimcikli demans ve Alzheimer demans hastalarında bakım veren yükünün karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Derg*, 58: 381-384.
- Nelson MM, Smith MA, Martinson BC, Kind A, Luepker RV. (2008). Declining patient functioning and caregiver burden/health: the Minnesota stroke survey-quality of life after stroke study. *Gerontologist*, 48(5):573-83.
- Nilforoush MH, Sepehrnejad M, Habibi Z. (2017). Beck depression Inventory-II in hearing impaired elderly patients: A presbycusis study. *Indian Journal of Otology*, 23(3): 168.
- Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Gallagher ER, Stagl JM, Park ER, Jackson VA, Pirl WF, Greer JA, Temel JS. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, 27(8): 1607-1612.
- Nwoke MB, Onuigbo EN, Odo VO. (2017). Social support, self-efficacy and gender as predictors of reported stress among inpatient caregivers. *The Social Science Journal*, 54(2): 115-119.
- Oechsle K, Goerth K, Bokemeyer C, Mehnert A. (2013). Symptom burden in palliative care patients: Perspectives of patients, their family caregivers and their attending physicians. *Supportive Care in Cancer*, 21(7): 1955-1962.
- Oğlak S. (2016). Evde bakımın ihmal edilen boyutu: Sosyal bakım. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(3): 32-37.

- Oğlak S. (2017). Yaşlı bakımında görünmeyen işgücü: Aile bakımı ve ekonomik değeri. *İGÜ Sos. Bil. Derg.*, 4(2): 73-87.
- Oh YS, Lee JE, Lee PH, Kim JS. (2015). Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease dementia are associated with increased caregiver burden. *Journal of movement disorders*, 8(1): 26-32.
- Olai L, Borgquist L, Svardsudd K. (2015). Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Ups J Med Sci*, 120(4): 290-298.
- Oldenkamp M, Hagedoorn M, Slaets J, Stolk R, Wittek R, Smidt N. (2016). Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: Results from a longitudinal cohort study. *BMC Geriatrics*, 6(208): 3-11.
- Ong HL, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan ME, Chong SA, Goveas RR, Chiam PC, Subramaniam M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*, 18(1):27.
- Or R. (2013). Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, (Danışman: Yar. doc. Dr. A Kartal).
- Orak OS, Sezgin S. (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1): 33-39.
- Öner N, LeCompte WA. (1985). Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özcan M, Kapucu S. (2014). Üriner inkontinansı olan geriatric hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2): 101-109.

- Özdemir Ü, Taşçı S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1):57-72.
- Özdemir Ü, Taşçı S, Kartın P, Çürük GNÇ, Nemli A, Karaca H. (2017). Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım yükü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 49-61.
- Özden D, Karagözoğlu Ş, Güler N, Bülbüloğlu S. (2016). Evde enteral tüple beslenen hastaların beslenmeye ilişkin yaşadığı sorunlar ve yakınlarının bakım yükü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4): 134-141.
- Özer S. (2010a). Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1): 3-7.
- Özer S. (2010b). Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. *Turkish Journal Of Geriatric*, 13(Suppl 3): 27-35.
- Özlü A, Yıldız M, Aker T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 46 (Suppl): 38-42.
- Özmen S, Yurttaş A. (2018). Determination of care burden of caregivers of patients with multiple sclerosis in Turkey. *Behavioural neurology*, 2018.
- Özusta Ş. (1995). Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34): 32-44.
- Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 15: 39-44.

- Pagani M, Giovannetti AM, Covelli V, Sattin D, Raggi A, Leonardi M. (2014). Physical and mental health, anxiety and depressive symptoms in caregivers of patients in vegetative state and minimally conscious state. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(5): 420-426.
- Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. (2007). Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing* 58(5): 446-457.
- Parija S, Yadav AK, Sreeraj VS, Patel AK, Yadav J, Jain RK. (2016). Caregiver burden and expressed emotion in caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 3(2): 83-87.
- Parker Oliver D, Washington K, Smith J, Uraizee A, Demiris G. (2017). The prevalence and risks for depression and anxiety in hospice caregivers. *Journal of palliative medicine*, 20(4): 366-371.
- Pedron-Giner C, Calderon C, Martínez-Costa C, Borraz Gracia S, Gomez-Lopez L. (2014). Factors predicting distress among parents/caregivers of children with neurological disease and home enteral nutrition. *Child: care, health and development*, 40(3): 389-397.
- Penner LA, Guevarra DA, Harper FW, Taub J, Phipps S, Albrecht TL, Kross E. (2016). Self-distancing buffers high trait anxious pediatric cancer caregivers against short-and longer-term distress. *Clinical Psychological Science*, 4(4): 629-640.
- Penning MJ, Wu Z. (2016). Caregiver stress and mental health: impact of caregiving relationship and gender. *Gerontologist*, 56(6): 1102-1113.

- Pehlivan S, Özgür YF, Yıldız H, Dalkılıç HE, Pehlivan Y. (2018). Romatolojik hastalıklarda sosyal destek ve bakım veren yükü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 44(1): 19-25.
- Pehlivanoğlu, EÖ, Özkan MU, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. (2016). Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği. *Ankara Medical Journal*, 18(2): 219-223.
- Petrus NG, Wing-Chung HO. (2006). Experience in coping with alzheimers disease at home. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 4(4): 1-14.
- Petruzzo A, Biagioli V, Durante A, Gialloreti LE, D'Agostino F, Alvaro R, Vellone E. (2018). Influence of preparedness on anxiety, depression, and quality of life in caregivers of heart failure patients: Testing a model of path analysis. *Patient education and counseling*, 6159:1-8.
- Pfeifer LI, Silva DBR, Lopes PB, Matsukura TS, Santos JLF, Pinto MPP. (2014). Social support provided to caregivers of children with cerebral palsy. *Child: care, health and development*, 40(3): 363-369.
- Pıçakçıefe M. (2010). Çalışma yaşamı ve anksiyete. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9 (4): 367-374.
- Pino-Casado DR, Palomino-Moral PA, Frias-Osuna A. (2015). The association of satisfaction and perceived burden with anxiety and depression in primary caregivers of dependent elderly relatives. *Research in nursing & health*, 38(5): 384-391.
- Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. (2018). Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PloS one*, 13(1): e0189874.



- Polat Ü. (2011). İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4):193-198.
- Pucciarelli G, Ausili D, Galbussera AA, Rebora P, Savini S, Simeone S, Rosaria Alvaro R, Vellone E. (2018). Quality of life, anxiety, depression and burden among stroke caregivers: a longitudinal, observational multicentre study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(8): 1875-1887.
- Pürlüsoy G, Sunay D, Şengezer T, Yalçıntaş A. (2011). Diyaliz hastalarının bakıcılarında bakım yükü ve depresyon. *Türk Aile Hek Derg*, 15(1):17-23.
- Preksha MS, Kaur MR. (2016). Perceived social support and burden among family caregivers of cancer patients. *International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR)*, 6(1): 304-314.
- Qadeer A, Khalid U, Amin M, Murtaza S, Khaliq MF, Shoaib M. (2017). Caregiver's burden of the patients with traumatic brain injury. *Cureus*, 9(8):2-8.
- Rafiyah İ, Sutharangsee W. (2011). Review: Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia and its related factors. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1): 29-41.
- Raj EA, Shiri S, Jangam KV. (2016). Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(1): 42.
- Rawat M, Sharma R, Goel D. (2017). Burden of stroke survivors on caregiver and quality of life. *International Journal of Current Research*, 9(11): 60683-60686.
- Razani J, Kakos B, Orieta-Barbalace C, Wong JT, Casas R, Lu P, Alessi C, Josephson K. (2007). Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia. *J Am Geriatr Soc*, 55(9):1415-1420.

- Regil GL, Kwapil TR, Vidal NB. (2014). Predictors of expressed emotion, burden and quality of life in relatives of Mexican patients with psychosis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(2): 170-179.
- Rhee YS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HJ, Kim JH, Kim SO, Lee R, Lee YO, Kim NS. (2008). Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36): 5890-5895.
- Ringer T, Hazzan AA, Agarwal A, Mutsaers A, Papaioannou A. (2017). Relationship between family caregiver burden and physical frailty in older adults without dementia: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6(55): 1-12.
- Rodakowski J, Skidmore ER, Rogers JC, Schulz R. (2012). Role of social support in predicting caregiver burden. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(12): 2229-2236.
- Sadiq S, Suhail K. (2013). Relationship of expressed emotion with burden of care and health of caregivers of patients with schizophrenia. *Pakistan Journal of Social & Clinical Psychology*, 11(1): 3-10.
- Safavi R, Berry K, Wearden A. (2017). Expressed emotion in relatives of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging & mental health*, 21(2): 113-124.
- Salama R, El-Soud FAA. (2012). Caregiver burden from caring for impaired elderly: A cross-sectional study in rural Lower Egypt. *Italian Journal of Public Health*, 9(4): e8662.
- Samadi R, Mokhber N, Faridhosseini F, Haghghi MB, Assari S. (2015). Anxiety, Depression, and Spirituality Among Caregivers of Patients With Alzheimer

- Disease. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 3(1):29-35.
- Sander AM, Davis LC, Struchen MA, Atchison T, Sherer M, Malec JF, Nakase-Richardson R. (2007). Relationship of race/ethnicity to caregivers' coping, appraisals, and distress after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 22(1): 9-17.
- Sansoni J, Vellone E, Piras G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2): 93-100.
- Santarpia L, Bozzetti F. (2018). Acute impact of home parenteral nutrition in patients with late-stage cancer on family caregivers: Preliminary data. *Supportive Care in Cancer*, 26(2): 667-671.
- Santos RL, Sousa MFB, Simões-Neto JP, Nogueira ML, Belfort TT, Torres B, Rosa RDL, Laks J, Dourado MCN. (2014). Caregivers' quality of life in mild and moderate dementia. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 72(12): 931-937.
- Saunders MM. (2003). Family caregivers need support with heart failure patients. *Holist Nurs Pract*, 17(3): 136–142.
- Sarı A. (2017). Anxiety, depression, and burnout levels in stroke patient caregivers at a rehabilitation hospital. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 28(3):217-223.
- Sarıtaş SÇ, Büyükbayram Z. (2016). Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2): 141-150.

- Sarıtaş SÇ, Işık K. (2017). Kalp yetersizliği olan yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(16): 55-62.
- Satyakam M, Rath NM. (2013). Expressed emotion in psychiatric disorders. *Easternjournalofpsych Iatry*, 17.
- Savage S, Bailey S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: A review of the literature. *Australian Health Review*, 27(1): 103-109.
- Savundranayagam MY, Montgomery RJV, Kosloski K. (2010). A dimensional analysis of caregiver burden among spouses and adult children. *The Gerontologist*, 51(3):321-31.
- Savrun BM. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*: 11-17.
- Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleire J. (2009). The relation between care giving and the mental health of caregivers of demented relatives: a cross-sectional study. *The European journal of general practice*, 15(2): 99-106.
- Schreiner AS, Morimoto T, Arai Y, Zarit S. (2006). Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Aging and Mental Health*, 10(2): 107-111.
- Schulz R, Belle SH, Czaja SJ, McGinnis KA, Stevens A, Zhang S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *Jama*, 292(8): 961-967.
- Sepulveda AR, Todd G, Whitaker W, Grover M, Stahl D, Treasure J. (2010). Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following skills training program. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7): 603-610.

- Sert H. (2015). Onkoloji hasta yakınlarında ortak bir sorun: Bakım yükü. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*, 1(2): 62-66.
- Selçuk KT, Avcı D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1): 2-9.
- Selen F, Kav S. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 16(1):12-22.
- Shakya D, Tuladhar J, Poudel S. (2017). Burden and depression among caregivers of hemodialysis patients. *Palliat Med Care*, 4(1): 1-6.
- Sharda E, Sutherby CG, Cavanaugh DL, Hughes AK, Woodward AT (2019). Parenting stress, well-being, and social support among kinship caregivers. *Children and Youth Services Review*, 99: 74-80.
- Shiba K, Kondo N, Kondo K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. *Journal of epidemiology*, 26(12): 622-628.
- Shieh SC, Tung HS, Liang SY. (2012). Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *Journal of nursing scholarship*, 44(3): 223-231.
- Shifren K. (2008). Early caregiving: Perceived parental relations and current social support. *Journal of Adult Development*, 15(3-4): 160-168.
- Shin JY, Lim JW, Shin DW, Kim SY, Yang HK, Cho J, Jeong A, Jo D, Yim CY, Park K, Park JH. (2018). Underestimated caregiver burden by cancer patients and its

association with quality of life, depression and anxiety among caregivers.  
*European journal of cancer care*, 27(2): e12814.

Sibalija J, Savundranayagam MY, Orange JB, Klooseck M. (2018). Social support, social participation, & depression among caregivers and non-caregivers in Canada: a population health perspective. *Aging & mental health*, 1-9.

Sinha P, Desai NG, Prakasha O, Kushwahab S, Tripathic CB. (2017). Caregiver burden in Alzheimer-type dementia and psychosis: A comparative study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 26: 86–91.

Sipal RF, Sayin U. (2013). Impact of perceived social support and depression on the parental attitudes of mothers of children who are deaf. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8): 1103-1111.

Soares AJ, Ferreira G, Pereira GM. (2016). Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts. *Addiction Research & Theory*, 24(6): 483-489.

Socarras JLA, Gamboa-Delgado EM. (2017). Depressive symptoms and associated factors in caregivers of newborn infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Arch Argent Pediatr*, 115(2): 140-147.

Softa HK, Çelik A, Başbilen H. (2016). Kemoterapi alan hasta yakınlarında depresyon. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 1(1): 56-70.

Souza ALR, Guimaraes, de Araujo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, Nogueira DJ, Barbosa MA. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1):353.

- Spielberger, CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vagg PR., Jacobs G A. (1983). State-Trait Anxiety Inventory for adults. *Sampler set, Manual. Test, Scoring Key.*
- Spruytte N, Van Audenhove C, Lammertyn F, Storms G. (2002). The quality of the caregiving relationship in informal care for older adults with dementia and chronic psychiatric patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(3): 295-311.
- Stanhope N, Goldstein LH, Kuipers E. (2003). Expressed emotion in the relatives of people with epileptic or nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 44(8): 1094-1102.
- Stajduhar KI. (2013). Burdens of family caregiving at the end of life. *Clin Invest Med*, 36(3): E121-126.
- Steer RA, Ball R, Ranieri WF, Beck AT. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *J Clin Psychol*, 55(1):117-128.
- Stull DE, Wasiak R, Kreif N, Raluy M, Colligs A, Seitz C, Gerlinger C. (2014). Validation of the SF-36 in patients with endometriosis. *Qual Life Res*, 23(1):103-117.
- Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2): 1-9.
- Şentürk S, Bıçak D, Akça D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Health Care Acad J*, 5(1): 35-39.
- Şimşek HN, Demirci H, Bolsoy N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2): 97-103.

- Şirzai H, Delialioğlu SÜ, Sarı İF, Özel S. (2015). İnme ve bakım verme yükü. *FTR Bil Der*, 18: 162-169.
- Tamanini JTN, Santos JL, Lebrao ML, Duarte YA, Laurenti R. (2011). Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. *Neurourology and urodynamics*, 30(7): 1281-1285.
- Tang Y. (2008). Social support of elderly caregivers. *International Journal of Business and Management*, 3(8): 81-84.
- Tang B, Yu Y,2, Liu Z, Lin M, Chen Y, Zhao M, Xiao S. (2017). Factor analyses of the chinese zarit burden interview among caregivers of patients with schizophrenia in a rural chinese community. *BMJ Open*, 7(9): 1-7.
- Tanrıverdi D. (2008). Şizofreni hastalarının bakım, vericilerine verilen psikoeğitimin bakım yüklerine etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Ekinci).
- Taşçıoğlu G, Beyazıt U, Ayhan AB. (2017). Hastanede tedavi gören çocukların ebeveynlerinde bakım verme yükünün incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 10-19.
- Taşdelen P, Ateş M (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 9(3): 22-29.
- Tayaz E, Koç A. (2018). Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14:44-52



- Tel H. (2010). KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2): 38-45.
- Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. (2012). Care burden and quality of life among the caregivers of patients with COPD. *Turk Toraks Derg*, 13: 87-92.
- Tel H, Güler N, Tel H. (2011). Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 59 - 67.
- Tel H, Pınar EŞ. (2013). Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(3): 145-152.
- Thirumoorthy A, Devi S, Thennarusu K. (2016). Social support among the caregivers of persons living with cancer. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 5(1): 45-52.
- Toledano TF, Rubia JM. (2018). Factors associated with anxiety in family caregivers of children with chronic diseases. *BioPsychoSocial medicine*, 12(1): 20.
- Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1): 18-23.
- Tosun ZK, Temel M. (2017). Burden of caregiving for stroke patients and the role of social support among family members: an assessment through. home visits. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3): 1696-1704.
- Tremont G, Davis JD, Bishop DS. (2006). Unique contribution of family functioning in caregivers of patients with mild to moderate dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 21(3): 170-174.

- Tsai PF, Jirovec MM. (2005). The relationships between depression and other outcomes of chronic illness caregiving. *BMC Nursing*, 4(3): 1-10.
- Tseng CN, Huang GS, Yu PJ, Lou MF. (2015). A qualitative study of family caregiver experiences of managing incontinence in stroke survivors. *PLoS One*, 10(6): e0129540.
- Tuğrul M. (2015). Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakımverme yükleri depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yar. Doc. Dr. B Özkan).
- Tuna M, Olgun N. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 41-52.
- Turgay G, Tatal E, Sezer S. (2017). Hemodiyaliz hastalarının günlük yaşam aktiviteleri, yeti yitimi, depresyon ve komorbidite yönünden değerlendirilmesi. *Türk Neph Dial Transpl*, 26 (3): 311-316.
- Türe E, Yazar A, Akın F, Aydın A. (2018). Kronik hasta çocuklara bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3): 46-53.
- Türkmen SN. (2015). Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 4: 73-93.
- Türkoğlu N, Kilic D. (2012). Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8): 4141-4145.

- Twiss J, McKenna S, Ganderton L, Jenkins S, Ben-L'amri M, Gain K, Fowler R, Gabbay E. (2013). Psychometric performance of the CAMPHOR and SF-36 in pulmonary hypertension. *BMC Pulm Med*, 13:45.
- Ugalde A, Krishnasamy M, Schofield P. (2014). The relationship between self-efficacy and anxiety and general distress in caregivers of people with advanced cancer. *Journal of palliative medicine*, 17(8): 939-941.
- Uğur Ö. (2006). Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Ç Fadiloğlu).
- Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G, Bokemeyer C, Corinna Bergelt C, Oechsle K. (2017). Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care*, 16(31): 2-10.
- Uludağ A. (2014). Konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde bakım yükü ve yaşam doyumu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Doc. Dr. FG Tüfekçi).
- Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. (1998). Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12: 163-172.
- Urizar AC, Castillo CM, Giraldez SL, Maturana SL, Perez MR, Tapia FM. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26(2): 235-243.

- Ustaalioglu ÖBB, Acar E. (2017). Türk Toplumunda kanserli hastalar ve yakınları arasındaki depresyon ve depresyonla ilişkili faktörler. *Acta Oncologica Turcica*, 50(2): 115-123.
- Uzbay İT. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1): 5-13.
- Vaishnavi R, Karthik MS, Balakrishnan R, Sathianathan R. (2017). Caregiver burden in alcohol dependence syndrome. *Journal of addiction*.
- Verez Coteló N, Andres Rodriguez NF, Fornos Perez JA, Andres Iglesias JC, Rios Lago M. (2015). Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain. *Pharmacy Practice*, 13(2):521-526.
- Villar-Taibo R, Martínez-Olmos MA, Bellido-Guerrero D, Calleja-Fernández A, Peinó-García R, Martís-Sueiro A, Rodríguez-Iglesias MJ. (2017). Burden assessment in caregivers of patients with home artificial nutrition: A need and a challenge. *European journal of clinical nutrition*, 71(2): 192-197.
- Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. (2003). Is caregiving hazardous to One's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6): 946-972.
- Vitorino LM, Marins LS, Granero Lucchetti AL, Oliveira Santos AE, Cruz JP, Oliveira Cortez PJ, Lucchetti G. (2018). Spiritual/religious coping and depressive symptoms in informal caregivers of hospitalized older adults. *Geriatr Nurs* 39(1): 48-53.
- Vrabec NJ. (1997). Literature review of social support and caregiver burden, 1980 to 1995. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 29(4): 383-388.
- Wai S, Chan C. (2011). Family caregiving in dementia: The asian perspective of a global problem. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30:469-478.

- Waiyaki W. (2018). Anxiety in family caregivers of dialysis patients in Nairobi county, Kenya. *African Journal of Clinical Psychology*, 1(2):1-18.
- Wang X, Chen Q, Yang M. (2017). Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient preference and adherence*, 11: 1505-1511.
- Wang Y, Wan Q, Huang Z, Huang L, Kong F. (2017). Psychometric properties of Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support in Chinese parents of children with cerebral palsy. *Front Psychol*, 8:2020.
- Warapornmongkhokul A, Howteerakul N, Suwannapong N, Soparattanapaisarn N. (2018). Self-efficacy, social support, and quality of life among primary family-member caregivers of patients with cancer in Thailand. *Journal of Health Research*, 32(2): 111-122.
- Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6): 473-483.
- Watson B, Dawn Aizawa L, Savundranayagam MY, Orange JB. (2012). Links Among Communication, Dementia and Caregiver Burden. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 36(4).
- Wit J, Bakker LA, Groenestijn AC, Berg LH, Schröder CD, Visser-Meily JMA, Beelen A. (2018). Caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis: A systematic review. *Palliative Medicine*, 32(1): 231-245.
- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2(2): 153-159.

- Wolanczyk T, Kolakowski A, Pisula A, Liwska M, Zlotkowska M, Srebnicki T, Bryliska A. (2014). State and trait anxiety level and increase of depression among mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *Pilot study. Psychiatria polska*, 48(4): 645-652.
- Wong SYS, Wong CK, Chan FWK, Chan PK, Ngai K, Mercer S, Woo J. (2013). Chronic psychosocial stress: does it modulate immunity to the influenza vaccine in Hong Kong Chinese elderly caregivers?. *Age*, 35(4): 1479-1493.
- Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. (2011). Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 7:161-166.
- World Health Organization (WHO). (2018a). World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2018b). The global dementia observatory reference guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2018c). Towards a dementia plan: A WHO guide. Geneva: World Health Organization.
- WSO, ESO. (2017). Oral statement of the World Stroke Organisation (WSO) and the European Stroke Organisation (ESO). Geneva.
- Yacı Ö. (2011). Çeşitli evrelerdeki alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarındaki bakıcı yükü ve depresyonun karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. IB Kulaksızoğlu).

- Yaşar EK. (2009). Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. AB Temel).
- Yazar MS, Depçe AA, Balaban ÖD, Ipekçioğlu D, Eradaımlar N. (2017). Erkek şizofreni hastalarında alkol ve madde kullanım bozukluğu varlığının bakım veren yükü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(1): 5-12.
- Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekeş SB, İnan E, Çakır U, Boşgelmez Ş, Turgut C. (2016). Şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve ilişkili etmenler. *Arch Neuropsychiatr*, 53: 96-101.
- Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 54-66.
- Yıldırım S. (2017). Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarındaki bakım yükü. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. TA Aştı).
- Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. (2013). İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50: 169-174.
- Yıldırım S, Yalçın N, Güler C. (2017). Kronik ruhsal hastalıklarda bakımveren yükü: Sistematiik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3):165-171.
- Yıldız E. (2016). Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doc. Dr. R Aylaz).

- Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13 (3): 216-225.
- Yıldız E, Karakas SA, Güngörmüş Z, Cengiz M. (2017). Levels of care burden and self-efficacy for informal caregiver of patients with cancer. *Holist Nurs Pract*, 31(1): 7-15.
- Yıldız MK. (2015). Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Ekinci).
- Yıldız MK, Ekinci M. (2017). Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 14(3): 176-184.
- Yılmaz EB, Ata EE. (2017). Nörolojik hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin bakım veren yükü ile stresle başa çıkma biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3):145–149.
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *Istanbul Med J*, 11(3):125-132.
- Yu DSF, Kwok T, Choy J, Kavanagh DJ. (2016). Measuring the expressed emotion in Chinese family caregivers of persons with dementia: Validation of a Chinese version of the Family Attitude Scale. *International journal of nursing studies*, 55: 50-59.
- Yurtsever S, Özge A, Kara A, Yandim A, Kalav S, Yesil P. (2013). The relationship between care burden and social support in Turkish alzheimer patients family



caregivers: cross-sectional study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(9):1-12.

Yusuf AJ, Adamu A, Nuhu FT. (2011). Caregiver burden among poor caregivers of patients with cancer in an urban African setting. *Psychooncology*, 20(8):902-905.

Zarit SH. (2004). Family care and burden at the end of life. *Cmaj*, 170(12): 1811-1812.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 20(6):649-55.

Zarit SH, Bottigi K, Gaugler JE. (2007). Stress and caregivers. *Fink get et al. editors. Encyclopedia of Stess*, 2: 416-418.

Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1): 48-54.

Zimet, GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1): 30-41.

Zincir BS, Sunbul M, Zincir S, Sunbul EA, Oguz M, Cengiz FF, Durmuş E, Kıvrak T, Sari I. (2014). Burden and depressive symptoms associated with adult-child caregiving for individuals with heart failure. *The Scientific World Journal*.

## EKLER

### Ek 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Kurum İzni

Evrak Tarihi ve Sayısı: 29.02.2016-1935



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-  
Konu : Tuba DOĞRU'nun Anket İzni Hk.

#### İSTANBUL BEYKOZ DEVLET HASTANESİNE

İlgi : a) Tuba DOĞRU'nun 18.02.2016 tarihli ve bila sayılı yazısı.  
b) 26.02.2016 tarihli ve 1148 sayılı yazınız.

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksekisans öğrencisi Tuba DOĞRU'nun ilgi (a) sayılı yazısıyla "Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Yakınlarının Bakım Yükü ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını sağlık tesisinizde yürütmesine dair talebi ilgi (b) sayılı yazınıza istinaden Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup, adı geçen araştırmacıya gerekli kolaylığın sağlanması hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Cihan KUDU  
İdari Hizmetler Başkanı a.  
İdari Hizmetler Başkanlığı Koordinatörü V.


E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Ataşehir / İstanbul  
Telefon: 5787878-7767 Faks: 0216 578 78 21  
e-Posta: emineturegun\_12@hotmail.com  
Evrakı Değrulamak İçin : <http://212.156.51.42:805/enVision/Dogrula/L9BLZDN>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emine OZÇAVDAR



**Ek 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli  
Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne Bağlı Beykoz  
Devlet Hastanesi'nden Çalışma İzni**

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.02.2016-6305



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Beykoz Devlet Hastanesi

Sayı : 61772955-770-  
Konu : Tuba DOĞRU' nun Anket İzni Hk.

**İSTANBUL TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ**


İlgi : 25.02.2016 tarih ve 5835 sayılı yazınız;

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksekisans öğrencisi Tuba DOĞRU' nun "Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Yakınlarının Bakım Yükü ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" konulu veri toplama yönelik çalışmasını Hastanemizde uygulaması Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr. Süleyman ERDOĞDU  
Hastane Yöneticisi

Saip Molla Cad. Kısıyol Sok. No:1 Paşabahçe Beykoz -  
İSTANBUL  
Telefon: (216) 3222210 - 1380 Faks: 0216 413 79 58  
e-Posta: istanbuldhs4@saglik.gov.tr  
Evrak Doğrulama İçin : <http://212.156.51.42:805/enVision/Dogrula/8VBL1.Y5>  
Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Başra DEMİRKİRAN İŞİK



**Ek 3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli  
Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne Bağlı Beykoz  
Devlet Hastanesi'nden Etik Kurul İzni**



**ANADOLU KUZAY KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
BEYKOZ DEVLET HASTANESİ  
ETİK KURUL ONAYI**

1. Başvuru Tarihi: **08.02.16**
2. Araştırma Yapan Kişi Adı/Ünvanı: **Tuba DOGRU / Hemşire**
3. Araştırmanın Adı: **Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Yakınlarının  
Batın Yoku ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi**
4. Tel No: **0543 573 29 52**
5. Etik Kurul onay No: **15**

Yukarıda açıklayıcı bilgileri olan araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.

**Op.Dr.Süleyman Erdoğan**  
Hastane Yöneticisi/Başhekim

**Necibe Köse**  
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

**Uz.Dr.Ahmet Çalhan**  
Enfeksiyon Hast. Ve Klinik Mik.Uzm.

**Op.Dr.Abdurrahman Besler**  
Başhekim Yardımcısı

**Dr.Sacit İçten**  
Göğüs Hastalıkları Uzmanı

**Uzm.Hemşire Aylin Karayemişoğlu**  
Eğitim Birim Sorumlusu

**Ek 4. Bakım Veren Bireylerin ve Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri Tanıtım Formu**

**DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE YATAN HASTALARIN YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME ANKET FORMU**

<b>A. Hastalara Bakım Veren Bireylerinin Sosyodemografik Özellikleri Tanıtım Formu</b>			
<b>-Cinsiyetiniz</b>	..... .....	<b>-Hastanıza Hastalığı Nedeniyle Ne Kadar Süredir Bakım Veriyorsunuz?</b>	.....
<b>-Yasınız:</b>	..... .....	<b>-Hastanıza Bakım Verirken Karşılaştığınız Başka Güçlükler Varsa Yazınız.</b>	..... .....
<b>-Öğrenim Durumunuz:</b>	..... .....	<b>-Çalışıyorsanız İş Yaşantınızda Değişiklik Oldu Mu?(Çalışanlar)</b>	a.Evet b.Hayır
<b>-Çalışma Durumu:</b>	..... .....	<b>-Cevabınız" Evet" İse İş Yaşantınızda Olan Değişimi Açıklayınız?</b>	..... .....
<b>-Medeni Durumunuz:</b>	..... .....	<b>-Herhangi Bir Hastalığınız Var Mı?</b>	a.Evet b.Hayır
<b>-Çocuk Sayınız:</b>	..... .....	<b>-Hastalığınız varsa nedir?</b>	..... .....
<b>-Sosyal Güvence Durumunuz:</b>	a.Evet b.Hayır	<b>-Bakım vermeye başladığınızdan beri ağrınız oldu mu?</b>	a.Evet b.Hayır
<b>-Ailenizdeki Birey Sayısı:</b>	..... .....	<b>-Cevabınız 'Evet' ise yaşadığınız ağrının şiddetine '0-10' arası bir değer veriniz.</b>	.....
<b>-Gelir Düzeyi</b>	( ) İyi ( ) Kötü ( ) Orta	<b>-Hastaya bakım verdiğinizden beri herhangi bir</b>	a.Evet b.Hayır

		<b>hastalığa sahip oldunuz mu?</b>	
<b>-Hastaya Yakınlık Durumunuz:</b>	..... .....	<b>-Hastanıza bakım vermektен memnun musunuz?</b>	<b>a.Evet b Hayır</b>
<b>-Bakım Konusunda Yardım Aldığınız Kişi/Kişiler Var Mı?</b>	<b>a.Evet b.Hayır</b>	<b>-Cevabımız 'hayır' ise neden?</b>	..... ..... .....
<b>-Hastaya Bakım Verdiğinizden Beri Finansal Sorunlar Yaşıyor Musunuz?</b>	<b>a.Evet b.Hayır</b>	<b>-Daha önce başka bir yakınıza bakım verdiniz mi?</b>	<b>a.Evet b Hayır</b>
<b>-Hastaya Bakım Verdiğinizden Beri Ev Yaşantınızda Değişim Oldu Mu?</b>	<b>a.Evet b.Hayır</b>	<b>-Hastanız Hangi klinikte yatıyor?</b>	..... ..... .....
<b>-Hastaya Bakım Verdiğinizden Beri Aile İçi İlişkilerinizde Değişim Yaşıyor Musunuz?</b>	<b>a.Evet b.Hayır</b>	<b>-Hastanız ne kadar süredir klinikte kalıyor?</b>	..... .....
<b>-Bakım Hizmetini Sunarken Destek Aldığı Kurumlar Var Mı?</b>	<b>a. Evet b.Hayır</b>	<b>-Klinikte hasta bakımı verirken zorlandığınız durumlar nelerdir?</b>	..... ..... .....
<b>-Bakmakla Yükümlü Olduğunuz Başka Kişi/Kişiler Var Mı?</b>	<b>a.Evet b.Hayır</b>	<b>-Klinikte bakım verirken zorlandığınız durumların nedenini belirtiniz.</b>	..... ..... .....
<b>B.Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik Özellikleri Tanıtım Formu</b>			
<b>Cinsiyeti</b>	..... ....	<b>Tanısı Konulmuş Hastalığı/Hastalıkları Nelerdir?</b>	..... .....
<b>Medeni durumu</b>	..... ....	<b>Tanısı konulan hastalığın süresini belirtiniz (Gün veya yıl olarak).</b>	..... .....

Yaşı	..... ....	Hastanız Kemoterapi/Rayo terapi alıyor mu?	a.Evet b.Hayır
Hasta Bireyin Hastalık Süresi(Yıl Olarak Belirtiniz)	..... ....	Cevabınız 'Evet' ise süresini belirtiniz	..... ..... .....
Eğitim düzeyi	..... ....	Hastanız diyaliz tedavisi alıyor mu?	a.Evet b.Hayır
Alkol Kullanımı/kullan mışlığı var mı?	a.Evet b.Hayır	Cevabınız 'Evet' ise süresini belirtiniz	
Sigara Kullanımı/Kullan mışlığı Var Mı?	a.Evet b.Hayır	Hastanın Beslenme Şekli nedir?	..... .....
Bakım Hastası Kendisini İfade Edebiliyor Mu?	a.Evet b.Hayır	Hastada idrar sondası var mı?	a.Evet b.Hayır
İşitme cihazı kullanıyor mu?	a.Evet b.Hayır	Hastada idrar sondası var mı?	a.Evet b.Hayır
Gözlük kullanıyor mu?	a.Evet b.Hayır	Hastada idrar inkontinansı/kaçı rma var mı?	a.Evet b.Hayır
Kendisine yardımcı bir cihaz kullanıyor mu?	a.Evet b.Hayır	Hastada gaita inkontinansı/kaçı rma var mı?	..... .....
Cevabınız 'evet' ise yardımcı aletin ne olduğunu yazınız.	..... ....		

## Ek 5. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ)

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



## Ek 6. Dışavurum Duygudurum Ölçeği (DDÖ)

**AÇIKLAMA:** Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumların size uygun olup olmadığını belirtmek üzere doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

(D)	(Y)	1.Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyor.
(D)	(Y)	2.Onun hasta olduğuna inanmıyorum.
(D)	(Y)	3.Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.
(D)	(Y)	4.Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemli.
(D)	(Y)	5.Onunla ilgili her şeyi, kendine ait özel meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum.
(D)	(Y)	6.Onun varlığı beni deli ediyor.
(D)	(Y)	7.Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.
(D)	(Y)	8.Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.
(D)	(Y)	9.Ona sık sık öğüt veriyorum.
(D)	(Y)	10.Onunla uyuşamıyorum.
(D)	(Y)	11.Bıraktım artık ne hali varsa görsün.
(D)	(Y)	12.Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
(D)	(Y)	13.Ona kırılıyor, güceniyorum.
(D)	(Y)	14.Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.
(D)	(Y)	15.Onun üstüne titrerim.
(D)	(Y)	16.Onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum, ilgim süreklionun üstünde oluyor.
(D)	(Y)	17.O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.
(D)	(Y)	18.O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum.
(D)	(Y)	19.Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.
(D)	(Y)	20.Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.
(D)	(Y)	21.Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.
(D)	(Y)	22.Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.
(D)	(Y)	23.Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
(D)	(Y)	24. “Ondan ah bir kurtulsam!” diye düşündüğüm oluyor.
(D)	(Y)	25.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.
(D)	(Y)	26.Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.
(D)	(Y)	27.Hastaneye yatması beni perişan ediyor,ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum.
(D)	(Y)	28.Biz birbirimize benziyoruz.
(D)	(Y)	29.Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.
(D)	(Y)	30.Onunla iyi anlaşıyorum.
(D)	(Y)	31.Aklım fikrim hep onda başka hiç bir şey düşünemiyorum.
(D)	(Y)	32.Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.
(D)	(Y)	33.Ondan uzak kalmak istiyorum.
(D)	(Y)	34.Başıma bir sürü dert açıyor.
(D)	(Y)	35.O olmasa bütün işler yoluna girecek.
(D)	(Y)	36.Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.
(D)	(Y)	37.Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.
(D)	(Y)	38.Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.
(D)	(Y)	39.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya,sohbet etmeye çalışırım.
(D)	(Y)	40.Onun, hastalığımı abarttığını düşünüyorum.
(D)	(Y)	41.Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.

## Ek 7. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ)

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

### FORM 1:

	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN
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)

### FORM 2:

	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN
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.Güçlüklelerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30.Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31.Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Genellikle kendimi emniyette hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(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 8. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

<b>A.</b>		<b>K.</b>	
(0)	Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.	(0)	Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(1)	Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.	(1)	Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2)	Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.	(2)	Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(3)	O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.	(3)	Artık hiç karar veremiyorum.
<b>B.</b>		<b>L.</b>	
(0)	Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.	(0)	Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
(1)	Gelecek hakkında karamsarım.	(1)	Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
(2)	Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.	(2)	Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
(3)	Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	(3)	Kendimi çok çirkin buluyorum.
<b>C.</b>		<b>M.</b>	
(0)	Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.	(0)	Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1)	Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.	(1)	Birşeyler yapamak için gayret göstermek gerekiyor.
(2)	Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.	(2)	Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor.
(3)	Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.	(3)	Hiçbir şey yapamıyorum.
<b>D.</b>		<b>N.</b>	
(0)	Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.	(0)	Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
(1)	Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.	(1)	Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
(2)	Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.	(2)	Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
(3)	Herşeyden sıkılıyorum.	(3)	Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
<b>E.</b>		<b>O.</b>	
(0)	Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.	(0)	Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1)	Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.	(1)	Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2)	Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.	(2)	Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
(3)	Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	(3)	Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
<b>F.</b>		<b>Ö.</b>	
(0)	Kendimden memnunum.	(0)	İştahım her zamanki gibi
(1)	Kendi kendimden pek memnun değilim.	(1)	İştahım eskisi kadar iyi değil
(2)	Kendime çok kızıyorum.	(2)	İştahım çok azaldı.
(3)	Kendimden nefret ediyorum.	(3)	Artık hiç iştahım yok.
<b>G.</b>		<b>P.</b>	
(0)	Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.	(0)	Son zamanlarda kilo vermedim.

(1)	Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.	(1)	İki kilodan fazla kilo verdim.
(2)	Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.	(2)	Dört kilodan fazla kilo verdim.
(3)	Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.	(3)	Altı kilodan fazla kilo verdim.
<b>H.</b>		<b>R.</b>	
(0)	Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.	(0)	Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1)	Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.	(1)	Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(2)	Kendimi öldürmek isterdim.	(2)	Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
(3)	Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	(3)	Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
<b>I.</b>		<b>S.</b>	
(0)	Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.	(0)	Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
(1)	Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.	(1)	Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
(2)	Çoğu zaman ağlıyorum.	(2)	Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
(3)	Eskiden ağlayabiliyordum şimdi istesem de ağlayamıyorum.	(3)	Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
<b>İ.</b>		<b>Ş.</b>	
(0)	Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.	(0)	Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1)	Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.	(1)	Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(2)	Şimdi hep sinirliyim.	(2)	Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3)	Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.	(3)	Cezalandırıldığımı hissediyorum.
<b>J.</b>			
(0)	Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.		
(1)	Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.		
(2)	Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.		
(3)	Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.		

## Ek 9. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğiniyandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde	Orta düzeyde	Ciddi düzeyde
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	( )	( )	( )	( )
2. Sıcak/ ateş basmaları	( )	( )	( )	( )
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	( )	( )	( )	( )
4. Gevşeyememe	( )	( )	( )	( )
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	( )	( )	( )	( )
6. Baş dönmesi veya sersemlik	( )	( )	( )	( )
7. Kalp çarpıntısı	( )	( )	( )	( )
8. Dengeyi kaybetme duygusu	( )	( )	( )	( )
9. Dehşete kapılma	( )	( )	( )	( )
10. Sinirlilik	( )	( )	( )	( )
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	( )	( )	( )	( )
12. Ellerde titreme	( )	( )	( )	( )
13. Titreklik	( )	( )	( )	( )
14. Kontrolü kaybetme korkusu	( )	( )	( )	( )
15. Nefes almada güçlük	( )	( )	( )	( )
16. Ölüm korkusu	( )	( )	( )	( )
17. Korkuya kapılma	( )	( )	( )	( )
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	( )	( )	( )	( )
19. Baygınlık	( )	( )	( )	( )
20. Yüzün kızarması	( )	( )	( )	( )
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	( )	( )	( )	( )

## Ek 10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.								
<b>Kesinlikle Hayır</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Kesinlikle Evet</b>

## Ek 11. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

### YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

#### 1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

#### 2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

#### 3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

#### 4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

#### 5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

#### 6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

#### 7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

**8.Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız**

- Hiç 1  
Çok az 2  
Orta 3  
Çok 4  
İleri derecede 5

**9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.**

*Bir tanesini yuvarlak içine alınız*

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

**10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız**

- Her zaman 1  
Çoğu zaman 2  
Bazı zamanlarda 3  
Çok az zaman 4  
Hiçbir zaman 5

**11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız**

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5



**Ek 12. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği****KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ**

	<b>BAĞIMLI</b>	<b>KISMEN BAĞIMLI</b>	<b>BAĞIMSIZ</b>
<b>YIKANMA</b>			
Kendi başıma yıkanamıyorum	( )	( )	( )
Yıkanırken yardım alıyorum	( )	( )	( )
Kendi başıma yıkanabiliyorum	( )	( )	( )
<b>GİYİNME</b>			
Kendi başıma giyinemiyorum	( )	( )	( )
Giyinirken yardım alıyorum	( )	( )	( )
Kendi başıma giyinebiliyorum	( )	( )	( )
<b>TUVALET İHTİYACI</b>			
Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum	( )	( )	( )
Tuvalet ihtiyacımı karşılariken yardım alıyorum	( )	( )	( )
Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	( )	( )	( )
<b>TRANSFER</b>			
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum	( )	( )	( )
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum	( )	( )	( )
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	( )	( )	( )
<b>KONTİNANS</b>			
Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edemiyorum	( )	( )	( )
Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum	( )	( )	( )
Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebiliyorum.	( )	( )	( )
<b>BESLENME</b>			
Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum	( )	( )	( )
Yemeğimi yerken yardım alıyorum	( )	( )	( )
Yemeğimi kendi basıma yiyebiliyorum	( )	( )	( )

### Ek 13. Lawton ve Brady Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

#### LAWTON ve BRODY ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ FORMU

	PUAN		PUAN
<b>TELEFONU KULLANABİLME</b>		<b>ÇAMAŞIR</b>	
Telefonu rahatlıkla kullanabilir	(1)	Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar	(1)
Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir	(1)	Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir	(1)
Telefona cevap verir, ancak arayamaz	(1)	Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır.	(0)
Telefonu hiç kullanamaz	(0)		
<b>ALIŞVERİŞ</b>		<b>YOLCULUK</b>	
Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar	(1)	Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır	(1)
Küçük alışverişlerini kendisi yapar	(0)	Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz	(1)
Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar	(0)	Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir	(1)
Alışveriş yapamaz	(0)	Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır	(0)
		Yolculuk yapamaz	(0)
<b>YEMEK HAZIRLAMA</b>		<b>MALİ İŞLER</b>	
Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir	(1)	Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir	(1)
Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir	(0)	Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir.	(1)
Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz	(0)	Mali işlerini takip edemez	(0)
Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır	(0)		
<b>EV TEMİZLİĞİ</b>		<b>İLAÇLARINI KULLANABİLME SORUMLULUĞU</b>	
Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir	(1)	-İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir	(1)
Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	(1)	-İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir	(0)
Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz	(1)	-İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	(0)
Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	(1)		
Hiçbir ev temizliği işine katılamaz	(0)		

## ÖZGEÇMİŞ

### I-Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Tuba DOĞRU

Doğum Yeri/Tarihi: Üsküdar-22.07.1991

Uyruğu: T.C.

Medeni Durmu: Bekar

İletişim Adresi/Telefon: [tuba.dogru@ksbu.edu.tr](mailto:tuba.dogru@ksbu.edu.tr)

Yabancı Dili: İngilizce

### II. Eğitimi (Tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2005-2009- Beykoz Fevzi Çakmak Lisesi

2009-2013- Sakarya Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü

### III- Ünvanı

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi-Gediz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu-  
Öğretim Görevlisi

### IV-Mesleki Deneyimi

2012 (Temmuz-Eylül)- Kadıköy Acıbadem Hastanesi, Hemşire

2013-2014- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Hemşire

2015-2017- Beykoz Devlet Hastanesi, Hemşire

2017-2018- Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Öğretim Görevlisi

2018- Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Öğretim Görevlisi

### V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

### VI- Bilimsel İlgi Alanları ve Yayınları

Doğru T, Sert H. (2019). An important problem for caregivers of dementia patients: The burden of care. *East African Scholars J Med Sci*, 2(3):120-124.

**VII. Bilimsel Etkinlikler**

**VIII. Diğer Bilgiler**

